

# SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS 2011/2016

- PROJET REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE DE MARTINIQUE -  
13 FEVRIER 2012

# CONTENU

<b>Introduction .....</b>	<b>4</b>
Introduction générale.....	4
Des enjeux spécifiques en matière de santé publique.....	4
Les priorités du PSRS devant être intégrées au SROS-PRS .....	4
Des orientations ambitieuses pour la mise en œuvre du Projet Médical de Territoire.....	4
L'offre de soins hospitalière.....	5
L'offre de soins ambulatoire .....	7
<b>L'état des lieux de l'offre sanitaire.....</b>	<b>8</b>
Médecine et soins critiques .....	8
Chirurgie.....	9
Obstétrique et néonatalogie.....	9
Soins de Suite et de Réadaptation.....	10
Psychiatrie .....	11
<b>PARTIE 1 - LES ENJEUX DE TRANSVERSALITE.....</b>	<b>12</b>
<b>A Les enjeux organisationnels pour mieux structurer l'offre de soins .....</b>	<b>12</b>
A.1 Les modes de prise en charge substitutifs à l'hospitalisation (chirurgie ambulatoire, dialyse hors centre, hospitalisation à domicile) .....	12
A.2 L'articulation entre la ville et les urgences .....	15
A.3 La permanence des soins en établissement de santé.....	16
A.4 La gradation des soins hospitaliers .....	18
A.5 La biologie médicale.....	19
A.6 La transfusion sanguine.....	22
A.7 La démographie et la formation des professionnels de santé.....	23
<b>B. Les enjeux de transversalité pour améliorer le parcours de soins .....</b>	<b>24</b>
B.1 Les pathologies du vieillissement dont Alzheimer .....	24
B.3 Les accidents vasculaires cérébraux.....	25
B.4 Les réseaux de santé .....	26
B.5 La coopération régionale, Coopération Caraïbe .....	26
<b>PARTIE 2 - L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE .....</b>	<b>27</b>
Introduction.....	27
Médecine.....	30
Chirurgie .....	33
Périnatalité .....	37
Psychiatrie .....	41
Soins de suite et de réadaptation.....	50
Soins de longue durée .....	56
Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endo-vasculaire en cardiologie .....	60
Médecine d'urgence.....	64
Réanimation, soins intensifs et surveillance continue .....	67
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale .....	70
Traitement du cancer .....	74

Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.....	80
Imagerie médicale et équipements lourds.....	83
Soins palliatifs.....	86
Soins aux détenus .....	89
Les missions de service public.....	92
Activités de soins relevant des SIOS .....	97
Chirurgie cardiaque .....	97
Neurochirurgie .....	99
Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.....	101
Traitement des grands brûlés.....	103
Greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques .....	105
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal .....	107

### **PARTIE 3 : L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE ..... 109**

<b>1 - Renforcer l'offre de premier recours au niveau des quatre territoires de proximité.....</b>	<b>110</b>
1-1 Augmenter l'implantation des professionnels de santé dans les zones fragiles par la création de maisons de santé pluriprofessionnelles .....	110
1-2 Augmenter l'implantation des professionnels de santé dans les zones fragiles grâce aux Plateformes d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) .....	111
<b>2 - Coordonner le parcours de soins : les réseaux de santé.....</b>	<b>112</b>
<b>3 - Transférer les moyens vers les territoires de proximité .....</b>	<b>114</b>
3.1 - Les protocoles de coopération.....	114
3.2 - Les consultations avancées dans les MSP, Hôpitaux de proximité .....	115
3.3 - La télémédecine .....	116
<b>4 - Assurer l'accessibilité des soins .....</b>	<b>117</b>

### **Annexes..... 120**

# INTRODUCTION

---

## INTRODUCTION GENERALE

En application de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST), l'ARS élabore le Projet Régional de Santé (PRS) constitué du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) et de l'ensemble des schémas : de la prévention (SRP), de l'organisation des soins (SROS-PRS) et de l'offre médico-sociale (SROMS). Cette démarche s'inscrit dans le contexte spécifique de la Martinique avec ses particularités. L'enjeu du SROS-PRS consiste à améliorer l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de la population, avec pour « fil conducteur », l'accroissement de l'efficacité des modes de prises en charge pour une meilleure qualité et sécurité des soins dans le respect de l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM).

## DES ENJEUX SPECIFIQUES EN MATIERE DE SANTE PUBLIQUE

Le PSRS a porté une analyse détaillée de ces enjeux. La Martinique doit faire face à des difficultés majeures en termes de santé publique dans différents domaines :

- Handicap, vieillissement et santé mentale,
- Santé de la mère et de l'enfant,
- Risques infectieux,
- Maladies chroniques, en particulier le diabète et les cancers, notamment cancer de la prostate.

Par ailleurs, la Martinique fait face régulièrement à des crises sanitaires, telles que épidémies, risques naturels majeurs (cyclones et séismes). La capacité à préparer et à gérer ces situations est essentielle.

L'offre de soins ambulatoire est globalement plus limitée qu'en métropole avec des inégalités géographiques très fortes notamment en matière de soins de premier recours. Corrélativement, l'offre hospitalière a un poids important. Il s'agit principalement d'une offre publique. Le secteur privé est constitué pour l'essentiel par deux cliniques de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) à Fort de France et une clinique de SSR à Trinité, et occupe des parts de marché relativement plus faibles qu'en métropole.

## LES PRIORITES DU PSRS DEVANT ETRE INTEGREES AU SROS-PRS

Les éléments clés du diagnostic régional ont permis d'identifier deux grandes priorités devant être intégrées au SROS :

- Renforcer l'offre de 1<sup>er</sup> recours, son accessibilité et la coordination des soins au niveau des quatre territoires de proximité dans le cadre d'un parcours de soins gradué et coordonné ;
- Réduire les écarts persistant avec la métropole dans le dispositif de prise en charge en psychiatrie, et pour les personnes âgées dépendantes.

## DES ORIENTATIONS AMBITIEUSES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET MEDICAL DE TERRITOIRE

L'ARS a engagé, dès son ouverture en avril 2010, les démarches de planification issues de la loi HPST avec la ferme conviction qu'elles constituaient une opportunité majeure pour mieux répondre aux difficultés du système de santé à la Martinique. Des lettres de cadrages successives ont défini des objectifs ambitieux pour la préparation du projet médical de territoire. Il s'agissait prioritairement de restructurer l'offre de soins hospitalière publique :

- en faisant aboutir le projet de fusion des trois principaux hôpitaux publics, le CHU de Fort-de-France, les CH du Lamentin et de Trinité, regroupés dans la création d'un nouvel établissement : le CHU de Martinique ;

- en structurant la complémentarité du futur CHU de Martinique avec les hôpitaux de proximité ;
- en développant la coopération active entre les établissements de proximité du sud et du nord de la Martinique (fusion des Centres Hospitaliers de Saint Pierre et du Carbet et de la maison de retraite du Prêcheur au 1<sup>er</sup> janvier 2012), entre les établissements publics et privés, et entre professionnels de santé libéraux et hospitaliers (y compris les auxiliaires médicaux) sur les territoires de proximité.

Au-delà des difficultés spécifiquement hospitalières, comme partout ailleurs, que ce soit dans les Départements d'Outre-Mer ou en France métropolitaine, la Martinique connaît un fort cloisonnement entre les différentes composantes du système de soins, et avec le secteur médico-social, ce qui est préjudiciable à des parcours de soins organisés sur l'ensemble du territoire de santé. La situation du secteur médico-social étant particulièrement délicate, un plan de rattrapage des équipements nécessaires est mis en œuvre parallèlement.

## L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE

La réforme portée par la loi HPST vise à rendre le service public hospitalier plus efficient, en le situant en coordination plus forte encore avec l'ensemble des autres acteurs de soins pour mieux satisfaire les besoins de santé de la population. Cela ouvre sur plusieurs objectifs :

- Une planification renforçant les complémentarités (public/public, privé/privé et public/privé) et coordonnant mieux tous les professionnels de santé ;
- Une meilleure évaluation des acteurs, des établissements et de leurs activités ;
- Une rémunération plus équitable, notamment à travers la tarification à l'activité ;
- Un soutien apporté aux structures pour adapter le parc hospitalier, et des missions d'appui (ANAP, ASIP...) pour aider à franchir des difficultés afin de gagner en performance et efficacité ;
- Une incitation forte auprès des établissements pour le développement accéléré de la fonction pilotage à travers une organisation favorisant la déconcentration de la gestion.

Cette approche est sous-tendue par la volonté d'introduire plus de souplesse et de simplifier le système de soins, avec cependant des exigences contradictoires : une maîtrise des dépenses tout en continuant à suivre les progrès médicaux, plus de traçabilité et moins de tâches administratives...

Pour autant, en Martinique, la question de l'adaptation du service public hospitalier aux besoins de santé de la population, ainsi qu'aux contraintes budgétaires et financières, est une priorité absolue. En effet, si l'on n'admet pas qu'un service public moderne s'évalue, qu'il est ouvert à toutes formes de partenariat, qu'il se restructure en fonction de son environnement et qu'il rend des comptes, alors les sources d'incompréhension, internes aux structures et services de soins d'abord, constituent les germes de crises potentielles et récurrentes.

Le défi pour la région sanitaire consiste aujourd'hui à dépasser les idées reçues et préserver les valeurs fondatrices du service public (égalité d'accès, continuité et qualité des soins) en construisant des modèles adaptés aux besoins de la population. Et en ce sens, des choix s'imposent pour l'avenir. A défaut, un point de rupture dans le système régional de soins, dans sa dimension hospitalière au moins, sera franchi. Quoique l'on fasse ou espère encore de l'Etat, la planification régionale est encore plus déterminante qu'ailleurs, et doit passer par une réorganisation hospitalière d'envergure et prioritaire, avec comme points d'appui :

- la fusion des 3 hôpitaux publics de MCO, pour créer le CHU de Martinique ;
- le repositionnement des hôpitaux de proximité autour du CHU de Martinique dans sa nouvelle configuration, et en élargissant leur implication dans les actions de santé (prévention, consultations avancées, accueil de malades relevant de la psychiatrie, permanence des soins, accompagnement médico-social, gestion de crises sanitaires) ;
- la restructuration de l'accueil des urgences et de la permanence des soins ;
- l'amélioration du dispositif de prise en charge de psychiatrie, des personnes âgées dépendantes.

La démarche vise à répondre à 3 objectifs majeurs :

- mieux répondre aux besoins de la population martiniquaise
- assurer la qualité et la sécurité des soins,
- garantir l'efficacité des organisations hospitalières sur l'ensemble du territoire

Par ailleurs, le dispositif de soins hospitaliers de la Martinique a bénéficié ces dernières années d'évolutions qui ont permis de mettre à la disposition de la population martiniquaise une offre de soins moderne. L'objectif qui doit être toujours poursuivi est d'allier qualité et sécurité, et ce dans un contexte doublement difficile d'éloignement et de maîtrise des dépenses de santé. Cette continuelle recherche de qualité nécessite de mobiliser une capacité d'adaptation et d'innovation permanente.

Aujourd'hui, il convient de mener à terme et compléter les réorganisations qui ont été entreprises. A ce sujet, le SROS insiste sur :

- La promotion des alternatives à l'hospitalisation complète, surtout dans le secteur public ;
- La nécessité d'améliorer encore l'accessibilité de la population à toutes les filières de soins, même les plus techniques, sur l'ensemble du territoire, au plus près du patient ;
- L'anticipation des conséquences du vieillissement de la population sur le dispositif de soins ;
- Une meilleure articulation entre toutes les composantes du système de santé (hospitalisation publique et privé, court ou moyen séjour, professionnels de santé libéraux...). Cette approche permettra d'intégrer les patients dans une réelle démarche de parcours santé-vie ;
- La mise en place effective de la plateforme régionale de santé informatisée qui constitue un élément important du travail en filière de soins ;
- Le maintien d'une politique d'investissement dynamique visant à donner à la Martinique les équipements lourds et les infrastructures qui lui sont nécessaires, et mis en sécurité au regard des risques naturels ;
- L'impératif d'efficacité et de performance économique, pour libérer des marges financières nécessaires au développement des activités de soins, et de l'épanouissement professionnel des personnels hospitaliers.

Pour cela, les enjeux de l'offre hospitalière sont clairement identifiés. S'ils ne sont pas réellement novateurs (cf. SROS 3 pour la période 2006-2010), ceux-ci rassemblent tous les leviers à partir desquels le SROS-PRS se veut porteur de vrais choix qui pourront bénéficier de l'accompagnement de la communauté nationale, pour peu qu'en contrepartie un effort notable soit entamé par les acteurs régionaux vers plus de crédibilité à travers des remises en question de pratiques et organisations locales :

- **Une réelle coopération** : tous les acteurs (élus, gestionnaires, médecins et personnels hospitaliers...) expriment leur volonté de coopérer dans une réelle complémentarité, bien souvent en mettant davantage en avant les points forts en axes de développement, qu'en ciblant les activités à réduire ou à stopper. Au-delà des volontés, le passage à l'acte est souvent difficile, avec peu de réalisations opérationnelles, même si des réalisations pionnières et exemplaires existent (réseau Ermancia, réseau périnatal, ...). Le régime des autorisations privilégiera toutes les formules de coopérations et d'expérimentations aujourd'hui permises par la loi HPST.
- **Une offre de soins que la T2A soit en mesure de financer** ; tout retard dans la décision pourra avoir de graves répercussions notamment par l'application de la T2A. Il est clair que le maintien d'unités sous-utilisées, peu performantes, induira des situations récurrentes de crise. Pour éviter d'avoir à faire face à des situations de crise dans le fonctionnement des structures, il est indispensable de rationaliser l'offre et les organisations pour gagner en qualité, sécurité et efficacité.
- **Un partage des activités dans le respect des missions de chaque acteur** : Pour toute l'hospitalisation publique, mais plus largement pour tout le système régional de santé, la fonction du CHU est déterminante. Elle doit donc être préservée pour l'enseignement et la recherche, mais aussi pour ses activités de pointe (chirurgie cardiaque, neurochirurgie,...). Sa mission de formation exige qu'il remplisse sa fonction de recours régional (voire interrégional, caribéen), mais aussi un rôle de

proximité puisqu'il doit former aux actes de base les médecins de demain. Ce positionnement est majeur car porteur d'obligations. Ainsi, il appartient au CHU d'initier les complémentarités, réseaux et autres démarches garantissant l'équité dans l'accès aux soins en tout point du territoire. Il devra aussi porter un projet de Télémédecine, indispensable pour l'île.

- **Une priorisation des investissements stratégiques majeurs engagés** : des choix d'investissements ont été effectués ou viennent de l'être. Afin d'éviter les écueils des précédents plans d'investissement hospitaliers, le cadrage très précis et contraignant des projets en terme de dimensionnement technique et financier doit être la règle, tout en restant en parfaite adéquation avec les besoins de santé du territoire, les évolutions d'activité ainsi que l'impérieuse nécessité de mise aux normes de sécurité contre les risques naturels pour les structures de soins essentielles. Outre cette exigence de dimensionnement des projets au plus juste, la soutenabilité financière des projets est exigée également. En effet, dans un contexte de fortes tensions budgétaires, la dégradation de la situation financière des établissements de santé doublée du surendettement de certains hôpitaux publics à la veille de projets d'investissement d'envergure, va imposer des choix stratégiques incontournables sur les projets à retenir et les accompagnements à mettre en œuvre. Dans cette optique, le CHU de Martinique, tout comme le CH de Colson, devront intégrer l'impact budgétaire et financier de leurs investissements majeurs dans leurs Plans de retour à l'équilibre et auront à négocier avec l'ARS un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

## L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

Compte tenu de l'importance de ce champ, une distinction doit être opérée entre :

- l'état des lieux, qui concerne tous les professionnels de santé libéraux ;
- et la définition des plans d'actions, qui sont ciblées sur les soins de premier recours ;

Le volet ambulatoire du SROS-PRS ayant une valeur essentiellement indicative, conformément aux termes de la loi, seules des priorités partagées avec les professionnels de santé libéraux et les élus locaux obtiendront la légitimité nécessaire à leur mise en œuvre sur le terrain. Cependant, le zonage prévu par l'article L.4134-7 du code de la santé publique fait partie du SROS et est opposable.

C'est donc une approche pragmatique qui est privilégiée, dans un contexte de libre choix du patient et de liberté d'installation des professionnels de santé. C'est aussi parce que le champ de compétence du volet ambulatoire est large, que dans le cadre de ce premier exercice permis par la loi HPST, les priorités d'actions sont ciblées sur les zones fragiles où l'offre doit être consolidée, et resserrées sur les projets de structuration de la permanence des soins ambulatoires dans les territoires de proximité, à travers notamment le développement des maisons de santé pluridisciplinaires et des maisons médicales de garde.

Le SROS-PRS fixe donc les bases du projet médical de territoire qui a pour objectif principal d'articuler et de coordonner les missions de l'ensemble des établissements sanitaires publics et privés (MCO, hôpitaux de proximité, établissements psychiatriques, HAD, EHPAD, SSIAD), des professionnels de santé libéraux et des réseaux de santé.

# L'ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE SANITAIRE

Compte tenu de sa complexité, ce chapitre a fait l'objet d'un document à lui tout seul qui est annexé en pièces jointes. L'analyse des éléments quantitatifs et qualitatifs permet de dégager des forces et faiblesses par grandes disciplines.

## MEDECINE ET SOINS CRITIQUES

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"><li>- Un maillage de structures d'hospitalisation relativement bien réparties sur le territoire, avec des hôpitaux de proximité s'articulant autour d'un Centre Hospitalier Universitaire tripolaire</li><li>- Une réelle technicité et des équipements disponibles (neuroradiologie interventionnelle, cardiologie interventionnelle etc...);</li><li>- Des établissements de proximité volontaires pour participer aux filières de soins;</li><li>- Des organisations en filières de soins déjà mises en place (neuro – AVC, cardiopathie ischémique);</li><li>- Des mutations déjà engagées (développement de coopération entre les établissements publics);</li><li>- La mise en place prochaine d'un dossier médical partagé;</li><li>- Des réseaux couvrant la plupart des pathologies.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Une prévalence plus importante que la moyenne nationale sur plusieurs grandes pathologies</li><li>- Une démographie médicale libérale en déficit;</li><li>- Une insuffisance des alternatives à l'hospitalisation à temps complet;</li><li>- Des spécialités médicales sinistrées tant dans le public que dans le privé (pneumologie, sur spécialités pédiatriques ...);</li><li>- Des établissements publics avec des durées moyennes de séjours peu performantes, en partie dû au manque de structures d'aval (SSR ou établissements d'hébergement pour personnes âgées);</li><li>- Une prise en charge parfois inadéquate de soins intensifs dans les services de réanimation;</li><li>- Des réseaux de santé au rôle parfois mal défini.</li></ul>

### Des pistes d'amélioration

- Développer des alternatives à l'hospitalisation (hôpital de jour et hôpital de semaine);
- Assurer l'accès de la population, au plus près de son domicile, à des points d'entrée dans les filières de soins (consultations spécialisées de proximité);
- Repenser la médecine d'urgence qui doit être organisée au plus près de la population en lien avec la Permanence des Soins Ambulatoire;
- Développer la technicité des services de médecine et valoriser leur rôle qui est de délivrer des soins techniques, ce qui pose la question des filières d'aval.

## CHIRURGIE

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"><li>- Une rationalisation de l'organisation des établissements publics en cours ;</li><li>- Un rayonnement régional pour des activités hautement spécialisées (chirurgie cardio-thoracique, stimulateurs et défibrillateurs cardiaques, neuro-chirurgie ...) ;</li><li>- Un secteur privé dynamique</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- L'insuffisance de développement de la chirurgie ambulatoire, en particulier dans le secteur public ;</li><li>- Des DMS de chirurgie trop importantes (indices de performance DMS chirurgie supérieur à la référence nationale), notamment liées à une insuffisance d'accessibilité à des lits d'aval en SSR ;</li><li>- Un site opératoire chroniquement au-dessous du seuil annuel de 1500 séjours de chirurgie.</li></ul>

### *Des pistes d'amélioration*

- Organiser l'accès à des consultations spécialisées dans les territoires ne disposant pas d'une offre de chirurgie ;
- Promouvoir la chirurgie ambulatoire dans les établissements publics pour que la règle soit la prise en charge en chirurgie ambulatoire, en préservant la qualité et la sécurité des soins, et que l'hospitalisation complète reste limitée aux seuls patients le justifiant (mise en place de la MSAP) ;
- Favoriser le regroupement des équipes par spécialité aux fins d'améliorer la permanence des soins hospitaliers et de favoriser la technicité des équipes, notamment en chirurgie carcinologique.

## OBSTETRIQUE ET NEONATOLOGIE

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"><li>- L'existence d'une gradation de l'offre de soins depuis le niveau 1 jusqu'au niveau 3 ;</li><li>- Un équilibre et une émulation privé / public ;</li><li>- Un secteur réactif et dynamique.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Une maternité qui se rapproche du seuil minimal d'activité ;</li><li>- Une efficience à consolider dans le secteur public ;</li><li>- Des prises en charge en amont de l'accouchement insuffisamment adaptées aux grossesses à risque, et au suivi psychosocial des populations défavorisées ou fragiles ;</li><li>- Un réseau périnatal à repositionner sur la coordination des politiques de santé publique (prévention, promotion/éducation pour la santé, soins, prises en charge en institution) ;</li><li>- Une liaison PMI / Maternité pas assez articulée.</li></ul>

### Des pistes d'amélioration

- Consolider l'activité de la maternité de Trinité ;
- Améliorer l'articulation entre les deux maternités publiques de niveau 2a et 3 ;
- Promouvoir la procréation médicale assistée ;
- Assurer la gestion des ressources humaines (médicales et soignantes) dégagées par le transfert de la maternité de l'hôpital du Lamentin dans la perspective de l'amélioration du service rendu, de l'efficacité des maternités publiques et de développement de dispositifs de prévention et de suivi des grossesses au plus près des populations, dans les territoires de proximité.

## SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"><li>- Un maillage des structures bien réparties sur l'ensemble du territoire ;</li><li>- La mise en place récente de la réforme des SSR ;</li><li>- Une coordination de l'ensemble des structures SSR assurée au niveau du CHU de Fort de France ;</li><li>- La volonté des établissements de mettre en place de filières de soins régionales pour faciliter le parcours du patient.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Des difficultés de transfert vers le médico-social ;</li><li>- Des structures prévues non ouvertes ou pas encore autorisées sur le CHU de Martinique</li><li>- Quelques établissements vétustes en attente de rénovation et des plateaux techniques souvent réduits et/ou insuffisamment équipés dans les petits établissements ;</li><li>- Un déficit de mise aux normes de sécurité contre les risques naturels ;</li><li>- Une valorisation insuffisante des savoir-faire des équipes ;</li><li>- Un déficit de travail en réseau coordonné et lisible au niveau régional.</li></ul>

### Des pistes d'amélioration

- Continuer la mise en œuvre des objectifs poursuivis par la réforme SSR ;
- Organiser les filières de soins à travers les SSR référents ;
- Faciliter la mise à niveau et la réfection des services SSR ;
- Compléter le secteur médico-social ;
- Structurer la coordination territoriale du circuit du patient en s'appuyant sur le système d'information régional ;
- Dans le cadre du PMT, fusionner les autorisations de SSR des 3 sites publics de MCO (environ 90 à 120 lits et places).

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"><li>- Un renforcement de l'offre et sa diversification par la venue de deux nouveaux opérateurs (CHU de Fort de France et Clinique Saint Paul) permettant de mieux couvrir les prises en charge des patients souffrant de troubles anxio-dépressifs ;</li><li>- Le transfert prochain de l'activité de l'hospitalisation complète à Mangot-Vulcin ;</li><li>- La future proximité géographique du plateau technique et des services de médecine et de chirurgie de l'hôpital du Lamentin ;</li><li>- Une organisation territoriale de l'offre de soins psychiatrique en secteurs de proximité permettant l'élaboration d'un projet médical de territoire articulé avec les hôpitaux MCO, les hôpitaux de proximité et le dispositif médico-social ;</li><li>- Un important travail de concertation entre tous les opérateurs depuis l'élaboration du SROS III ;</li><li>- Des investissements pouvant être priorités dans les programmes régionaux d'investissement hospitaliers.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- La pénurie des personnels médicaux et paramédicaux ;</li><li>- Le retard de création des lits d'hospitalisation complète prévu dans le SROS III ;</li><li>- Des carences en structures sociales et médico-sociales pour assurer l'aval de l'hospitalisation ;</li><li>- La difficulté d'articulation entre soins somatiques et psychiatriques ;</li><li>- Des alternatives à l'hospitalisation insuffisamment disponibles.</li></ul>

### *Des pistes d'amélioration*

- Compléter le dispositif d'hospitalisation complète prévu par le SROS III pour couvrir les besoins de la population qui ne seront pas couverts au moment du transfert à Mangot-Vulcin ;
- Coordonner la prise en charge des enfants et des adolescents
- Organiser en filière complète, allant de la prévention à la réinsertion sociale, la prise en charge des addictions et de la toxicomanie.

# PARTIE 1 - LES ENJEUX DE TRANSVERSALITE

## A LES ENJEUX ORGANISATIONNELS POUR MIEUX STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS

### A.1 Les modes de prise en charge substitutifs à l'hospitalisation (chirurgie ambulatoire, dialyse hors centre, hospitalisation à domicile)

L'optimisation du recours aux soins hospitaliers passe par le développement des prises en charges substitutives à l'hospitalisation à temps complet ; cette démarche permet également de mieux répondre aux besoins des patients en proposant pour les pathologies qui le permettent des organisations de prise en charge plus adaptées. L'objectif est de faire séjourner le moins longtemps possible le patient à l'hôpital tout en lui consacrant le maximum de soins. En ce qui concerne l'hospitalisation à domicile, le patient ne va plus à l'hôpital mais c'est l'hôpital qui vient à lui. Le territoire de santé de la Martinique présente un paysage contrasté en matière de prise en charge substitutive à l'hospitalisation conventionnelle. Si les établissements d'hospitalisation privés ont rapidement investi ces modes de prise en charge, il n'en est pas de même pour les établissements d'hospitalisation publics qui accusent d'un certain retard. Le Plan Régional de Gestion des Risques (PRGDR) consacre un axe dans son programme à ce thème et prévoit le développement de 17 actes marqueurs en chirurgie ambulatoire et le développement de centres de chirurgie ambulatoire exclusive.

#### 1) La chirurgie ambulatoire

##### Références

Article 37 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour l'année 2008 relatif à la mise sous entente préalable :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019942966>

Définition et conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation :

Article R. 6121-4 et D.6124-301 à D.6124-306 :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?oldURL=true&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080116>

Arrêté du 13 janvier 1993 relatif au secteur opératoire des structures alternatives à la chirurgie et à l'anesthésie ambulatoire :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006080858>

Instruction DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspective de développement et démarche de gestion du risque :

[http://circulaires.gouv.fr/pdf/2010/12/cir\\_32301.pdf](http://circulaires.gouv.fr/pdf/2010/12/cir_32301.pdf)

Abécédaire chirurgie ambulatoire : réglementation- organisation-pratique :- janvier 2009 :

<http://www.sante.gouv.fr/abecedaire-chirurgie-ambulatoire.html>

Cette activité est peu développée dans le secteur public, en revanche il existe une forte activité dans le secteur privé. Actuellement, il n'existe que 4 unités d'anesthésie chirurgie ambulatoire bénéficiant d'une conformité : CH Lamentin - Clinique Sainte Marie - Clinique Saint Paul – CHU de Fort de France (MFME). Dans le cadre de la reconstruction du site de Mangot Vulcin, les locaux fonctionnels adaptés doivent favoriser la constitution d'un pôle public pour les activités d'urologie, d'ORL de stomatologie et d'ophtalmologie.

Le développement voire la mise en place de la chirurgie ambulatoire à travers des centres d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire est une priorité absolue pour les établissements d'hospitalisation publics prenant en charge des patients en chirurgie ou en gynécologie.

Les objectifs en matière de chirurgie ambulatoire en Martinique sont les suivants :

### Objectifs

<b>Objectif CA1</b>	<b>Développer la chirurgie ambulatoire dans son ensemble</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Développer la chirurgie ambulatoire au CHU ;</li><li>○ Soutenir la chirurgie ambulatoire innovante au CHU ;</li><li>○ Favoriser la formation initiale et continue sur les pratiques de chirurgie ambulatoire tant des chirurgiens que des personnels de santé.</li></ul>
<b>Objectif CA2</b>	<b>Améliorer la qualité et la sécurité des soins</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Mettre en place des unités ayant des organisations spécifiques ;</li><li>○ Garantir la continuité et la permanence des soins à l'issue des prises en charge de chirurgie ambulatoire.</li></ul>
<b>Objectif CA3</b>	<b>Structurer une offre de soins efficiente :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Inscrire la chirurgie ambulatoire dans les parcours et les filières de soins notamment pour les enfants et les personnes âgées ;</li><li>○ Mutualiser les plateaux techniques de chirurgie ambulatoire pour les actes techniques de médecine avec anesthésie locale ou locorégionale.</li></ul>

### 2) La dialyse hors centre

#### Références

Décret n°2002-1197 du 23 septembre 2002 relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000232864&dateTexte=>

Décret n° 2002-1198 du 23 septembre 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000780502&dateTexte=>

Circulaire DHOS/E4/AFSSAPS/DGS n° 2007-52 du 30 janvier 2007 relative aux spécifications techniques et à la sécurité sanitaire de la pratique de l'hémodiafiltration et de l'hémodiafiltration en ligne dans les établissements de santé (BO Santé n° 2007/3 du 15 avril 2007, p. 51)

Circulaire DHOS/O1 n° 2005-205 du 25 avril 2005 relative aux locaux, matériels techniques et dispositifs médicaux dans les établissements de santé exerçant l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale (BO Santé 15 juillet 2005, n° 5, p. 20)

Circulaire DHOS/SDO n° 2003-228 du 15 mai 2003 relative à l'application des décrets n° 2002-1197 et 2002-1198 du 23 septembre 2002 (BOMSS 28 juin 2003 n° 2003/2004, p. 105)

Instruction validée par le CNP du 17 décembre 2010 (visa CNP N° 2010-293) : Directive aux ARS relative à la priorité de gestion du risque sur l'IRC terminale en 2010-2011

Lettre DHOS du 13 avril 2004, éléments méthodologiques relatifs à l'élaboration des volets des SROS relatifs au traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale

La dialyse hors centre est bien développée à la Martinique. Elle revêt deux modalités de réalisation :

- La dialyse péritonéale (selon deux méthodes, la dialyse péritonéale continue ambulatoire DPCA, dialyse péritonéale automatisée DPA)
- L'hémodialyse en centre d'autodialyse qui peut être simple ou assisté.

Le vieillissement de la population et les difficultés technique inhérentes à l'hémodialyse à domicile fait qu'elle est inexistante à la Martinique.

Les objectifs en matière de dialyse hors centre en Martinique sont les suivants :

---

#### Objectifs

**Objectif DHC1 Organiser la pose de cathéters de dialyse péritonéale**

**Objectif DHC2 Développer les liens entre les structures autorisées en dialyse péritonéale et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**

**Objectif DHC3 Favoriser la coopération avec les infirmières d'exercice libéral**

**Objectif DHC4 Faciliter l'accès à la dialyse péritonéale et continuer à promouvoir cette méthode**

**Objectif DHC5 Exploiter les données du registre REIN**

**Objectif DHC6 Favoriser l'hémodialyse en centre d'autodialyse et surtout la méthode simple**

---

### 3) L'hospitalisation à domicile

Il existe actuellement en Martinique une seule structure d'HAD, ouverte depuis 2005 et dont l'activité correspond, en moyenne depuis l'ouverture, à 40 places, orientées essentiellement en :

- Soins palliatifs
- Soins continus : pansements complexes et soins ponctuels

Son fonctionnement, son organisation, son cout et son efficacité font l'objet de questionnements, alors que l'HAD doit être considéré un objectif de santé publique, correspondant à un réel besoin des patients et de leur entourage, et est constitutive d'éléments essentiels de modernisation nécessaire à notre dispositif sanitaire en termes de réponse de proximité pour la prise en charge de nombreux patients.

Les objectifs en matière d'hospitalisation à domicile en Martinique sont les suivants :

---

#### Objectifs

**Objectif HAD1 Garantir l'adéquation des prises en charges en Hospitalisation à Domicile aux besoins de la population**

- Améliorer la connaissance des besoins réels en HAD (cancérologie, soins continus, soins palliatifs, soins de suite et réadaptation)
- Limiter le recours à l'HAD aux prises en charge ne relevant pas de SSIAD ou d'une coordination de soins par un réseau de santé

**Objectif HAD2 Assurer une répartition harmonieuse selon les territoires de proximité**

---

## Objectifs

**Objectif HAD3** Développer l'articulation avec les établissements de soins et les EHPAD afin de favoriser le retour à domicile ou éviter des hospitalisations en particulier :

- Les services d'urgence ;
- Les services de gériatrie existant ou à développer ;
- Le service de cancérologie et de soins palliatifs de Clarac ;
- Les services de médecine polyvalente du Lamentin et de Trinité ;
- Les services de réadaptation et de neurologie.

**Objectif HAD4** Travailler en relais avec les SSIAD pour la sortie de l'hospitalisation à domicile

**Objectif HAD5** Développer des prises en charge de qualité répondant aux protocoles validés par les professionnels en s'appuyant sur les réseaux de santé :

- Cancérologie
- Gériatrie
- Soins Palliatifs

### A.2 L'articulation entre la ville et les urgences

L'insuffisance de réponse adéquate aux demandes de soins non-programmés est une réalité quotidienne en Martinique, entraînant une angoisse de la population et des dysfonctionnements croisés entre la permanence des soins ambulatoires et les services d'urgence. Les moyens sont quelquefois insuffisants (surtout pour la permanence des soins ambulatoires PDSA), mais la plupart du temps mal répartis et peu coordonnés.

La réponse réside dans une approche globale et collaborative des moyens employés en ville et à l'hôpital.

En France, le droit à la Santé, garanti par la Constitution, s'appuie sur la liberté de choix du praticien et du lieu du soin. L'équité devant les soins repose sur une qualité de soins adaptée à l'état de chacun et la collaboration des professionnels de santé entre eux s'impose pour parvenir au meilleur résultat.

Ces droits et ces devoirs sont liés les uns aux autres car pour pouvoir donner à chaque citoyen le droit auquel il prétend il faut organiser la disponibilité, la qualification et la complémentarité.

Ces droits ouverts à tous les citoyens doivent être assurés en continuité temporelle et quel que soit le niveau d'urgence qui survient. Toute situation critique qui survient, qu'elle soit réelle ou ressentie, doit trouver sa réponse et cette réponse réside dans la permanence des soins.

Elle suppose la disponibilité d'un professionnel de santé capable de répondre à une situation médicale aiguë. Cette disponibilité nécessite la présence d'une ressource et la permanence de celle-ci.

La permanence des soins est double, libérale et hospitalière et sous la responsabilité des ARS depuis la loi HPST.

La permanence des soins n'est pas exclusive de la continuité des soins. Un patient correctement pris en charge en urgence doit pouvoir bénéficier d'une série de soins coordonnés nécessités par son état (examens complémentaires, intervention chirurgicale....).

En Martinique, la population est encore fortement marquée par la précarité sociale. Celle-ci n'est pas, contrairement aux idées reçues, un facteur de sur-fréquentation des urgences. Les patients préfèrent lorsqu'ils le peuvent, s'adresser à leur médecin traitant.

L'usage de l'hôpital comme lieu de soins courant est plus important et constant en Martinique, parce que les cabinets médicaux sont en nombre insuffisants, et mal répartis sur le territoire.

Par ailleurs, on sait que la population est impactée par des problèmes de Santé Publique qui conduisent les patients à des accidents inopinés et graves au rang desquels on peut citer le diabète, l'hypertension artérielle et leurs complications (infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux...). Les accidents de la route font chaque année un grand nombre de victimes parmi lesquelles les jeunes sont surreprésentés. La toxicomanie d'une partie de la population apporte son lot hebdomadaire d'accidents, de troubles psychiatriques.

Enfin, les épidémies et les catastrophes naturelles ne font qu'aggraver ponctuellement (ou de façon prolongée pour ce qui concerne la dengue) les conditions d'accueil aux urgences.

Dans ces conditions la révision du cahier des charges de la PDSA (cf. annexe 6) doit s'efforcer d'assurer une coordination meilleure entre la ville et les urgences en :

- concentrant les moyens sur 4 secteurs où seront implantées 3 nouvelles Maisons Médicales de Garde (MMG) situées à proximité immédiate des établissements de santé, équipées et où les médecins pourront recevoir un forfait d'astreinte plus attractif,
- en garantissant l'accessibilité financière à ces MMG par le tiers payant,
- en maintenant une régulation libérale au centre 15 importante et basée sur les périodes de suractivité,
- en prônant la coordination de la PDSA par des moyens spécifiques implantés au SAMU,
- en proposant la coordination de la garde pharmaceutique pour la délivrance immédiate des médicaments urgents dans les MMG et celle de la garde ambulancière,
- en assurant par convention les liens de l'offre hospitalière et de la permanence des soins libérale, ses modalités d'action, ses recours et complémentarités (avec les MMG, SOS et les cabinets d'exercice particulier qui ouvrent sur des périodes élargies),
- en organisant des transports régulés vers les MMG par des moyens gratuits à destination des personnes isolées et précaires.

Cette approche trans-professionnelle et trans-institutionnelle doit servir l'objectif de mieux fluidifier le parcours du patient dans le dédale qu'il doit traverser lorsqu'il est soumis à un événement inattendu et qu'il nécessite des soins urgents. Elle s'appuie sur la coordination régionale des soins à partir de la régulation médicale du 15 et sur les infrastructures de proximité.

### A.3 La permanence des soins en établissement de santé

La permanence des soins en établissement de santé (PDES) se définit comme **l'accueil et la prise en charge des patients** dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence. La permanence débute dès 20h jusqu'à 08h, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

La PDES concerne le seul champ MCO et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements ex-OQN (privés).

Par conséquent, les hôpitaux locaux, SSR, USLD (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent donc pas relever du dispositif de PDES. Les structures de médecine d'urgence des établissements, les structures autorisées à l'activité de greffe (forfait) et les structures d'hospitalisation à domicile (activité) font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes.

Les plateaux techniques hautement spécialisés (PTHS) appartiennent au réseau des urgences et relèvent à ce titre automatiquement du schéma cible de PDES.

Pour les spécialités qui ne relèvent pas des PTHS, notamment les spécialités de médecine ou encore d'autres plateaux techniques moins spécialisés, il appartient aux ARS d'identifier à la lumière du diagnostic régional partagé, les lignes de gardes et d'astreintes des structures qui devront s'engager dans un partenariat renforcé avec le réseau des urgences pour les prises en charge la nuit, les weekends et jours fériés.

L'indemnisation allouée au titre de la participation à la mission de service public de PDESES visera ainsi à valoriser les établissements s'engageant à accueillir de nouveaux malades dans le cadre d'un partenariat renforcé avec les urgences. Les praticiens libéraux (y compris de ville) pourront également être impliqués dans le dispositif et indemnisés à ce titre.

Les enjeux de la réorganisation de la PDESES :

## Objectifs

### Objectif PDESES1

#### Améliorer l'accès aux soins

- Optimiser l'organisation de la PDESES pour l'ensemble des activités de soins qui la requièrent permettant de garantir un accès permanent aux soins à l'échelle du territoire de santé, selon les disciplines concernées (principe de gradation des soins) en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés
- Améliorer l'accès financier aux soins dans les plages horaires concernées. La PDESES relevant des missions de service public, les tarifs opposables pour les prises en charge réalisées dans ce cadre sont ceux du secteur 1.

### Objectif PDESES2

#### Améliorer la qualité de prise en charge

- Réduire les délais d'attente et d'orientation en aval des urgences.
- Sécuriser les parcours de soins non programmés pour que toutes les demandes obtiennent une réponse adaptée en termes de prise en charge ou d'orientation

### Objectif PDESES3

#### Améliorer l'efficience en élaborant un schéma cible de PDESES en :

- optimisant l'utilisation de la ressource médicale dans la région, en privilégiant les mutualisations entre établissements indépendamment de leurs statuts, en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge et en facilitant la participation des praticiens libéraux dans le dispositif ;
- éliminant les doublons entre établissements sur une même activité, pour éviter les dépenses inutiles et rémunérer uniquement les établissements assurant la mission de service public de PDESES
- répartissant de manière équitable les contraintes d'exercice entre les secteurs public et privé.

En Martinique, 6 établissements sont potentiellement concernés (4 publics et 2 privés), répartis comme suit :

- le CHU de la Martinique (avec ses 3 sites géographiques Fort-de-France, Lamentin, Trinité),
- le CH du Marin pour le sud,
- le CH de Carbet/Saint-Pierre au nord-Caraïbe,
- l'Établissement Public De Santé Mentale EPDSM pour la psychiatrie,
- et les 2 cliniques privées Saint-Paul et Sainte-Marie.

## A.4 La gradation des soins hospitaliers

L'offre hospitalière publique de court séjour et de SSR est répartie sur 15 établissements de santé (12 publics et 3 privés). En fait, hors l'actuel CH de Trinité, l'essentiel du plateau technique de MCO est concentré sur la conurbation du centre de l'île : Schoelcher, Fort de France, Lamentin.

Les 8 autres établissements publics assurent des prises en charge de proximité et aujourd'hui seuls 3 d'entre eux, tous situés au sud (Saint Esprit, Marin, et l'ex-hôpital local du François) ont encore une activité autorisée de court séjour de médecine même si dans la pratique, les pathologies prises en charges, l'intensité des soins et les moyens médico-techniques disponibles semblent plus souvent relever d'une prise en charge de soins de suite, voire médico-sociale.

La réorganisation des activités publiques de MCO a été une priorité de l'ARS dès son ouverture en 2010, pour mettre fin aux doublons d'activité, constituer des équipes médicales territoriales intégrées, mettre en place des filières de soins d'urgence au plus près du domicile du patient pour les pathologies traçantes. L'existence d'une offre hospitalière MCO à Trinité constitue un élément important d'accessibilité hospitalière de proximité pour les habitants de la côte Atlantique.

Par ailleurs et globalement, l'offre publique est très majoritairement composée de lits en hospitalisation complète, avec peu d'alternatives à l'hospitalisation. En la matière, l'écart est particulièrement notable par rapport à la situation métropolitaine et le rattrapage est lent à monter en charge.

Le SROS préconise ainsi :

- La coordination de l'offre publique de soins de court séjour entre les 3 sites fusionnés dans le cadre du futur projet d'établissement du CHU de Martinique, dans une logique de parcours de soins,
- L'organisation du plateau technique du CHU autour de 3 pôles géographiques complémentaires et solidaires, sur la base d'un projet médical de territoire pour le court séjour, et garantissant une répartition cohérente des activités et des ressources médicales ;
- Le rôle majeur que doit remplir le futur CHU comme point de départ et de convergence de toutes les coopérations sanitaires, dans sa double mission de proximité et de recours régional (réseaux, télémédecine, formations, ...) ;
- L'inscription et la participation des hôpitaux de proximité de soins de suite dans des filières régionales de soins coordonnées à partir du CHU, avec l'adaptation de leurs moyens (techniques, matériels) ;
- Le rôle d'expertise et de recours que doivent remplir ces mêmes hôpitaux pour leur territoire de proximité et/ou pour l'ensemble du territoire régional, ainsi que de structuration de l'offre de premier recours notamment dans les zones démographiquement fragiles, et au bénéfice des personnes âgées ;
- Le recours possible aussi à ces hôpitaux dans le cadre des hébergements transitoires de handicaps lourds ou pour les personnes âgées dépendantes ou démentes en proximité des familles, afin de développer de la réadaptation fonctionnelle pour restaurer une autonomie, ou bien de placement en longue durée dans de meilleures conditions d'autonomie, ou encore pour préparer le projet social de retour au cadre de vie (domicile, emploi...).
- L'encouragement à la mutualisation de l'encadrement et des fonctions logistiques de ces différents établissements, ainsi qu'à la plus grande intégration de leurs projets médicaux dans des formes de coopération formalisées (GCS, CHT, conventions, fédérations de services, etc), dans chaque territoire de proximité (nord-caraïbe, sud-centre, nord-atlantique) ;
- Le développement de l'ambulatoire dans le secteur public en particulier en ce qui concerne l'Anesthésie-Chirurgie Ambulatoire (ACA), mais aussi en ce qui concerne les consultations de spécialités avancées dans les hôpitaux de proximité.
- Pour la psychiatrie et la santé mentale, une refonte du dispositif de prise en charge, mettant en réseau le CHU, l'EPDSM de Mangot Vulcin, la clinique Saint-Paul, le recours aux hôpitaux périphériques pour des activités de proximité, avec implantation de petites unités articulées aux CMP

## A.5 La biologie médicale

La biologie médicale est une discipline importante dans le parcours de soin du patient.

La loi HPST et l'ordonnance du 13 janvier 2010 ont modifié en profondeur l'exercice de la biologie en France. Les nouveaux textes réglementaires reconnaissent la biologie comme une discipline médicale, l'examen de biologie étant déterminant pour le diagnostic de la majorité des pathologies et le suivi de leurs thérapeutiques. La réforme prévoit une médicalisation de la profession, la territorialisation de l'activité et de la permanence des soins et la recherche d'une qualité « prouvée » par le biais de l'accréditation.

En Martinique, l'activité de biologie hospitalière est au cœur des actions à mener sur l'efficacité, car d'importants écarts existent entre les plateaux techniques des hôpitaux faute de mutualisation et de regroupements fonctionnels. Dans le contexte local d'ouverture du Centre Hospitalier de Mangot Vulcin, de la nouvelle configuration du CHU de Martinique, de l'accréditation obligatoire, une large concertation est nécessaire pour que cette discipline soit à la hauteur des enjeux de qualité, de compétitivité, et de financement exigés.

### Le contexte régional

#### L'offre de soins en laboratoires de biologie médicale

La Martinique compte 5 laboratoires hospitaliers de biologie médicale.

	Biologistes	Techniciens de laboratoire	Administratifs et autre	NB Examens de biologie en hospitalisation <sup>1</sup>	Total B** et BHN en hospitalisation 2008 <sup>1</sup>
<b>CHU PZQ (7 services*)</b>	15 (14 ETP)	75 (74,5 ETP)	22 (19,2 ETP)	1 790 609	46 955 575
<b>CH LAMENTIN</b>	4	23	5	593 209	15 248 493
<b>CH TRINITE</b>	1	17	2	253 543	6 669 948
<b>HOPITAL CARBET</b>	1	4	1	30 319	787 764
<b>HOPITAL SAINT ESPRIT</b>	1 (0,5 ETP)	3	1	22 160	685 302
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>122</b>	<b>31</b>	<b>2 689 840</b>	<b>70 347 082</b>

<sup>1</sup> Données 2008 fournies par les laboratoires

NB : Les effectifs et les actes (BP) réalisés par le laboratoire d'anatomo-pathologie du CHU (6,78 ETP et 6 ETP médicaux ne sont pas inclus dans ce tableau)

Le laboratoire de biologie du CHU comprend 7 services spécialisés : biochimie, hématologie, microbiologie, parasitologie mycologie, immunologie - virologie, cytogénétique.

Les laboratoires des autres centres hospitaliers ont une activité polyvalente.

La lettre clé B se rapporte à une nomenclature qui quantifie la valeur d'un examen de biologie. Cette nomenclature est identique à celle utilisée dans les laboratoires de ville.

*Exemple : un examen de bactériologie est côté B 50 en moyenne alors qu'un acte de biochimie comme une glycémie est côté B 10*

La cotation du B en ville est égale à 0,31€. Cette cotation n'est appliquée à l'hôpital que pour les examens de biologie réalisés pour des patients externes. Pour les patients hospitalisés, le coût du B est inclus dans la tarification à l'activité, il est très variable d'un établissement à l'autre en fonction des coûts de production et de la masse salariale du laboratoire : à l'hôpital du Lamentin, le B coûte 0.30€ alors qu'au CH du Carbet il est de 0.62 €.

A titre d'information : la banque de données hospitalières de France (BDHF) qui recueille les données des grandes bases nationales fournit les chiffres suivants à l'hôpital :

	Nbre de	Nbre d'ETP	Densité techniciens pour	Densité moyenne techniciens nationale	Ecart % à la moyenne
--	---------	------------	--------------------------	---------------------------------------	----------------------

	millions de B	technicien	100 millions de B*	pour 100 millions de B*	nationale
CHU	47	74,5	158,51	113	+40,3%
CH Lamentin	15,3	23	150,33	116	+29,6%
CH Trinité	6,7	17	253,73	150	+69,1%

(\*) : Densité biochimie, micro-bio et immuno hématologie

### Les laboratoires de biologie privés en ville

La Martinique compte 26 laboratoires privés avec une densité globale de 6,6 laboratoires pour 100 000 hab. en 2008 ce qui est légèrement au-dessus de la densité nationale qui est de 6,3 pour 100 000 hab. en 2008. La ville de Fort-de-France enregistre la plus forte concentration avec 9 laboratoires implantés.

Le nombre d'examen réalisés par ces laboratoires de ville s'élève à 4 335 813 en 2009 (c'est quasiment le double des examens réalisés par les 5 laboratoires des hôpitaux : 2 589 840) pour un montant remboursé de plus de 33 millions d'euros (données SNIRAM 2009).

Tout laboratoire qui n'aura pas démontré qu'il s'est fortement engagé dans une démarche d'accréditation d'ici 3 ans risque de se voir contraint d'arrêter son activité, le grand nombre de petits laboratoires privés en Martinique leur impose donc de se restructurer. Cette démarche est déjà très engagée pour un certain nombre d'entre eux (regroupements etc..).

### Une activité externe source de recettes pour les laboratoires hospitaliers

- Nombre de B et de prélèvements ( TB, PB et KB) facturés en externe pour des patients non hospitalisés

	2008	2009	Evolution	
CHU	5 128 416	5 088 439	-0,8%	
CH Lamentin	4 911 582	4 822 728	-1,8%	
CH Trinité	1 061 081	1 380 305	+30,1%	Reprise d'activité suite au séisme
CH Carbet	172 866	ND dans EPMSI		Sortie du champ MCO
CH Saint Esprit	191 536	207 799	+8,5%	Reprise d'activité suite au séisme
<b>Total</b>	<b>11 465 481</b>	<b>11 499 271</b>	<b>+0,3%</b>	

Source : EPMSI - Tableau MAT2A 48

- Valorisation Assurance Maladie de l'activité externe de biologie

	2008	2009	Evolution	
CHU	1 152 462,69 €	1 154 583,59 €	0,2%	
CH Lamentin	1 258 772,10 €	1 243 355,29 €	-1,2%	
CH Trinité	249 584,62 €	329 164,87 €	+31,9%	Reprise d'activité suite au séisme
CH Carbet	51 880,61 €	ND dans EPMSI		Sortie du champ MCO
CH Saint Esprit	45 428,43 €	49 162,27 €	+8,2%	Reprise d'activité suite au séisme
<b>Total</b>	<b>2 758 128,45 €</b>	<b>2 776 266,02 €</b>	<b>+0,7%</b>	

Source : EPMSI - Tableau MAT2A 48

L'activité externe du CH du Lamentin dépasse celle du CHU. L'activité externe au sein des hôpitaux (source de recettes) mériterait d'être développée en augmentant sensiblement les horaires d'ouverture des centres de prélèvement et plus particulièrement au CHU.

### L'accréditation des laboratoires de biologie : Ordonnance N°2010-49 du 13 Janvier 2011

La démarche d'accréditation est de nature à améliorer la qualité, la sécurité des soins et favoriser la réorganisation territoriale des plateaux techniques ce qui implique une évolution d'une simple obligation de moyens vers une obligation de résultat plus exigeante. Elle permet la reconnaissance de la conformité d'un système qualité et de la compétence de l'équipe d'un site concerné afin d'obtenir une reconnaissance nationale et internationale (le référentiel retenu est la norme internationale ISO EN 15189).

Cette procédure sera longue, coûteuse et nécessitera un investissement lourd pour l'ensemble des acteurs (laboratoires, hôpitaux, etc.) car elle concerne toutes les phases de l'examen de biologie médicale du prélèvement à la communication appropriée du résultat au prescripteur.

Toutes les familles du domaine de la biologie médicale sont concernées : la biochimie, l'hématologie, l'immunologie, la microbiologie, la génétique, l'assistance médicale à la procréation de la phase pré-analytique à la phase post-analytique. On peut être accrédité dans un domaine mais pas dans un autre.

L'ordonnance du 13 janvier 2010 impose que tous les laboratoires de biologie médicale (LBM) soient accrédités au 1 novembre 2016.

**TOUTEFOIS**, des textes réglementaires fixent les conditions pour passer l'étape d'accréditation "partielle" pour pouvoir continuer à fonctionner: dès le 1 novembre 2013, les laboratoires **devront prouver leur entrée effective dans la démarche d'accréditation**.

A partir des renseignements fournis et d'éventuels compléments, le Comité Français d'Accréditation (COFRAC) est en mesure d'examiner la recevabilité de la demande, d'établir la convention d'accréditation et de programmer l'évaluation sur site du laboratoire dans les 4 mois (l'arrêté est à paraître).

Si le laboratoire ne peut pas prouver cet engagement dans la démarche d'accréditation, son existence sera remise en question.

Un autre texte (à paraître) prévoit que le LBM doit réaliser 85 % des examens sur place et donc ne transmettre que 15 % maximum (en nombre d'examens), ce qui n'est pas compatible avec les nombreux transferts d'activité souhaités par les petits laboratoires qui ne sont pas en mesure de satisfaire aux conditions de l'accréditation dans certains sous domaines de la biologie.

#### *L'accréditation et le contexte local des laboratoires de biologie hospitalière de Martinique*

Le cap de 2013 de l'accréditation partielle sera difficile voire impossible à passer pour 2 laboratoires en Martinique : les laboratoires de biologie de Saint esprit et du Carbet.

Le laboratoire de biologie du CH de Trinité, dont l'activité est très faible ne pourra pas satisfaire aux exigences de l'accréditation dans le domaine de la microbiologie.

Au CH du Saint-Esprit, le départ du biologiste présent à mi-temps est annoncé., et ainsi le laboratoire doit fermer.

Au CH du Carbet, l'accréditation s'avère impossible sur certains secteurs comme la microbiologie, l'immunologie... de nombreux examens de biologie médicale devront être transférées ce qui réduira d'autant plus l'activité déjà faible du laboratoire.

#### *La coopération entre les plateaux techniques des laboratoires de biologie hospitalière en Martinique*

Actuellement la coopération (transfert d'analyses entre les laboratoires hospitaliers) peut être qualifiée d'inexistante, quelques conventions existent néanmoins avec le CHU pour quelques rares examens très spécialisés en virologie, et dans le domaine de la drépanocytose (électrophorèse de l'hémoglobine).

Les laboratoires sous-traitent tous les examens non réalisables à des laboratoires de métropole tels que CERBA, PASTEUR ou MERIEUX qui disposent d'un service de ramassage et de coursiers très efficace.

Les restructurations des plateaux techniques hospitaliers permettront d'améliorer l'efficacité dans le domaine de la biologie sans augmenter voir diminuer le coût global, à périmètre d'activité égal en particulier pour la biologie **automatisable**.

L'efficacité s'appuie sur des projets de réorganisation logistique des LBM pour optimiser les plateaux techniques automatisés en lien avec les réorganisations médicales et en conformité avec les exigences de l'accréditation.

La biologie structure les réponses du dispositif d'offre de soins (transfert de la maternité à Mangot Vulcin à la MFME, arrêt de l'activité de la chirurgie au CHLD de Trinité etc.). C'est pourquoi il est important de trouver au plus près du terrain les collaborations et les partenariats sans lesquels la biologie hospitalière

territoriale de Martinique ne pourra pas répondre aux défis posés par l'accréditation et la création du futur CHU.

### *Pistes de réorganisation régionale*

#### Objectifs

**Objectif BIO1** Anticiper la nécessaire fermeture des 2 laboratoires (CH de Saint Esprit et CH du Carbet) dont l'activité ne permettra pas une accréditation même partielle en 2013 et proposer la création en leur lieu et place de centres de tri et de prélèvement

- Les examens de biologie du CH du Saint Esprit pourront être réalisés avec un transfert progressif dès 2011 sur le site de Mangot Vulcin, au sein du CHU de Martinique
- les examens de biologie du CH du Carbet pourront être réalisés au CHU (transfert progressif dès 2011)

**Objectif BIO2** Création d'un laboratoire unique multi sites (site de Zobda Quitman, site de Mangot Vulcin et site de Trinité) pour le futur CHU de Martinique avec urgence et routine assurées sur chaque site et des pôles individualisés pour les examens spécialisés

#### Les apports d'une coopération et de la mutualisation des plateaux techniques

- Une accréditation unique
- Un examen de biologie médicale hospitalier de qualité égale sur le territoire avec une organisation mieux adaptée et plus efficiente
- Une informatique commune
- Une uniformisation des équipements
- Une garde de biologie territoriale commune
- Optimisation des ressources
- La biologie source de recettes peut constituer un atout pour l'équilibre financier du futur CHU
- Consolidation de l'activité et maîtrise des coûts de fonctionnement avec réduction du coût moyen local du B pour les patients hospitalisés
- Création de nouveaux métiers (accréditation etc.) Renforcement du rapprochement entre les établissements

#### Les difficultés

- « Phase d'instabilité », il faut un engagement des biologistes, des techniciens et des administrations (accompagnement humain très important car la « culture » de chaque site est modifiée) Complexité de la gestion économique et financière
- Mise en place d'une organisation logistique pour les transports de prélèvements entre les sites ( pour le transfert de l'activité des LBM de Saint Esprit et du Carbet, l'activité est très faible et ne devrait pas poser de problèmes )  
Accompagnement humain nécessaire

## A.6 La transfusion sanguine

Dans le cadre de l'organisation des soins, il convient d'assurer une cohérence entre le SROS et le Schéma de l'Organisation de la Transfusion Sanguine (SOTS) élaboré par l'EFS pour la période 2012-2016, afin de mettre à disposition de tout patient des produits sanguins labiles (PSL) en tout lieu, à tout moment, dans des conditions de sécurité optimale.

**Le maillage territorial des sites transfusionnels de la Martinique respecte cette cohérence, avec actuellement 1 établissement de transfusion sanguine référent (l'EFS) et 5 dépôts de PSL destinés aux**

urgences transfusionnelles incompatibles avec le délai d'acheminement du site transfusionnel, et en fonction bien sûr des activités de soins réalisés sur chaque site :

- 1 dépôt à la Clinique Saint-Paul,
- 1 dépôt à la Clinique Sainte-Marie,
- 1 dépôt sur le site de la MFME (PZQ),
- 1 dépôt sur le site de Mangot-Vulcin,
- 1 dépôt sur le site de Trinité.

L'organisation régionale devra garantir la sécurité de la chaîne de transfusion pour éviter les incidents graves.

## A.7 La démographie et la formation des professionnels de santé

La Martinique, comme certains secteurs infra-régionaux sous médicalisés du territoire hexagonal, est confronté à des problèmes de démographie médicale, accentués dans certaines spécialités (pédiatrie, radiologie, pneumologie notamment). La difficulté est accrue par l'éloignement géographique, et a conduit à recourir de façon importante à des médecins étrangers, dont l'activité ne pourra être pérennisée que dans les conditions prévues par la réglementation. Cela pourra induire des délais accrus de consultation et de prise en charge, pouvant fragiliser dans l'intervalle le fonctionnement des établissements de soins, aussi bien sous l'angle des soins apportés aux patients, qu'au plan financier dans le contexte de tarification à l'activité. **Cela met en exergue la nécessité pour les établissements de développer leur politique d'attractivité.**

Par ailleurs, les formations paramédicales existantes actuellement dans notre région ont été reconduites en 2010 après consultation obligatoire du président du Conseil Régional qui reste le partenaire incontournable dans le cadre de la mise en œuvre du Schéma de Formations Sanitaires et Sociales. L'ARS étant concernée sur le secteur sanitaire, il est prévu de bâtir en collaboration étroite avec les autres directions générales des ARS de la Guadeloupe et de la Guyane, un projet de formations sur les métiers de la santé au regard des besoins dans les différents métiers à l'horizon 2020. En outre, le Comité Interministériel de l'Outre-mer réuni par le président de la république, le 6 novembre 2009 a décliné plusieurs mesures spécifiques dans le domaine de la santé, complémentaires de celles contenues dans le Plan Santé Outre-mer. L'une de ces mesures consiste en la création d'un Institut de Formation aux métiers de la santé aux Antilles-Guyane.

Dans l'optique de la création de cet Institut, si les formations existantes doivent être consolidées et mieux réparties sur chacun de nos territoires, l'on s'oriente vers l'installation de nouvelles formations principalement dans les métiers de la rééducation. Il s'agit des formations suivantes :

- Orthophonistes ;
- Orthoptistes ;
- Diététiciens ;
- Podologues ;
- Psychologues ;
- Psychomotriciens ;
- Ergothérapeutes.

Tous les partenaires approuvent cette orientation (Conseils Régionaux, Rectorats, Université, les CHU, les centres de formations).

Le développement également de quelques formations spécifiques s'impose : intervenants secouristes en situation de catastrophe, éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, aides médicaux-psychologiques, éducateurs de jeunes enfants, et formations en santé publique pour l'ensemble des auxiliaires médicaux.

## B. LES ENJEUX DE TRANSVERSALITE POUR AMELIORER LE PARCOURS DE SOINS

### B.1 Les pathologies du vieillissement dont Alzheimer

La Martinique n'échappe pas à la tendance générale de vieillissement de la population. En 2030, elle se situera au 5<sup>ème</sup> rang des régions françaises les plus âgées. Cette tendance générale est accentuée par d'autres facteurs associés que sont la décohabitation, la dépendance, mais également la démence du type Alzheimer. Les plus de 60 ans représenteront 90% des personnes hospitalisées dans le futur selon les études du CREDES. Ce vieillissement doit donc conduire à des réflexions innovantes en matière de prise en charge.

Ceci constitue, en Martinique comme sur le territoire métropolitain, un des enjeux majeurs du système de santé, comme du secteur médico-social ; la spécificité locale tient à une insuffisance de l'offre de prise en charge (essentiellement médico-sociale), couplée à la précarité de la majorité des personnes âgées et de leur famille rendant difficile financièrement la prise en charge en institution.

Certaines évolutions économiques et sociologiques (augmentation du coût des logements, affaiblissement des solidarités familiales traditionnelles, travail en métropole des enfants...) limitent les prises en charge familiales des personnes âgées.

A contrario de l'hospitalisation en court séjour, la Martinique présente un sous-équipement important en places d'hébergements pour personnes âgées dépendantes, avec 3,81 places / 1000 habitants en Long Séjour et EPHAD (versus 7,23 places en métropole).

Cette situation doit toutefois être relativisée. En effet, la majorité des établissements de proximité assurent une prise en charge relevant ailleurs de structures pour personnes âgées, au sein des services de SSR, voire parfois dans certains services de court séjour, ce qui limite les capacités hospitalières destinées en aval du court séjour.

Néanmoins il s'agit du secteur où le décalage est le plus manifeste avec la métropole, avec une offre de soins déficitaire : peu de places dédiées en hospitalisation, absence d'alternative à l'hospitalisation, organisation en réseau à coordonner. Ce déficit n'est pas compensé par le secteur médico-social puisque les places en maison de retraite sont également très insuffisantes et leur accessibilité financière limitée.

Les SROS préconise ainsi :

- Une adaptation de l'offre hospitalière pour répondre à la demande de soins gériatriques, en articulation avec le développement des mesures favorisant le maintien et les soins à domicile ;
- Un développement d'une offre médico-sociale adaptée ;
- Un développement d'une politique de prévention du vieillissement pathologique et de la perte d'autonomie qui pourrait être favorisé par l'amélioration de l'évaluation gériatrique avec la mise en place d'équipes mobiles spécialisées dans les établissements de santé où elles n'existent pas, mais aussi aptes à se déployer dans les EHPAD, dans des actions de réseaux...
- Une augmentation des places d'USLD sera nécessaire, compte tenu du vieillissement pathologique de la population avec développement du handicap, des polyopathologies et des démences qui constituent une priorité de santé à prendre en compte. Elle pourra être pour partie envisagée, le cas échéant, par reconversion des capacités de court séjour excédentaire, en assurant une prise en charge de qualité et adaptée ;
- Un développement efficient du réseau gériatrique (concernant l'ensemble des établissements, y compris le CHU) afin d'améliorer l'organisation intra et inter hospitalière et le lien ville-hôpital.

Ces orientations sont partagées par le Schéma régional de l'Organisation Médico-Sociale (SROMS).

## B.2 Les maladies chroniques

Certains problèmes de santé sont spécifiques de la Martinique et ne relèvent ni d'un accroissement de capacité, ni d'une évolution qualitative de l'offre de soins (hospitalière et ambulatoire).

Trois chapitres peuvent être cités :

- Les pathologies génétiques, dont la drépanocytose, bénéficient d'ores et déjà de programmes de dépistage, de surveillance et de prise en charge qui apparaissent performants et adaptés ;
- Les troubles psychiatriques et/ou addictions (notamment consommation de crack) chez la population des « errants » constitue à la fois une problématique sociale et de santé publique. Pour répondre à ce qui a été qualifiée « d'épidémie », la coordination entre les secteurs de psychiatrie, les services sociaux et les services de sécurité est nécessaire et a été initiée avec des équipes mobiles conjointes.
- Les pathologies chroniques les plus prégnantes (cancer, diabète, insuffisance rénale chronique et hypertension artérielle) et leur survenue précoce sont un élément d'explication de la sur-morbidité et de la surmortalité par pathologies cardio-vasculaire.

La prévalence élevée du diabète et son incidence croissante concernent essentiellement le type II et s'expliquent largement par l'importance du surpoids et de l'obésité, liés à une surconsommation glucido-lipidique associée à une plus grande sédentarité.

A titre de préconisation, les structures et les équipes hospitalières impliquées dans la prise en charge curative de ces pathologies chroniques doivent être concernées par une politique de prévention. Il peut s'agir d'actions dans le cadre de la participation à des réseaux de santé, ou encore d'implication directe dans les Projets Locaux de Santé Publique (PLSP), menés conjointement par les acteurs hospitaliers et de ville, en conformité avec les orientations du SROS-PRS et du SRP. Les PLSP pourraient faire l'objet de financement ciblé dans le cadre de mission d'intérêt général.

Ces orientations sont prévues au Schéma Régional de la Prévention (SRP).

## B.3 Les accidents vasculaires cérébraux

Les accidents vasculaires cérébraux font l'objet, en Martinique, d'un système intégré de prise en charge globale (prévention primo-secondaire, urgence, rééducation et réadaptation sociale).

Ce système complexe mais régulé a été rendu possible grâce à l'implication du centre de référence du CHU de Fort de France et à une organisation de la coordination des soins autour du réseau Ermancia. Ce réseau réalise régulièrement des campagnes d'information en direction de la population pour une alimentation plus saine et moins salée, a permis la mise à disposition d'une « baguette santé » dans la plupart des boulangeries de l'île, pour un appel rapide au 15 en cas de signe évocateur d'accident vasculaire cérébral. Ce réseau permet aussi l'éducation thérapeutique post-accident par une collaboration remarquable entre pharmaciens et infirmiers libéraux qui ont mis en place une surveillance systématique des facteurs de risque (dont la tension artérielle). Ce suivi a fait l'objet de publications scientifiques remarquées.

Pour autant un certain nombre de points devront être confortés :

- la communication vers la population générale pour un dépistage précoce de l'hypertension artérielle et un traitement bien conduit ;
- le maintien des compétences de haut niveau en neurologie et neuroradiologie du CHU, pour un fonctionnement optimal de l'unité neuro-vasculaire ;
- le maintien de l'accès à l'imagerie et à l'interprétation de celle-ci 24/24 (télé AVC) ;
- la disponibilité en urgence des fibrinolytiques pour leur utilisation immédiate ;
- l'amélioration de la fluidité des parcours entre MCO et SSR ;
- la possibilité de développer une animation de filière à étudier.

## B.4 Les réseaux de santé

Les réseaux de santé doivent assurer la coordination et la pluridisciplinarité des professionnels de santé, favorisant de ce fait l'accès et la continuité des soins. Actuellement, 13 réseaux font l'objet d'un soutien financier (cf. Volet Ambulatoire du SROS).

L'ARS définit dans le cadre du SROS-PRS une nouvelle politique des réseaux qui, tout en étant ciblée sur les fléaux de santé publique de la Martinique, se doivent d'être élargis à tous les champs de la santé. L'ARS identifie les réseaux comme de véritables outils de construction de la transversalité de son action (prévention, soins, accompagnement médico-social).

Certaines thématiques doivent être soutenues (addiction, obésité, AVC...) et une meilleure territorialisation de l'action des réseaux dans les territoires de proximité doit être recherchée. De même, la mutualisation des moyens humains et matériels devra être un objectif permanent. Celle-ci doit s'opérer à travers des regroupements de réseaux positionnés sur des thématiques intercurrentes pour gagner en efficacité et améliorer le parcours de santé voire de vie du patient.

La poursuite de l'accompagnement financier des réseaux de santé, dans un cadre budgétaire contraint, doit s'opérer par un recentrage de ceux-ci sur leur fonction de coordination et un nouveau modèle économique de financement, basé sur des référentiels de dépenses éligibles.

## B.5 La coopération régionale, Coopération Caraïbe

# PARTIE 2 - L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE

---

## INTRODUCTION

### Contenu

L'élaboration de la partie hospitalière du SROS-PRS a été conditionnée par plusieurs facteurs :

- l'évaluation des besoins et de l'offre se situe désormais au niveau du PSRS,
- le nouveau cadre réglementaire offre de la souplesse en termes de structuration du SROS puisque la base législative de l'arrêté fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les SROS a été abrogée par la loi HPST,
- la contrainte financière impose un pilotage et un suivi des volets hospitaliers des SROS.

Le SROS-PRS ne comporte plus de volets obligatoires car la base législative de l'arrêté fixant la liste des volets a été abrogée par la loi HPST (ancien article L.6121-1 alinéa 4). Cependant la partie hospitalière se veut suffisamment exhaustive lors de sa première adoption : il comporte l'ensemble des éléments nécessaires à l'identification des besoins et à la fixation des objectifs quantifiés pour toutes les matières soumises à régime d'autorisation : activités de soins, équipements lourds et biologie, afin d'être opposable pour l'application du régime d'autorisation aux matières non traitées.

La partie hospitalière pourra toujours faire l'objet de révisions partielles (en fonction des thématiques).

Le SROS contient obligatoirement un chapitre par activité de soins soumise à autorisation (sur la base de l'article R.6122-25).

**Chaque thème et activité de soins**, a été présenté par fiche en utilisant les items suivants :

- 1- Eléments du diagnostic régional pour le thème/ activité
- 2- Objectifs régionaux spécifiques s'ils sont différents des orientations nationales
- 3- Plan d'actions par rapport aux orientations nationales et régionales
- 4- Schéma cible de l'organisation régionale du thème/ activité
- 5- Modalités/ actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social
- 6- Création/ suppression d'implantations prévues
- 7- Projet(s) de coopération

Pour les activités soumises à « Objectifs de Répartition de l'Offre de Soins (OROS) »(cf. Annexe 2 « Outils de pilotage des activités de soins) :

- 8- OROS régional en implantations
- 9- OROS régional en volume
- 10- Indicateurs de suivi du SROS

Les missions de service public font l'objet d'un chapitre particulier, sur la base des recommandations nationales.

Enfin, Il est proposé un chiffrage a priori du SROS sur la base d'une méthodologie proposée par la DGOS à cet effet dans le guide méthodologique d'élaboration des SROS-PRS relatif à l'analyse des taux de recours et au pilotage de l'activité hospitalière.

### Enjeux

Deux innovations importantes, amenées par la loi HPST, viennent enrichir le schéma régional d'organisation des soins : son intégration au sein d'une démarche plus large qu'est l'élaboration du projet régional de santé et l'extension de son champ d'application à l'offre de soins ambulatoires.

Ce schéma régional d'organisation des soins a pour ambition de positionner et dimensionner l'offre hospitalière de soins au regard des besoins du territoire de santé de la Martinique et ce en s'articulant avec les différentes composantes du plan régional de santé : le plan stratégique régional de santé, le

schéma régional de prévention, le schéma de l'offre médico-sociale et le schéma régional de l'offre de soins ambulatoires.

L'intégration de ces différents schémas va permettre de mieux prendre en compte la santé des personnes dans leur globalité et d'améliorer ainsi leur parcours de vie et de soins sur l'ensemble du territoire.

Concomitamment au dimensionnement de l'offre de soins hospitalière, le schéma régional d'organisation des soins pour la Martinique se veut être un outil au service de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

En complément de son objectif intrinsèque d'adaptation de l'offre de soins existante aux besoins de la population, le SROS doit favoriser la transformation des organisations hospitalières au profit d'organisations plus efficaces dans un contexte économique défavorable.

L'accent est mis sur l'amélioration de la gradation des soins, le développement des modes de prise en charge substitutifs à l'hospitalisation complète, la mise en place de liaisons fonctionnelles transversales à tout le dispositif de soins et la mise en œuvre d'outils nouveaux favorisant la qualité des soins, et garantissant l'équilibre financier de l'offre par la T2A.

Le schéma régional d'organisation des soins engage pour une durée de 5 ans, son élaboration correspond à un moment de réflexion important qui doit permettre de faire face aux enjeux futurs de notre dispositif de soins hospitaliers.

## Priorités

### *La réorganisation de l'offre publique de soins de MCO (projet de création du CHU de la Martinique)*

Les CH du Lamentin, de Trinité et le CHU de Fort de France ont été engagés par l'ARS, dès 2010, dans une démarche de création d'un CHU tripolaire, nommé CHU Martinique, ouvrant la voie à une meilleure optimisation de l'offre de soins sur le territoire, à une plus grande solidarité entre les acteurs et à la définition d'une stratégie de soins commune répondant pleinement aux besoins de santé du territoire.

Le projet de territoire du CHU de Martinique, passant par la fusion des 3 établissements, repose sur les exigences issues du projet médical intégré des établissements de santé publics MCO de la Martinique cadré par une note du Directeur Général de l'ARS du 16 juillet 2010, avec les objectifs suivants :

- Avoir des organisations centrées sur le patient dans le cadre de circuits du patient clairement établis;
- Construire des équipes médicales et paramédicales territoriales, intervenant sur l'ensemble des trois sites en fonction de l'organisation qui aura été mise en place dans le cadre du fonctionnement de ce CHU Tripolaire ;
- Déployer une offre de proximité au plus proche de la population;
- Développer des activités nouvelles et répondre aux besoins insuffisamment couverts

La création du CHU de Martinique répond ainsi à ces exigences ; les principaux objectifs poursuivis par ce projet sont ainsi :

- Une meilleure gradation de la prise en charge sur le territoire. Cette gradation de soins doit ainsi offrir aux patients la possibilité de s'inscrire dans un parcours de soins fluide et cohérent,
- Une amélioration du maillage du territoire grâce au développement de consultations médicales avancées, un appui au développement de nouvelles activités, un déploiement d'outils de communication performants et une amélioration de l'accès aux filières d'aval,
- Une ambition partagée d'anticiper la raréfaction des ressources médicales critiques
- Une meilleure efficacité de l'offre de soins, les 3 établissements étant très fortement déficitaires et devant trouver des pistes d'amélioration des recettes mais aussi de maîtrise des dépenses.

Les modalités de mise en œuvre du projet de création s'appuieront ainsi sur un ensemble de plans d'actions dont l'aboutissement des phases administratives et juridiques de la fusion est attendu pour la fin du premier semestre 2012, les autres domaines de convergence totale et finale s'étaleront jusqu'à l'échéance du SROS.

### *Les coopérations sanitaires*

Un mouvement de coopération des hôpitaux de proximité est engagé :

- Le processus de fusion des hôpitaux Carbet/Saint-Pierre et de l'EHPAD du Prêcheur, dans la zone Nord-Caraïbe (pôle Soins de Suite et de Réadaptation pour les crébro-lésés, les personnes âgées polypathologiques, les blessés médullaires, les pathologies rachidiennes, les amputés les affections vasculaires et de l'appareil locomoteur) est abouti depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, donnant place ainsi à la création du Centre Hospitalier du Nord Caraïbe ;
- La coopération des 6 établissements du sud et du centre (les hôpitaux du Marin, de Saint-Esprit, des Trois-Ilets du François, l'EHPAD des Anses d'Arlet et l'hôpital de Saint-Joseph) devra être poursuivie. Le SROS encourage la mutualisation de l'encadrement et des fonctions logistiques de ces différents établissements, ainsi que la plus grande intégration de leurs projets médicaux dans des formes de coopération formalisées ;
- Le désenclavement sanitaire du nord atlantique et du sud, peut être accéléré en s'appuyant sur les hôpitaux périphériques pour apporter des réponses de proximité (consultations avancées de spécialités médicales) à partir d'une coopération forte avec le CHU de la Martinique.

De façon générale, les coopérations se feront dans l'objectif d'un partage des activités dans le respect des missions de chaque acteur (public/public, public/privé, hôpital/ville).

Enfin, sur le champ de la santé mentale, la mise en service complète de la cité hospitalière de Mangot-Vulcin en 2012 consacrera le regroupement de l'hôpital de MCO du Lamentin avec le CHS Colson sur un site unique. Pour l'avenir, les coopérations seront à acter à l'échéance du SROS PRS en vue de la création de nouveaux modes de prise en charge en psychiatrie et conduites addictives, notamment par création de lits hospitalo-universitaire au CHU. La coopération et échange d'expertise entre le CHS de Colson et le CHU devront garantir une organisation optimisée de la prise en charge des urgences, des lits de crise, des conduites addictives et de la géronto-psychiatrie.

## **Objectifs**

### *Favoriser la qualité des soins et la sécurité sanitaire*

Au-delà de l'adoption des mesures successives visant à garantir la sécurité sanitaire, il est demandé qu'avant l'échéance du SROS-PRS, la totalité des établissements de santé publics et privés s'engagent dans une démarche coordonnée et transversale de la gestion des risques et développent un véritable programme dans ce domaine. Ainsi, il conviendra que ce programme mette en œuvre dans chaque établissement les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins prévues par les réglementations conséquentes dans les domaines concernés : la sécurité d'utilisation des produits et vigilance – la gestion du risque infectieux – les activités de soins – la sécurité des personnes et des locaux – la sécurité alimentaire – les fluides – la gestion des déchets.

### *Garantir l'efficacité des organisations hospitalières sur l'ensemble du territoire*

La déclinaison opérationnelle du SROS PRS au sein du Projet Médical de Territoire et les réorganisations de l'offre de soins qui en découleront devront permettre d'apporter une réponse que qualité aux besoins de la population tout en garantissant l'efficacité des organisations hospitalières. Dans ce cadre, la création du CHU de Martinique, par fusion des 3 établissements Publics MCO (CHU de Fort de France, CH du Lamentin et CH de Trinité), constitue l'un des axes de réponse, auquel doit s'ajouter la mise en complémentarité du futur CHU de Martinique avec les hôpitaux de proximité et la coopération active entre ces derniers.

# MEDECINE

## Références

Instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) : <http://www.atih.sante.fr/?id=0001000038FF>

Courrier DHOS du 30 octobre 2006 relative à l'intégration des « actes exploratoires à visée diagnostique ou thérapeutique » dans les autorisations : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2004/04-52/a0523394.htm>

Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n°2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2004/04-52/a0523394.htm>

### 1) Eléments du diagnostic régional

Des éléments découlant de l'analyse du PMSI figurent à la page 9 de l'Annexe 1 - Etat des lieux de l'offre de soins hospitalière en Martinique.

## Prévention et dépistage

### Points forts

- Politique de prévention volontariste à travers un plan régional de santé publique élaboré avec les professionnels de santé
- Réseaux couvrant la plupart des pathologies

### Points faibles

- Résultats concrets obtenus mais encore insuffisants au regard des données épidémiologiques
- Coordination et professionnalisation insuffisantes des acteurs associatifs de la prévention

## Prise en charge

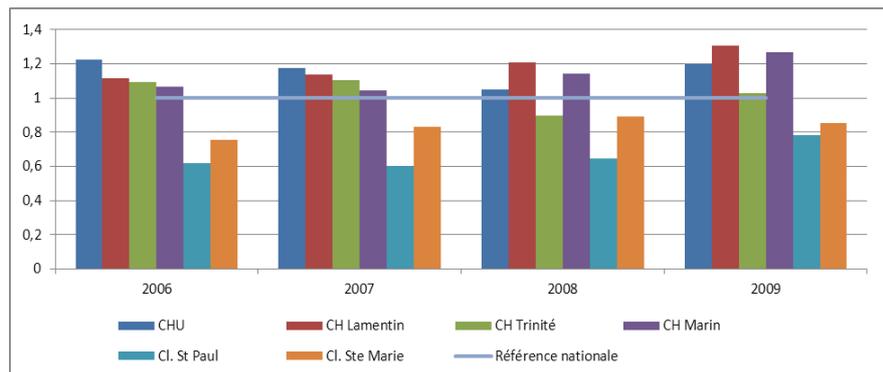
### Points forts

- Maillage des structures bien réparti
- Réelle technicité
- Etablissements de soins volontaires pour participer aux filières de soins
- Organisations en filières déjà mises en place
- Mutations déjà engagées
- Mise en place en cours d'un dossier médical partagé

### Points faibles

- Prévalence plus importante sur plusieurs grandes pathologies
- Démographie médicale libérale en déficit
- Etablissements publics avec des durées moyennes de séjour peu performantes, en partie dû au manque de structures d'aval (SSR ou hébergements pour personnes âgées)

Figure - Indices de performance de la DMS de médecine en Martinique



Source : Hospi Diag - SNATIH

- Insuffisance des alternatives à l'hospitalisation à temps complet
- Spécialités médicales sinistrées tant dans le public que dans le privé (pneumologie, sur spécialités pédiatriques)
- Réseaux de santé au rôle parfois mal défini

## 2) Objectifs régionaux

### Objectifs

**Objectif M1** Structurer l'offre en médecine polyvalente en tenant compte de l'évolution des besoins liés au vieillissement de la population et aux situations de polyopathologies, dans les établissements de proximité et sur les sites hospitaliers comportant une activité de médecine d'urgence

**Objectif M2** Structurer l'accès aux soins de médecine de spécialités par une gradation des plateaux techniques de médecine, par l'organisation de la permanence des soins et par la mise en œuvre de filières de soins les plus directes possibles

**Objectif M3** Eviter la dispersion des activités en médecine de spécialités

**Objectif M4** Structurer l'organisation de consultations hospitalières spécialisées avancées pour le dépistage et le diagnostic, en articulation le cas échéant avec la partie ambulatoire du SROS, et soutenir les services de médecine polyvalente dans les hôpitaux de proximité

**Objectif M5** Améliorer l'efficacité :

- Développer l'hospitalisation à temps partiel en substitution à l'hospitalisation à temps complet ;
- Maintenir une offre de médecine de proximité tout en renforçant son efficacité et en tenant compte de la démographie médicale ;
- Diversifier l'offre hospitalière en médecine en développant les prises en charge en hôpital de jour ;
- Renforcer les coopérations entre les établissements de santé autorisés en médecine ;
- Renforcer l'adéquation des séjours de médecine en recentrant l'hospitalisation en médecine sur les soins aigus ;
- Clarifier ce qui relève d'une prise en charge de médecine en hospitalisation de jour et d'une prise en charge en consultation externe.

## 3) Plan d'actions

In tégrer les objectifs régionaux dans les projets médicaux d'établissement, et en suivre la mise en oeuvre

## 4) Schéma cible de l'organisation régionale

L'Objectif de Répartition de l'Offre de Soins (OROS) prévoit 8 implantations autorisées en matière d'activités de soins de médecine prévues à l'article R.6122-25 alinéa 1 du CSP :

- Clinique Sainte Marie : une implantation
- Clinique Saint Paul : une implantation
- CHU de Martinique : une implantation (sur 3 sites : Fort-de-France, Lamentin et Trinité)
- Centre Hospitalier de Saint Esprit : une implantation
- Centre Hospitalier du François : une implantation
- Centre Hospitalier du Marin : une implantation

### 5) Création ou suppression d'implantations:

**Création** : Aucune création n'est à envisager.

**Suppression** : Il n'y a pas de site à supprimer.

### 6) Points d'articulation avec la prévention et le secteur médico-social

1. Structurer et organiser les liens ville-hôpital et secteur médico-social-hôpital avec une double approche :
  - En terme de filière de soins : pour recentrer l'hospitalisation en médecine sur des soins aigus et pour assurer une gradation des soins pour des pathologies telle que l'asthme, le diabète, l'obésité etc., pour assurer des soins de premier recours ;
  - En terme de filière de prise en charge populationnelle : pour préparer la sortie en lien avec les SSR, l'HAD, la médecine de ville, les SSIAD etc.
2. Structurer une offre hospitalière en matière de programmes d'éducation thérapeutique respectant les orientations du schéma régional de prévention ; mutualisation des programmes pour répondre aux situations de polyopathologies (ex : insuffisance rénale chronique/cardiologie/diabétologie).

### 7) Indicateurs de suivi du SROS :

	Indicateur	Source	Périodicité
<b>M1</b>	DMS (objectif : diminution)	PMSI	Annuelle
<b>M2</b>	Taux de réhospitalisation à 30 jours en médecine (dans tous établissements et/ou dans le même établissement)	PMSI (établissements)	Annuelle

## CHIRURGIE

### Références

Conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement : Annexe « maison chirurgicale » Article D.6124-401 à D.6124-408

Anesthésie : Article D.612491 à D.6124-103

Instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) : <http://www.atih.sante.fr/?id=0001000038FF>

Références à la chirurgie ambulatoire : Article 37 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour l'année 2008 relatif à la mise sous entente préalable :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019942966>

Définition et conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation : Article R. 6121-4 et D.6124-301 à D.6124-306 :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?oldURL=true&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080116>

Arrêté du 13 janvier 1993 relatif au secteur opératoire des structures alternatives à la chirurgie et à l'anesthésie ambulatoire : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006080858>

Instruction DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspective de développement et démarche de gestion du risque : [http://circulaires.gouv.fr/pdf/2010/12/cir\\_32301.pdf](http://circulaires.gouv.fr/pdf/2010/12/cir_32301.pdf)

Abécédaire chirurgie ambulatoire : réglementation- organisation-pratique - janvier 2009 : <http://www.sante.gouv.fr/abecedaire-chirurgie-ambulatoire.html>

L'offre de soins d'hospitalisation en chirurgie en Martinique est réalisée en termes de séjours hospitaliers à hauteur de 53% par l'hospitalisation publique et 47% par l'hospitalisation privé. Il existe 2 établissements d'hospitalisation privés et 3 établissements publics réalisant une activité de soins en chirurgie.

L'offre en hospitalisation privée est concentrée à Fort de France à la limite des communes de Schœlcher et de Fort de France. L'offre en hospitalisation publique est beaucoup plus étalée sur le département puisqu'il y a un établissement à Fort de France, un au Lamentin et un à Trinité.

Du fait de la mise en place d'un CHU unique regroupant les 3 hôpitaux publics MCO, une démarche de regroupement des spécialités chirurgicales existantes est demandée aux établissements concernés, dans un souci de qualité, de sécurité des soins et d'économie d'échelle.

Une place importante sera réservée aux alternatives à l'hospitalisation complète : chirurgie ambulatoire, hospitalisation de semaine.

Les activités chirurgicales devront s'inscrire dans des filières de soins avec la possibilité d'admettre directement les malades sans passer par les urgences. La permanence des soins sera organisée sur 3 établissements dans le même souci d'efficacité et de rationalisation (CHU de Martinique, Clinique Sainte-Marie et Clinique Saint-Paul).

En ce qui concerne l'hôpital de Trinité, son activité sera limitée à la chirurgie gynécologie et à la chirurgie ambulatoire.

Le développement de consultations chirurgicales avancées au plus près de la population sera organisé dans les hôpitaux de proximité.

Un effort important de rationalisation de l'utilisation des blocs opératoires devra être entrepris ; la mise en place de différentes applications informatiques type « Ultragenda et dossier médical partagé » devrait aider dans ce sens.

## 1) Eléments du diagnostic régional

Des éléments découlant de l'analyse du PMSI figurent à la page 17 de l'Annexe 1 - Etat des lieux de l'offre de soins hospitalière en Martinique.

### Prévention et dépistage

#### Points forts

- Politique de prévention volontariste concernant :
  - Les accidents de la route
  - Les accidents domestiques
  - Les addictions
- Développement des techniques de dépistage et de traitement moins invasives

#### Points faibles

- Résultats concrets obtenus mais progrès encore possibles que ce soit pour le dépistage ou la prévention
- Coordination et professionnalisation insuffisantes des acteurs associatifs de la prévention

### Prise en charge

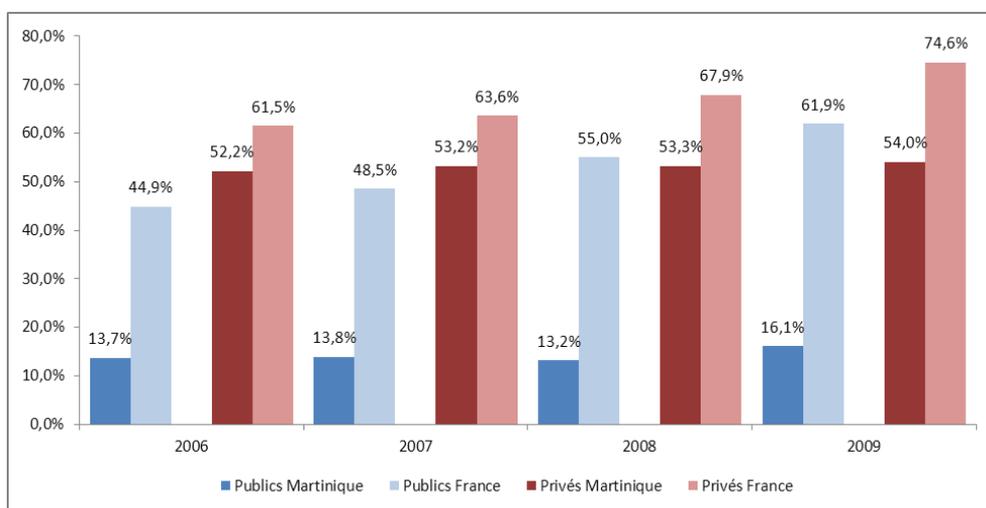
#### Points forts

- Rationalisation de l'organisation des établissements publics en cours
- Rayonnement régional pour des activités hautement spécialisées (chirurgie cardio-thoracique, stimulateurs et défibrillateurs cardiaques, neurochirurgie...)
- Secteur privé dynamique

#### Points faibles

- Insuffisance du développement de la chirurgie ambulatoire, notamment dans le secteur public

Figure – Taux global de chirurgie réalisée en ambulatoire sur le total de la chirurgie par type d'établissement



Source : Bases régionales PMSI 2006-2009

- DMS importantes notamment liées à une insuffisance d'accessibilité à des lits d'aval (SSR)
- 1 site opératoire chroniquement au-dessous du seuil annuel de 1500 séjours

### Objectifs

#### Objectif C1 Améliorer l'accès aux soins

- Mettre en place des consultations avancées en pré et post interventions chirurgicales en proximité, avec un recours possible à la télémédecine ;
- Mettre en place la chirurgie ambulatoire sur tous les sites de chirurgie en substitution à l'hospitalisation à temps complet, en particulier dans le cadre de la fusion des établissements des établissements publics MCO au sein du futur CHU de Martinique ;
- Développer la chirurgie ambulatoire dans la nouvelle configuration du CHU de Martinique ;
- Structurer la prise en charge des urgences chirurgicales dans le cadre du réseau des urgences.

#### Objectif C2 Améliorer la qualité et la sécurité de soins :

- Restructurer le site de chirurgie réalisant moins de 1 500 séjours par an au profit d'une offre en chirurgie ambulatoire, tout en maintenant une chirurgie gynécologique ;
- Prendre en compte le traitement de la douleur dans les soins chirurgicaux et dans le cadre de la sortie du patient ;
- Inscrire les sites de chirurgie au sein de filière de soins.

#### Objectif C3 Améliorer l'efficience :

- Mettre en place des filières de prise en charge entre les sites de chirurgie et les soins de suite et de réadaptation ;
- Optimiser la PDES en chirurgie ;
- Optimiser le niveau d'activité des équipes chirurgicales spécialisées à travers leur regroupement et la suppression des doublons.

### 3) Plan d'actions

Intégrer les objectifs régionaux dans les projets médicaux des établissements, et en suivre la mise en oeuvre

### 4) Schéma cible de l'organisation régionale

L'Objectif de Répartition de l'Offre de Soins (OROS) prévoit 5 implantations autorisées en matière d'activités de soins de chirurgie prévues à l'article R.6122-25 alinéa 2 du CSP :

- Clinique Sainte Marie : une implantation ;
- Clinique Saint Paul : une implantation ;
- CHU de Martinique : une implantation sur 3 site (Fort-de-France, Lamentin, et Trinité dont l'activité est limitée à la chirurgie ambulatoire et la chirurgie gynécologique) ;

### 5) Création ou suppression d'implantations

**Créations :** Aucune création n'est à envisager.

**Suppression :** L'hospitalisation à temps complet en chirurgie hors gynécologie sur le site d'implantation du CH de Trinité sera supprimée.

## 6) Points d'articulation avec la prévention et le secteur médico-social

1. Favoriser la coordination et la communication entre les sites d'implantation de chirurgie, les structures SSR, les professionnels libéraux, les structures médico-sociales pour développer des pratiques préventives et éviter des ré-hospitalisations ou des passages aux urgences évitables (sortie trop rapide ou pas assez préparée) ;
2. Assurer la fluidité des parcours par une analyse des complémentarités entre les structures SSR, les acteurs participant à la prise en charge à domicile et les établissements sociaux ou médico-sociaux.

## 7) Indicateurs de suivi du SROS

	Indicateur	Source	Périodicité
C1	Taux de chirurgie ambulatoire dans l'activité chirurgicale des établissements de la région	PMSI	Annuelle
C2	Taux de réhospitalisation à 30 jours suite à un séjour de chirurgie (dans le même établissement ou dans un autre)	PMSI (établissements)	Annuelle
C3	Taux de recours à la chirurgie	PMSI (ATIH)	Annuelle
C4	DMS de chirurgie	PMSI	Annuelle

# PERINATALITE

## Références

Gynécologie-obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale : article R.6123-39 à R.6123-53 (Conditions d'implantation) et articles D.6124-35 à D.6124-63 (conditions techniques de fonctionnement)

AMP : L.2141-2 à L.2142-4 et R.2142-1 à R.2142-5

DPN : L.2131-1 à L.2131-5 et R.2131-1 à R.2131-22

IVG : L.2212-1 à L.2212-13-3 et R.2212-4 à R.2212-2213-6

Instruction DGS/MC1/DGOS/R3 n° 2010-377 du 21 octobre 2010 relative à l'amélioration de la prévention des grossesses non désirées et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG). – Accès des personnes mineures à la contraception : [http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-11/ste\\_20100011\\_0100\\_0099.pdf](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-11/ste_20100011_0100_0099.pdf)

Plan périnatalité 2005-2007 : <http://www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf>

### 1) Eléments du diagnostic régional

Lorsqu'on évoque la situation de la périnatalité en Martinique (et plus généralement dans les Départements d'Outre-Mer), le diagnostic communément admis est très péjoratif. En effet, La Martinique souffre d'une mortalité infantile élevée dont la persistance résiste au développement d'une offre de soins de qualité et des progrès médicaux.

Ce mauvais indicateur s'associe à un grand nombre d'autres problèmes de santé publique préoccupants. En effet, de trop nombreuses interruptions volontaires de grossesse cohabitent avec un nombre élevé de naissances prématurées et, quand on sait que le département est à la quatrième place nationale des infections à VIH, on comprend que, dès l'entrée des femmes dans la vie sexuelle, leur chemin de vie est semé d'embûches.

Sans méconnaître les éléments de ce diagnostic communément admis, il convient cependant d'en préciser les contours, tant on se demande pourquoi les autorités de Santé Publique n'ont pas réussi à renverser des tendances si défavorables. Les principales caractéristiques du diagnostic figurent ci-après :

- Une conception sur 3 aboutit à une IVG et le nombre d'IVG chez les moins de 18 ans est trois fois plus élevé en Martinique qu'en Métropole. Cet indicateur montre à l'évidence une maîtrise insuffisante des moyens de contraception. L'offre de soins en orthogénie, répartie sur trois sites hospitaliers publics qui réalisent les IVG, souffre de problèmes récurrents de présence médicale et de coopération entre les trois sites.
- Les grossesses semblent bien suivies avec 3,35 échographies par femme enceinte, taux voisin de la moyenne nationale. Cependant, 17 000 consultations en urgence de femmes enceintes ont dû être prises en charge en 2009 dans les hôpitaux du Lamentin et de la MFME.
- L'impact des facteurs de risque généraux sur la grossesse : 55% des femmes martiniquaises entre 15 et 44 ans sont obèses, la prévalence du diabète est deux fois plus importante en Martinique qu'en Métropole (avec un sur-risque féminin), les malades souffrant d'hypertension artérielle pris en charge en affection de longue durée sont trois fois plus nombreux.
- Natalité et fécondité : avec 5 059 naissances en 2009, la Martinique a perdu 10% de ses naissances en 10 ans (la Guadeloupe 20%). Ce phénomène est dû exclusivement au vieillissement de la population (et donc à la réduction du nombre de femmes en âge de procréer) et non à l'indice de fécondité qui a progressé dans la même période, pour se stabiliser à un peu plus de 2 enfants par femme. Le taux de natalité observée en Martinique est le même qu'en Métropole avec 13 enfants pour 1 000 habitants.

- La prématurité est certainement l'indice le plus préoccupant : En effet, avec 10% de naissances prématurées et 4% de grands prématurés, la Martinique affiche des chiffres respectivement 2 et 4 fois plus élevés qu'en Métropole. Cet indicateur doit être rapproché du taux d'hypotrophie des nouveau-nés qui est 50% plus élevé qu'en Métropole.
- L'offre de prévention et de soins : si on observe un déficit relatif en médecins gynéco-obstétriciens (même si la densité des médecins hospitaliers est supérieure à la Métropole), en revanche la densité des sages-femmes est plus importante que sur le continent. Les centres de planification familiale sont présents sur le territoire, mais leur accessibilité semble poser problème. Assurés dans deux maternités publiques et deux privées, les accouchements sont réalisés en fonction du déroulement de la grossesse et du risque pour le nouveau-né. Les grossesses à risque sont traitées au CHU qui compte pourtant moins de césariennes que les autres établissements. Les transferts in utero se sont multipliés, quelques transferts à la naissance persistent, ils sont dus à des problèmes survenus pendant l'accouchement. Des études menées par des sages-femmes de Trinité montrent que les troubles psychologiques observés en post-partum sont nombreux (un accouchement sur 5) et divers (dépression, troubles de l'attachement ...).
- Il existe en Martinique un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal et un centre agréé pour l'aide médicale à la procréation, ces deux organismes sont très utiles à la population.
- La mortalité infantile : double de celle de Métropole, elle est « expliquée » surtout par la mortalité néonatale. Tous les indicateurs de mortalité autour de la naissance sont élevés et en augmentation sans qu'on puisse en déterminer l'origine, ni la fiabilité statistique (ils portent sur des petits nombres). En 2010, dans le service de néonatalogie du CHU, 13 décès sur 23 étaient des prématurés de moins de 32 semaines et 8 des moins de 28 semaines. Les complications infectieuses jouent un rôle important dans ces décès (infections nosocomiales ou infections qui ont déclenché l'accouchement).

On voit à travers ce bref balayage de la situation que la situation est préoccupante. Pour ce qui concerne l'offre de soins il faut retenir que :

- Certains éléments diagnostiques doivent être absolument consolidés (mortalité périnatale) par des études scientifiques, à partir d'un dossier périnatal informatisé, et le registre informatisé des naissances faire l'objet d'une exploitation scientifique sérieuse,
- L'équipement hospitalier est moderne, mais la complémentarité entre les structures de soins et de prévention est insuffisante (même si le réseau périnatal a apporté une amélioration importante dans ce domaine). On ne saurait terminer le diagnostic sans évoquer le projet médical de territoire de La Martinique et ses redéploiements des secteurs hospitaliers de soins vers la prévention primaire et secondaire.

## Prévention et dépistage

### Points forts

- Service de PMI bien réparti sur tout le territoire
- Existence d'un réseau périnatalité

### Points faibles

- Indicateurs périnataux défavorables
- Prévention des accouchements prématurés
- Prises en charge en amont de l'accouchement insuffisamment adaptées pour faire face aux grossesses à risque, et au suivi psycho-social des populations défavorisées ou fragiles
- Liaison PMI/maternité pas assez développée
- Réseau périnatal à repositionner sur la coordination des politiques de santé publique (prévention, promotion/éducation pour la santé, soins, prises en charge en institution).

## Prise en charge

### Points forts

- Existence d'une gradation de l'offre de soins complète du niveau 1 au niveau 3
- Secteur public restructuré en 2 pôles
- Equilibre et une émulation public/privé
- Secteur réactif et dynamique
- Prise en charge de la période d'hospitalisation à l'occasion de l'accouchement satisfaisant

### Points faibles

- Etat des locaux d'hospitalisation déplorable dans un établissement public
- 1 maternité qui approche le seuil minimal d'activité
- Efficience à consolider dans le secteur public d'accouchement
- Offre de proximité inexistante (consultations, urgences)

## 2) Objectifs régionaux

### Objectifs

**Objectif O1** Proposer une offre de prise en charge et de suivi graduée des femmes enceintes basée sur une évaluation individualisée du risque pour la mère et l'enfant

**Objectif O2** Réduire les inégalités d'accès au suivi de la grossesse des femmes enceintes (précarité, handicap, risque psycho-social...)

**Objectif O3** Renforcer la continuité de la prise en charge des nouveau-nés en risque de développer un handicap et accompagner les parents

## 3) Plan d'actions

1. Elaborer un plan périnatal régional pour la mise en œuvre des trois priorités du PSRS :
  - Agir sur les indicateurs régionaux défavorables de mortalité périnatale, de naissance prématurée et d'IVG,
  - développer une politique de dépistage et de suivi des enfants à risque de handicap,
  - piloter, coordonner et évaluer régionalement la politique de périnatalité
2. Mettre en place une commission régionale de la naissance au sein de la CRSA destinée à évaluer la mise en place de la politique périnatale et à proposer les adaptations nécessaires.

## 4) Schéma cible de l'organisation régionale

L'Objectif de Répartition de l'Offre de Soins (OROS) prévoit 3 implantations autorisées en matière d'obstétrique :

- Clinique Sainte Marie : une implantation
- Clinique Saint Paul : une implantation
- CHU de Martinique : une implantation (sur 2 sites : MFME et Trinité)

L'Objectif de Répartition de l'Offre de Soins (OROS) prévoit 1 implantation autorisée en matière néonatalogie et réanimation néonatale, prévues à l'article R.6122-25 alinéa 3 du CSP :

- CHU de Martinique

## 5) Projets de coopération

1. Mettre en place une coordination du suivi prénatal de la femme enceinte et post-natal de la mère et du nouveau-né lorsqu'une prise en charge médico-sociale est nécessaire par le redéploiement

de moyens hospitaliers vers des Centres Périnataux Pluridisciplinaires de Proximité implantés au Marin, au Lorrain, à St Pierre et dont les liens fonctionnels avec le réseau périnatal et la PMI devront faire l'objet d'une convention.

2. Le recours à l'IVG médicale et chirurgicale organisée sur les trois sites du futur CHU doit être organisé en complémentarité et substitution si besoin.

#### 6) Création ou suppression d'implantations

**Création** : Aucune création n'est à envisager.

#### 7) Points d'articulation avec la prévention et le secteur médico-social

1. Renforcer la prévention des grossesses non désirées par la mise en place d'un plan départemental d'éducation sexuelle à l'école dans lequel les soignants hospitaliers pourront apporter leurs témoignages, conseils et enseignements.
2. Améliorer le dépistage et le suivi des enfants à risque de handicap par la mise en place d'un dossier informatisé unique, la création d'un Centre d'Actions Médico-Sociales Précoces (CAMSP) du jeune enfant (0-2 ans), en délocalisant le suivi des enfants handicapés dans les hôpitaux de proximité où les professionnels devront organiser des consultations et soins spécifiques.

#### 8) Indicateurs de suivi du SROS

	Indicateur	Source	Périodicité
<b>01</b>	Nombre de transferts in utéro en maternité de type 3	Observation PERINAT	Annuelle
<b>02</b>	Taux de prématurité et de grande maturité	Observation PERINAT	Annuelle
<b>03</b>	Taux de césarienne par établissement	Observation PERINAT	Annuelle
<b>04</b>	Nombre d'IVG et part des IVG chez les mineures	Observation PERINAT	Annuelle
<b>05</b>	Part des IVG médicamenteuses réalisées dans et en dehors des établissements de santé	Observation PERINAT	Annuelle
<b>06</b>	Taux de recours aux activités cliniques d'AMP	Observation PERINAT	Annuelle
<b>07</b>	Prise en charge des grossesses à risques régulées par les CR3P	Observation PERINAT	Annuelle
<b>08</b>	Nombre de consultations de femmes enceintes aux urgences dans les hôpitaux	Observation PERINAT	Annuelle

# PSYCHIATRIE

## Références

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

Décret n° 97-916 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences »

Décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques.

Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement.

Arrêté du 11 février 1991 relatifs aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques.

Arrêté du 14 janvier relatif aux lieux d'exercice des infirmières de secteur psychiatrique

Circulaire n° 507/DHOS/02/2004 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrique et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération.

Circulaire N°DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.

Circulaire du 11 août 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.

Instruction Interministérielle n°DHOS/E1/DAF/DPACI/2007/322 du 14 avril 2007 relative à la conservation du dossier médical.

## *1) Eléments du diagnostic régional*

### **Prévention et dépistage**

#### **Points forts**

- Meilleure prise en compte de la maladie mentale
- Bon maillage territorial des CMP
- Création d'un centre pour adolescents à Acajou - Lamentin
- Ouverture de l'unité U72 sur le site de PZQ au CHU
- Création des « 3 points d'écoute » au Lamentin, Trinité et Fort de France
- Actions du Réseau Périnatal de la Martinique sur le suivi du lien mère-enfant chez les femmes à risques
- Relais et coordination par les CR3P dans les territoires de proximité des politiques et filières régionales de périnatalité

#### **Points faibles**

- Déficit d'information des jeunes, du public sur les conduites addictives (alcool, cocaïne... poly addictions)
- Inadéquation entre l'offre des CMP et les besoins
- Absence de prise en charge des violences familiales
- Peu de projet de prévention
- Peu de prise en compte des facteurs psychosociaux : troubles de l'attachement de l'enfant à l'origine de psychoses précoces chez l'adolescent, développement du chômage et des conduites addictives en particulier de l'alcoolisme

## Prise en charge

### Points forts

- Le renouvellement de certains professionnels contribuera à une redéfinition de la psychiatrie universitaire notamment sur le plan de la clinique, de la formation, de la recherche et comme "pôle d'attractivité" pour le recrutement des médecins et des soignants au niveau régional, mais aussi au rayonnement de la discipline (Nomination récente d'un PUPH)
- Dispositif d'alternatives à l'hospitalisation (CMP/CATTP-AFP, appartement thérapeutique)
- Réorganisation de la psychiatrie en cours :
  - Le maillage des urgences psychiatriques récemment ajusté, participe considérablement à l'amélioration de la prise en charge des états de crise avec, notamment, l'équipe psychiatrique permanente aux urgences générales du CHU, l'installation de l'équipe mobile des urgences psychiatriques (EMUP) au SAMU, l'installation de l'unité de 72h au CHU, la configuration des CMP-Pivots
  - En missionnant deux nouveaux opérateurs pour l'organisation de l'hospitalisation complète, le SROS III a donné à la population la possibilité de choix de lieux de soins, certes limités. En effet, le CHU et la Clinique Saint-Paul répondent, aux côtés du CHS aux besoins de prise en charge de personnes souffrant de troubles anxio-dépressifs. Le dynamisme et l'esprit de coopération du secteur privé en ce domaine sont soutenus,
  - Les hôpitaux de proximité pourront être mobilisés sur les réponses aux nouveaux besoins en hospitalisation complète dans le cadre de leurs nouvelles missions
  - L'imminence du transfert de l'activité de l'hospitalisation complète du CHS Colson à la cité hospitalière de Mangot-Vulcin (130 lits dont 15 d'USI) va offrir des conditions de soins de qualité, avec la proximité de plateaux techniques importants et les nouveaux équipements hospitaliers. La discipline en sera valorisée.
- Diminution des hospitalisations sous contrainte 2010 : 224 ; au 8/12/2011 : 150)

### Points faibles

- Représentation sociale et culturelle négative de la maladie mentale (y compris des acteurs de santé),
- Insuffisance de la politique en Santé Mentale et organisation des soins hospitalo-centrée (Hospitalo-centrisme)
- L'évolution démographique des personnels médicaux et des personnels soignants, les alternatives à l'hospitalisation insuffisamment disponibles, le niveau des qualifications et des pratiques professionnelles, les déficits de places en structures médico-sociales :
  - impactent l'organisation et la qualité des prises en charge sanitaires,
  - suscitent l'insatisfaction des usagers,
  - démotivent les professionnels et accentuent le "manque d'attractivité de la discipline".
- Absence de services dédiés de pédopsychiatrie,
- Absence de services psychiatriques dédiés aux personnes âgées (psycho-gériatrie, géronto-psychiatrie, EHPAD psy...)
- Articulation des prises en charge psychiatriques et somatiques insuffisante
- Insuffisance de prise en charge des addictions et des comorbidités, notamment du volet sanitaire à développer (lits de sevrages simples et complexes ; lits de comorbidités addictives et psychiatriques) au CHU,
- Coordination des équipes mobiles d'addictologie avec médicalisation de l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA),
- Des retards dans la prise en charge dans le secteur médico social à rattraper
- Information des professionnels libéraux, des élus et du public insuffisante
- Formation des professionnels de santé paramédicaux insuffisante
- Stigmatisation sociale des prévenus, détenus et anciens détenus ayant une pathologie psychiatrique

## 2) Enjeux régionaux du volet psychiatrie et santé mentale au SROS PRS

Le SROS III a donné lieu à de nombreuses réflexions, analyses et propositions parmi lesquelles figurent les recommandations de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) sur le volet sanitaire et sur le volet médico-social. Ces travaux servent d'appui au nouveau schéma et des projets médicaux qui en découleront.

Le nouveau SROS vise pour la période 2011-2016, une organisation territoriale de l'offre de soins en secteur, de nature à faciliter les adaptations nécessaires à un projet médical de territoire intégrant les réponses des autres dispositifs de santé, dans les quatre territoires de proximité définis dans le PRS, conformément aux dispositions de la loi HPST. La mise en service en 2012 des activités psychiatriques du CHS de Colson dans la cité hospitalière de Mangot Vulcin sera un temps fort de la mise en œuvre de la démarche.

Ainsi, le SROS PRS préconise :

- **une refonte du dispositif de prise en charge hospitalière** de psychiatrie et santé mentale, mettant en réseau le CHU, l'EPDSM (Colson/Mangot Vulcin), la clinique Saint-Paul, le recours aux hôpitaux périphériques pour des activités de proximité, avec implantation de petites unités articulées aux CMP, dans une logique de parcours de soins, centré davantage sur les besoins des patients que sur les structures, et mettant ainsi **l'arrêt aux activités sanitaires de Colson sur le site de Balata**.
- une organisation territoriale permettant d'assurer **la prise en charge ambulatoire** en amont et en aval de l'hospitalisation, avec **une structuration des CMP**, acteurs pivots dans l'accès aux soins de proximité (élargissement des amplitudes horaires d'accueil, recours possibles aux médecins généralistes, ...)
- **le travail en réseau et le décloisonnement des prises en charge** (gouvernance de la politique régionale de santé mentale, Communauté Hospitalière de Territoire, Hôpitaux de proximité, établissements professionnels libéraux, Médecin généraliste, médico-social), qui se doivent d'être graduées et coordonnées, pour lutter contre **les inégalités de santé** et garantir **la continuité et l'accessibilité aux soins**.

## 3) Les priorités

- Compléter le dispositif régional d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences psychiatriques
- Poursuivre le dispositif d'hospitalisation complète et d'alternatives à l'hospitalisation prévu par le SROS III pour couvrir les besoins de la population qui ne seront pas couverts au moment du transfert des activités du CHS Colson à Mangot- Vulcin
- Coordonner la prise en charge des enfants et des adolescents
- Coordonner la prise en charge des troubles psychiatriques de la personne âgée, ainsi que du patient psychiatrique vieillissant
- Organiser en filière complète, allant de la prévention à la réinsertion sociale, la prise en charge des addictions.

## Objectifs

<b>Objectif P1</b>	<b>Améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques par un accueil unique au CHU</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Amélioration quantitative et qualitative de l'accès aux soins psychiatriques, passant par une coordination cohérente entre les établissements sanitaires publics et privés, avec les médecins libéraux, généralistes et spécialistes et le secteur médico-social</li><li>○ Restructuration de l'U72, passant par une redéfinition de son fonctionnement et de ses objectifs afin de faciliter un accueil spécifique hors des murs de l'hôpital psychiatrique, et de favoriser l'établissement de projets de soins personnalisés pour réduire les hospitalisations sur les secteurs.</li><li>○ Amélioration de l'accueil et de la prise en charge des familles.</li></ul>
--------------------	---

### Considérations générales

L'activité du secteur des urgences psychiatriques regroupe la prise en charge de situations cliniques particulièrement variées qui répondent à un certain nombre de spécificités :

Des situations cliniques hétérogènes :

- la psychiatrie aux urgences c'est-à-dire les décompensations aiguës de pathologies psychiatriques chroniques
- Les situations de crise médico-psycho-sociales qui impliquent une intervention lourde passant par l'identification et la mobilisation de nombreux intervenants
- Les urgences dites mixtes correspondant à des pathologies somatiques à masque psychiatrique et inversement.

Une temporalité différente. En effet, à tous les stades de l'intervention de l'équipe psychiatrique, la nécessité d'identifier et de mobiliser un certain nombre d'intervenants entraîne une augmentation des délais de prise en charge.

Une démarche diagnostique spécifique. En effet, l'intervention de l'équipe psychiatrique vise, une fois les étiologies somatiques soigneusement écartées, à établir un diagnostic contextuel plutôt que nosographique.

Des intrications médico-légales quasi-systématiques que ce soit dans la prise en charge des suicidants, celle des détenus, celle du psycho traumatisme ou la réponse aux demandes « d'expertise » des autorités.

### Articulation avec la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique CUMP

La présence d'une cellule d'urgence médico-psychologique engendre un regain d'activité au sein même des urgences lorsque l'intervention de la CUMP nécessite un prolongement hospitalier. Par ailleurs, le secteur des urgences psychiatriques est naturellement et fortement impliqué lors du déclenchement des plans blancs.

### Orientations téléphoniques

Une partie importante de l'activité médicale du secteur des urgences psychiatriques consiste à réguler un certain nombre d'appels téléphoniques émanant des médecins extérieurs à l'hôpital.

## Objectifs

### Objectif P2 Développer la Psychiatrie universitaire du CHU

- Développement de savoir-faire inédits, de programmes de recherche et de mission d'enseignements
- Mise en place de modules de formation spécifiques pour les soignants en adéquation avec leurs activités (gestion des problématiques de crise, prise en soin des victimes d'agression sexuelle, etc...)
- Création de cellules de recherche épidémiologique et clinique en psychiatrie
- Création d'un mastère de recherche en psychiatrie
- Formation et enseignement : Mise en place de plans de formation annuels en direction des professionnels de santé et des EHPAD, Mise en place d'un tutorat pour les infirmiers débutants leur exercice en psychiatrie, Mise en place de formations pour les professionnels médicaux et para médicaux.
- Création d'un centre de référence du psycho traumatisme :
  - o La littérature internationale abonde sur les conséquences dramatiques éventuelles d'une exposition à un événement à potentiel traumatique (accidents de la voie publique, agressions physiques, agressions sexuelles, catastrophes naturelles...): addictions, conduites suicidaires, syndrome de stress post-traumatique, pathologie somatique, etc.
  - o Ainsi, il paraît indispensable de créer un centre de référence pour la détection et la prise en charge des troubles psycho traumatiques s'articulant autour d'un centre de consultation régional. Ce centre aurait pour mission la prévention, le diagnostic et la prise en charge des pathologies en coordination avec les autres structures impliquées (CUMP, urgences, secteurs adultes et pédopsychiatriques) mais aussi la formation des personnels soignants et l'établissement de projets de recherche. Enfin, il paraît important de mettre à disposition des différents partenaires un numéro vert pour toute demande d'information voire des consultations via télétransmission.

## Objectifs

### Objectif P3 Mettre en place des filières de soins psychiatriques spécialisées

- Rationalisation et organisation de filières de soins en **psycho-gériatrie et géronto-psychiatrie**, et axées sur les sujets en état de précarité
- Réalisation de l'objectif du SROS 3 d'une unité de 20 lits d'hospitalisation pour la prise en charge des **troubles anxio-dépressifs** au CHU (UAD)
- Création d'une filière de soins spécifique dédiée à l'accueil et à la prise en charge des premiers épisodes psychotiques
- Création d'une **unité de crise pour adolescents** : installation de 10 à 15 lits, ce projet reprend celui qui avait été envisagé dans le cadre du précédent SROS. *L'Unité de Crise Psychiatrique pour Adolescents (UCPA)* a pour objectif de mettre à la disposition des adolescents (15-18ans) et de leurs familles une offre de soins de la crise psychiatrique accessible et non stigmatisante comportant : information, diagnostic, prise en charge de l'épisode aigu, prévention et orientation précoce vers la filière de soins adaptée à la situation clinique. Cet objectif se double d'une aide auprès des différents intervenants du champ médical mais également social.
- Organisation transversale de l'accueil et de la prise en charge des **patients suicidants** en conformation avec les recommandations émises par l'HAS
- Rationalisation et organisation d'une filière de soin spécifique dédiée à la prise en charge des détenus : Mise en place d'une instance de coordination pour assurer la continuité des soins pour les patients libérables.

- Adaptation des propositions de prises en charges thérapeutiques à la mesure judiciaire dont le patient fait l'objet : contrôle judiciaire, injonction thérapeutique, obligation de soins.
- Formation des soignants à l'utilisation du cadre défini par la mesure judiciaire.
- Organisation de la prise en charge des addictions en prison et renforcement de la collaboration avec les autres dispositifs, notamment de la filière médico-psycho-sociale et addictologique à la sortie de prison.
- Rationalisation et organisation de filières de soins en **addictologie** :
  - Planifier un maillage territorial suffisant des structures d'addictologie à partir d'un schéma régional d'addictologie coordonné.
  - Développer une offre de soins, d'enseignement et de recherche complète en créant une structure de niveau 3 au CHU.
  - Création de lits de court séjour addictologique (MCO) et de lits de comorbidité (soit Soins de Suite et de Rééducation en Addictologie, soit lits de psychiatrie à orientation addictologique) au CHU.
  - Définir les missions et les collaborations de l'addictologie et de la psychiatrie, notamment pour les patients souffrants des deux pathologies.
  - Renforcement des moyens des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ambulatoires et avec hébergement
  - Développement d'une activité de consultation addictologique au CHU
  - Développement d'une consultation ambulatoire neuropsychologique de dépistage et d'évaluation des patients présentant des troubles cognitifs importants (avec à terme, possibilité de mettre en place un Soins de Suite et de Rééducation en Addictologie interrégionale spécialisé dans les problèmes cognitifs, en lien avec le centre de la mémoire du CHU).
  - Création de filières de soins, impliquant les médecins généralistes (notamment en valorisant leur activité en matière d'addictologie)
  - Amélioration de la culture addictologique dans les services non spécialisés en addictologie, mais qui voient beaucoup de personnes présentant des conduites addictives (en lien avec la FHF).

## Objectifs

### Objectif P4

#### Articuler l'EPDSM avec le CHU

- Mise en place d'un dossier patient unique informatisé en cohérence avec les outils et/ou les projets existants en la matière dans les secteurs de soins « somatiques » et dans les autres secteurs de soins psychiatriques.
- Formalisations des coopérations à travers une CHT, des GCS

### 3) Plan d'actions

#### 1. Organiser au sein des 4 territoires de proximité

- Le circuit de l'urgence avec l'ensemble des partenaires impliqués.
- L'accès aux soins somatiques des patients psychiatriques par la mise en place de fiche de liaison au CHU.
- La création de lits d'addictologie pour soins aigus (séjours de rupture, sevrages, évaluation et traitement des troubles psychiatriques associés, organisation du projet thérapeutique) et de lits de comorbidité psychiatrique - addictive
- L'intégration de la prise en charge psychiatrique dans le cadre des filières de soins organisées par les structures MCO
- L'identification et la prise en charge ambulatoire des troubles mentaux par une meilleure coopération avec la médecine privée, en prenant appui sur les médecins traitants, (parcours de soins) par la création d'un numéro « vert » : aide téléphonique à l'évaluation diagnostique et à l'orientation proposée par l'équipe du CHU aux professionnels de la santé et des structures médico-sociales.
- L'information et la sensibilisation du public et des élus sur la maladie psychiatrique (qui intègre l'addictologie), sur l'organisation territoriale de la prise en charge de celle-ci par la mise en œuvre de plans pluri annuel d'information.

#### 2. Améliorer la qualité et la sécurité des soins par

- L'élaboration de guides de bonnes pratiques : stratégie d'action face au suicide, prise en charge des victimes et des auteurs d'agression, prise en charge des addictions et des personnes en situation de précarité...
- La présence de psychiatres dans l'Unité Médico-Judiciaire pour l'accueil des victimes d'agression sexuelle et de violences conjugales
- La promotion du bon usage du médicament
- La création d'une « cellule » de préparation à la sortie pour les patients hospitalisés en psychiatrie
- La contribution au développement et à la diversification de l'offre sanitaire extra hospitalière, médico-sociale et sociale, notamment pour renforcer l'autonomisation et la réinsertion sociale des patients psychiatriques

### 4) Schéma cible de l'organisation régionale

Les implantations autorisées en matière d'activités de soins psychiatriques prévues sont organisées comme suit sur 6 secteurs adultes et 3 secteurs pédopsychiatriques.

Pour mémoire, les capacités actuellement installées sont les suivantes :

#### **En hospitalisation complète :**

- Au CHU (sites de Fort de France et/ou Mangot Vulcin) :
  - 10 lits d'unité d'hospitalisation de 72 heures
  - 12 à 20 lits d'addictologie
  - 15 lits et 8 places de géro-psi-chiatrie
  - 15 lits de comorbidité-addictologie
  - 10-15 lits de pédopsychiatrie
- Clinique Saint Paul
  - 40 lits d'hospitalisation adulte
- EDPSM
  - 130 lits dont une USI de 15 lits à Mangot Vulcin
  - 12 lits à l'hôpital des trois Ilets
  - 25 lits de psycho gériatrie
  - 20 lits à l'hôpital de Trinité (à relocaliser)

### Dans le cadre d'hospitalisation de jour :

- EDPSM
  - 15 places à Trinité (à relocaliser)
  - 15 places à Rivière salée
  - 8 places aux trois Ilets
- Clinique Saint Paul
  - 15 places en hôpital de jour

### 5) Création ou suppression d'implantations

#### Création :

Les autorisations prévues au SROS III sont confirmées, et devront être installées, tant en hospitalisation complète qu'en alternatives à l'hospitalisation :

- 130 lits en psychiatrie adulte à Mangot Vulcin dont 15 lits d'USI ;
- 15 lits pour la prise en charge des adolescents à Mangot Vulcin ;
- 10 lits et/ou places pour la prise en charge des adolescents en crise ;
- 80 lits au CHU (sous réserve d'une nouvelle évaluation des besoins).

Les conditions d'implantation des lits de pédo-psychiatrie devront être examinées dans le cadre du projet médical du CHU de Martinique.

Les hôpitaux de proximité pourront être mobilisés sur les réponses aux nouveaux besoins en hospitalisation complète dans le cadre de leurs nouvelles missions d'accueil de petites unités d'hospitalisation, ou de lits de médecine à orientation psychiatrique.

**Suppression :** Il n'y a pas d'implantations à supprimer. La montée en charge du nouveau dispositif du PRS devra permettre l'arrêt des activités sanitaires du CHS Colson sur le site de Balata.

### 6) Points d'articulation avec la prévention et le secteur médico-social

1. Définir les conditions de suivi et/ou de prise en charge des personnes hébergées dans les établissements médicaux sociaux.
2. Diversifier les prises en charge en santé mentale en améliorant et adaptant le niveau de réponse aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées avec l'ensemble des acteurs concernés (EHPAD, FAM, MAS, AFT...)
3. Définir l'organisation du suivi psychiatrique des personnes accueillies en institutions médico-sociales et sociales.
4. Organiser les modalités d'accès des patients psychiatriques aux campagnes de dépistage et de prévention nationales (addictologie, cancer du sein, vaccination...).
5. Développer l'articulation avec les élus locaux, l'éducation nationale pour qu'ils intègrent la problématique des malades mentaux dans les politiques publiques et les projets locaux.

### 7) Indicateurs de suivi du SROS

Une commission régionale de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du SROS sera mise en place par l'ARS, associant l'ensemble des acteurs de la politique régionale en santé mentale (établissements sanitaires, acteurs du médico-social, professionnels de santé, représentants des personnels, des usagers). Il s'agira d'une véritable instance régionale de concertation, pouvant être déclinée au niveau de chacun des territoires de proximité, et visant notamment à développer l'information du grand public, des élus, des professionnels et le dialogue social territorial permanent.

	Indicateur	Source	Périodicité
P1	Nombre de passage aux urgences	Etablissements	Annuelle
P2	Délais d'attente aux Urgences avant une hospitalisation	Etablissements	Annuelle
P3	Nombre de patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie depuis plus d'un an par territoire de santé/pôle/secteur.	PMSI	Annuelle
P4	DMS	PMSI	Annuelle
P5	Nombre de patients réorientés	Etablissements	Annuelle
P6	Délai pour obtenir un rendez-vous.	Etablissements	Annuelle
P7	Ratios d'activité (hospitalisations, actes) apportés aux populations et aux « files actives » des territoires de santé/pôles/secteurs.	Etablissements	Annuelle

# SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

## Références

Décret n°2008-377 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de SSR :  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018664450>

Décret n°2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de SSR :  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018664432>

Circulaire du 3 octobre 2008 relative aux décrets réglementant l'activité de SSR :  
[http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2008/08-10/ste\\_20080010\\_0100\\_0116.pdf](http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2008/08-10/ste_20080010_0100_0116.pdf)

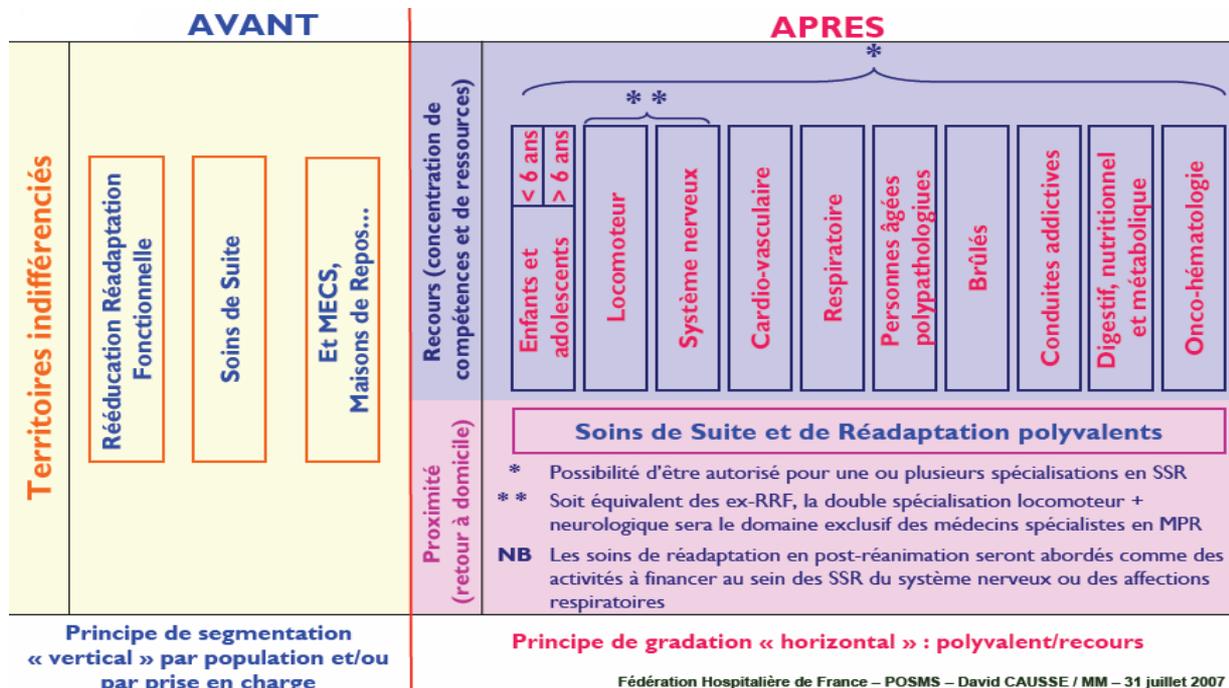
Instruction aux ARS du 22 décembre 2010 sur l'application de l'instruction DGOS du 19 mai 2010 relative à la mise en œuvre du SROS SSR- Mise à disposition de l'outil de remontée des projets tarifaires au sein du secteur sous OQN

Instruction aux DG ARS du 19 mai 2010 relative à la mise en œuvre du SROS SSR

Rapport IGAS sur l'évaluation des SROS SSR (février 2010)

La mission des établissements exerçant une activité de SSR ayant été précisée par les textes réglementaires de 2008 (décrets n° 2008-376 et n° 2008-377 du 17/04/08), la réforme de l'organisation des services et structures de SSR inscrite au SROS III en décembre 2009, doit être poursuivie, sauf mention contraire dans le présent SROS-PRS. Le défi des SSR en Martinique est de prendre charge les besoins croissants de la population sur le handicap, les maladies chroniques (AVC, diabète, HTA...) et le processus de vieillissement.

## Évolution du droit des autorisations en SSR



Les objectifs de la réforme des SSR sont :

- Améliorer la fluidité du parcours du patient
  - Par la coordination des services de SSR, à partir du CHU ;
  - Par l'intégration des établissements de proximité dans des filières spécialisées de prise en charge ;
  - Par l'optimisation des réseaux existants.

- Fixer les capacités via les OROS définis dans les CPOM.

Les enjeux de la réorganisation territoriale des SSR sont de proposer :

- Un maillage spécialisé de l'île ;
- De nouvelles formations universitaires à mettre en œuvre pour les professionnels de santé (médicaux, paramédicaux) ;
- Des priorités d'équipement matériel et immobilier dans les investissements hospitaliers régionaux à réaliser sur la période 2012-2016.

### 1) *Eléments du diagnostic régional*

Des éléments découlant de l'analyse du PMSI figurent à la page 38 de l'Annexe 1 - Etat des lieux de l'offre de soins hospitalière en Martinique.

#### **Prévention et dépistage**

##### **Points forts**

- Existence d'une politique de santé publique en direction des patients obèses, hypertendus ou diabétiques avec des relais locaux (réseaux de santé, associations de malades etc.)
- Mise en place d'une politique associant prévention et prise en charge au sein de l'ARS
- Existence d'un réseau périnatal qui s'investit dans le dépistage précoce du handicap
- Existence d'un dépistage précoce des maladies rares et invalidantes
- Existence d'un CAMPS

##### **Points faibles**

- Absence de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et des handicapés
- Défaut de coordination et professionnalisation insuffisante des acteurs associatifs de la prévention

#### **Prise en charge**

##### **Points forts**

- Maillage des structures bien réparties sur l'ensemble du territoire ;
- Mise en place récente de la réforme des SSR ;
- Coordination de l'ensemble des structures SSR assurée au niveau du CHU de Fort de France ;
- Volonté des établissements de mettre en place de filières de soins régionales pour faciliter le parcours du patient.

##### **Points faibles**

- Difficultés de transfert vers le médico-social
- Structures prévues non ouvertes (CH du Lamentin) ou pas encore autorisées (CH de Trinité)
- Quelques établissements vétustes en attente de rénovation et des plateaux techniques souvent réduits et/ou insuffisamment équipés dans les petits établissements
- Déficit de mise aux normes de sécurité contre les risques naturels
- Valorisation insuffisante des savoir-faire des équipes
- Déficit de travail en réseau coordonné et lisible au niveau régional.
- Difficulté pour trouver des kinésithérapeutes acceptant de travailler à l'hôpital public
- SSR spécialisés dans la prise en charge des affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance insuffisamment structurés pour remplir cette mission ce qui génère un déficit d'accès et qui dévalorise leur image

## 2) Objectifs régionaux

### Objectifs

**Objectif SSR1** Terminer et faire aboutir la mutation des SSR voulue par les décrets n°2008-376 et 377 et abordé dans le SROS III

**Objectif SSR2** Continuer à développer la coordination et l'inscription des SSR dans des filières de soins

**Objectif SSR3** Continuer à rechercher la qualité et la sécurité des soins en s'appuyant sur les recommandations existantes et par une meilleure collaboration inter structures

**Objectif SSR4** Améliorer l'efficience

**Objectif SSR5** Développer l'hospitalisation à temps partiel en substitution à l'hospitalisation à temps complet

- Favoriser le développement des coopérations (notamment pour les établissements qui ont les durées de séjour les plus longues) avec l'HAD, les SSIAD, et les structures médico-sociales pour faciliter l'orientation vers ces structures ou le retour à domicile ;
- Anticiper le passage à la T2A SSR ;
- Harmoniser le taux d'encadrement des personnels médicaux et non médicaux à activité comparable.

**Objectif SSR6** Spécialiser un SSR existant dans la prise en charge des affections respiratoires

**Objectif SSR7** Dans le cadre de la mise en place du CHU de la Martinique, les structures existantes ou à créer seront implantées ou regroupées sur un seul site (faisabilité à étudier prioritairement sur le site du Lamentin), dans un souci d'efficience et de potentialisation de la qualité des prises en charge

### 3) Plan d'actions

1. Poursuivre la coordination des SSR par le CHU de la Martinique,
2. Suivre la mise en œuvre de la réforme en cours en privilégiant une logique territoriale d'ensemble

### 4) Schéma cible de l'organisation régionale

Le SROS-PRS préconise que, la définition des missions des hôpitaux de proximité se conçoit désormais dans le cadre d'un projet médical de territoire, avec une nécessité réglementaire de **spécialisation.... tout en préservant la polyvalence, essence même des missions SSR**. La spécialisation et professionnalisation des équipes hospitalières demanderont de la formation pour les médecins et les personnels paramédicaux, ainsi qu'une adaptation des plateaux techniques de rééducation de proximité.

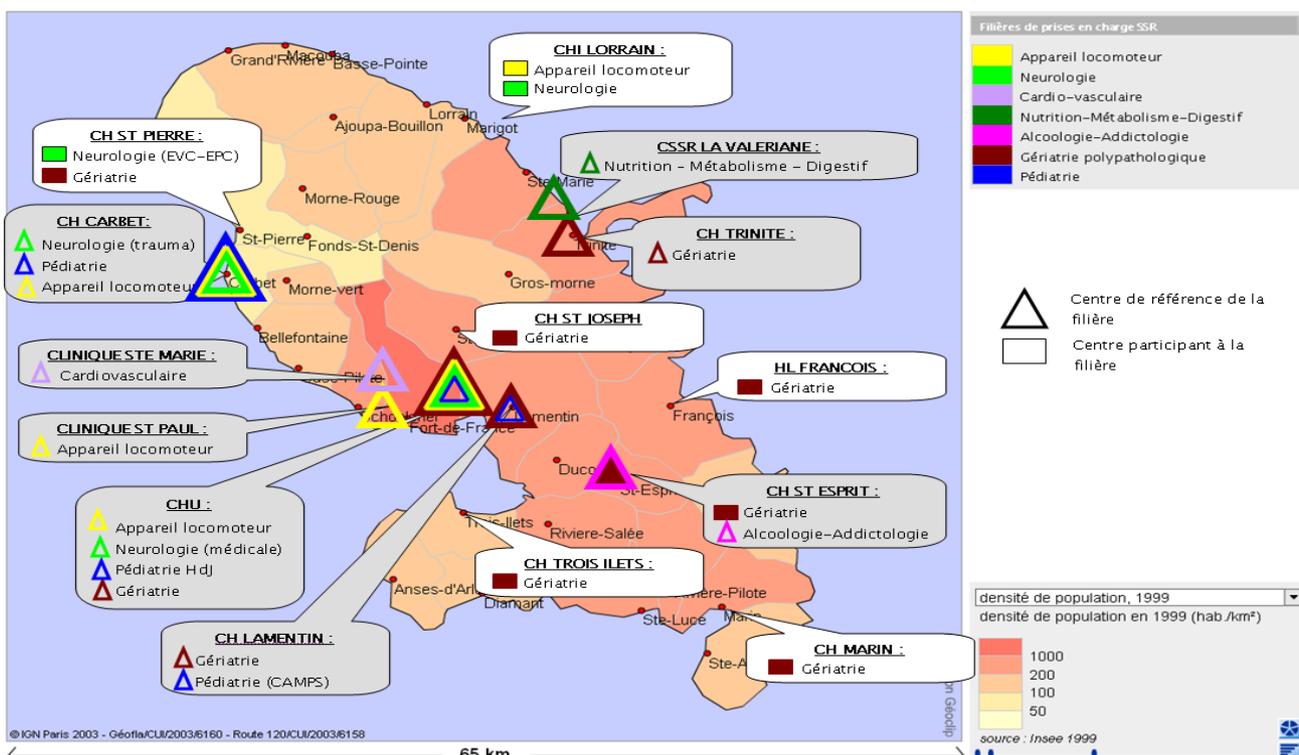
Pour chaque filière une coordination centralisée, et pilotée par le CHU a été décidée.

L'Objectif de Répartition de l'Offre de Soins (OROS) prévoit 11 implantations autorisées en matière de soins de suite et de réadaptation des activités de soins prévues à l'article R.6122-25 alinéa 5 du CSP :

- Centre de soins et de réadaptation de la Valériane - SSR spécialisé dans la prise en charge des affections des systèmes digestifs, métaboliques et endocrinien (hospitalisation à temps complet et de jour)
- Centre Hospitalier de Saint Joseph - SSR spécialisé dans la prise en charge des affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance (hospitalisation à temps complet)

- Centre Hospitalier de Saint Esprit - SSR spécialisé dans la prise en charge des affections liées aux conduites addictives et de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance (hospitalisation à temps complet)
  - Unité cognitivo-comportementale destinée à l'accueil des patients atteints de maladie d'Alzheimer
- Centre Hospitalier de Saint Pierre - SSR spécialisé dans la prise en charge des affections du système nerveux, de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance (hospitalisation à temps complet),
- Centre Hospitalier de Trois Ilets - SSR spécialisé dans la prise en charge de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance (hospitalisation à temps complet)
- Centre Hospitalier du Carbet - SSR spécialisé dans la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, des enfants de moins de 6 ans et des adolescents (hospitalisation à temps complet et de jour)
- Centre Hospitalier du François - SSR spécialisé dans la prise en charge de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance (hospitalisation à temps complet)
- Centre Hospitalier du Marin - SSR spécialisé dans la prise en charge de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance (hospitalisation à temps complet)
- Centre Hospitalier intercommunal Lorrain Basse-Pointe - SSR spécialisé dans la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux (hospitalisation à temps complet)
- Centre Hospitalier Universitaire de Fort de France - SSR spécialisé dans la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux et de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance (hospitalisation à temps complet) et prise en charge des enfants de moins de 6 ans et des adolescents (hospitalisation de jour)
  - Unité cognitivo-comportementale destinée à l'accueil des patients atteints de maladie d'Alzheimer.
- Clinique Saint Paul - SSR spécialisé dans la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur (hospitalisation à temps complet) et dans la prise en charge des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance.
- Clinique Sainte Marie - SSR spécialisé dans la prise en charge des affections cardio-vasculaires (hospitalisation à temps complet et de jour)

La répartition des filières est prévue comme suit :



## 5) Création ou suppression d'implantations

### Créations :

- Au CHU de la Martinique
  - sur le site de Trinité : SSR spécialisé dans la prise en charge des affections liées aux conduites addictives et des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance,
  - sur les sites du centre:
    - Fort-de-France et/ou Lamentin :
      - a. SSR spécialisé dans la prise en charge des affections du système nerveux (adulte enfant et adolescent) et de l'appareil locomoteur (adulte) (hospitalisation à temps complet et de jour) ;
      - b. Unité cognitivo-comportementale destinée à l'accueil des patients atteints de maladie d'Alzheimer
    - sur le site du Lamentin :
      - a. SSR spécialisé dans la prise en charge des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance (capacités augmentées des autorisations accordées à Fort-de-France en 2010 et non installées à ce jour)
      - b. SSR pouvant accueillir des enfants ou des adolescents.
- Hôpital de Saint-Esprit : une unité cognitivo-comportementale destinée à l'accueil des patients atteints de maladie d'Alzheimer
- Clinique Saint Paul : SSR spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance.
- Places d'alternatives à l'hospitalisation (par conversion de lits d'hospitalisation complète) au sein des hôpitaux de proximité (CHI Lorrain/Basse-Pointe, CH Nord Caraïbe Carbet/St-Pierre....), et dans les cliniques privées.

**Suppression** : Il n'y a pas de suppression envisagée.

## 6) Points d'articulation avec la prévention et le secteur médico-social

1. Favoriser la coordination et la communication entre les structures SSR, les professionnels libéraux, les structures médico-sociales pour développer des pratiques préventives et éviter des ré-hospitalisations ou des passages aux urgences évitables (sortie trop rapide ou pas assez préparée) ;
  1. Assurer la fluidité des parcours par une analyse des complémentarités entre les structures SSR, les acteurs participant à la prise en charge à domicile et les établissements sociaux ou médico-sociaux ;
  2. Assurer à travers la mobilisation et la coordination des acteurs associatifs, du secteur médico-social et des réseaux de santé, la prévention de la perte d'autonomie chez la personne âgée et chez les handicapés.

### 7) Indicateurs de suivi du SROS

	<b>Indicateur</b>	<b>Source</b>	<b>Périodicité</b>
<b>SSR1</b>	Part des séjours en SSR dans les 30 jours suivants une hospitalisation pour AVC	PMSI	Annuelle
<b>SSR2</b>	Nombre de conventions de coopération signées avec les établissements et services médico-sociaux (établissements d'hébergement, SSIAD)	Etablissements	Annuelle
<b>SSR3</b>	Part des séjours inférieurs à 3 mois	PMSI	Annuelle

## SOINS DE LONGUE DUREE

### Références

Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation des coupes transversales dans les unités de soins de longue durée

Circulaire N°DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée

Circulaire N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n° 2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée

Plan Solidarité Grand Age 2007-2012

Plan Alzheimer 2008-2012

Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie chronique ou une polyopathie, soit active, soit au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

Elles ont pour mission :

- d'assurer aux patients les soins d'entretien de la vie, les soins médicaux et techniques, les soins relationnels ;
- de prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes ;
- d'élaborer un projet de vie individuel pour chaque patient dans le souci de sa qualité de vie ;
- d'assurer l'accompagnement des familles et des proches.

Certains groupes de personnes par leur âge (moins de 60 ans) ou leur symptomatologie (troubles du comportement, troubles neurologiques) mériteront des prises en charge adaptées avec si nécessaire, création d'unités spécifiques.

L'implantation des USLD sur le territoire régional doit assurer un maillage leur permettant de remplir leur rôle d'aval au sein de la filière gériatrique tout en respectant le souci de proximité afin que les familles et les proches puissent avoir accès à ces structures dans des délais de transport raisonnables.

### *1) Eléments du diagnostic régional*

Les éléments du diagnostic régional figurent à la page 46 du document intitulé « *Etat des lieux de l'offre de soins hospitalière en Martinique* ».

### **Prévention et dépistage**

#### **Points forts**

- Organisation de manifestations "grand public" pour sensibiliser à la maladie d'Alzheimer
- Formation de cadres non soignants pour se donner des relais sur le territoire

#### **Points faibles**

- Insuffisance de diffusion de la "culture gériatrique" aux endroits où il n'y pas de filière

## Prise en charge

### Points forts

- Implantation de 3 USLD sur le territoire adossées à des établissements MCO ayant une capacité totale de 150 lits ce qui permet une collaboration avec les autres services et le développement d'actions de coordination
- Existence de filières gériatriques dans les 3 établissements MCO publics (CHU de Fort de France, CH du Lamentin et CH de Trinité)
- Existence de lits identifiés de soins palliatifs dans les "court séjour" gériatriques et une unité dédiée à l'USLD du centre Emma Ventura
- Existence de plusieurs consultations "mémoire" sur le territoire
- Mise en œuvre d'un plan de développement du secteur médico-social permettant de créer 200 places/an pendant 5 ans pour les personnes âgées (nombre de lits d'EHPAD créés en 2010 : 174)

### Points faibles

- Capacité réduite depuis la réforme (diminution de 60 lits) alors que le vieillissement de la population s'accroît
- Filière incomplète sur le site de Trinité et absence de SSR gériatrique dans ces mêmes établissements MCO
- Retard dans la mise en place des unités spécialisées (UCC : unités cognitivo-comportementales Alzheimer et UHR : unités d'hébergement renforcées)
- Insuffisance de coordination avec le SSR

## 2) Objectifs régionaux

### Objectifs

#### Objectif USLD1 Accélérer la mise en place de filières gériatriques complètes :

- Il convient de promouvoir le SSR gériatrique, notamment au sein du futur CHU de la Martinique, et ceci sur les différents sites (Fort de France, Lamentin et Trinité). Cette orientation vise à permettre, chaque fois que cela est possible, un retour à domicile dans les meilleures conditions selon le souhait exprimé par les personnes âgées au décours de leur hospitalisation.
- Le nombre de lits de court séjour gériatrique doit être constamment réévalué pour être en adéquation avec la demande.

#### Objectif USLD2 Réaliser la mise en place d'unités dédiées, notamment de l'unité d'hébergement renforcée (UHR) du Centre Emma Ventura pour la prise en charge des personnes Alzheimer qui présentent des troubles du comportement dits productifs ;

#### Objectif USLD3 Formaliser les coordinations et coopérations avec les équipes de soins palliatifs ;

#### Objectif USLD4 Travailler sur les sorties des USLD vers les EHPAD (convention) et le domicile (rapprochement avec les services d'accompagnement à domicile, travail avec les familles...).

### 3) Plan d'actions

1. Offrir au moins 1 lit de court séjour gériatrique pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire ;
2. Créer une équipe mobile de gériatrie sur chaque site pour une intervention dès l'entrée aux urgences auprès des patients à risque de perte d'autonomie et d'hospitalisation prolongée ;
3. Assurer une bonne articulation avec le réseau gérontologique et l'HAD qui est un partenaire naturel de la filière susceptible de prendre le relais à la suite des hospitalisations conventionnelles (formalisation des conventions) ;
4. Amplifier les politiques de prévention spécifiques (dénutrition, dépistage des démences, escarres...) ;
5. Réaliser une nouvelle coupe transversale dans les USLD et les EHPAD pour actualiser les données qui ont sous-tendues la réforme de 2008

### 4) Schéma cible de l'organisation régionale

L'Objectif de Répartition de l'Offre de Soins (OROS) prévoit 1 implantation autorisée sur 3 sites en matière d'unité de soins longues durées prévues à l'article R.6122-25 alinéa 7 du CSP :

- CHU de Martinique : une implantation sur 3 sites :
- Fort de France ;
- Lamentin ;
- Trinité.

### 5) Création ou suppression d'implantations

#### **Création :**

En proposition initiale du SROS, aucune création n'est à envisager. Cependant, en fonction de la nouvelle coupe transversale à réaliser sur 2012, il conviendra d'adapter les capacités des structures existantes, le cas échéant par reconversion des éventuelles capacités excédentaires en médecine ou en SSR.

**Suppression :** Il n'y a pas de site à supprimer.

### 6) Points d'articulation avec la prévention et le secteur médico-social

1. Amplifier et généraliser les actions d'éducation pour la santé :

La diffusion de la culture gériatrique doit être généralisée en institution (centres hospitaliers et hôpitaux de proximité) sur les thématiques suivantes : maladies chroniques, surpoids/obésité.

2. Mettre en œuvre le plan de développement du secteur médico-social, conformément au SROMS :

- Développer les structures à domicile (accueils familiaux...)
- Installer une plateforme d'accueil et de répit :

L'épuisement que peut représenter pour l'aidant principal l'accompagnement au quotidien d'un proche atteint de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et son impact sur la santé, son niveau de stress, d'anxiété et de dépression implique qu'un soutien accru leur soit apporté. La création d'une plateforme d'accueil et de répit est une nécessité pour le territoire. Dans la définition de ses missions, elle sera l'interlocuteur privilégié de la maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA).

- Créer les places de maison de retraite prévue au plan

Ce plan prévoit la création de 200 places par an pour les personnes âgées dans les EHPAD. Le respect de cet engagement permettra de répondre d'une part à l'augmentation de la population susceptible d'être accueillie en institution et d'autre part, à permettre de libérer dans les unités de soins de longue durée des places pour les pensionnaires relevant véritablement de soins médico-techniques importants correspondant au profil des textes.

7) Indicateurs de suivi du SROS

	Indicateur	Source	Périodicité
<b>USLD1</b>	Résultats des coupes PATHOS effectuées dans les USLD pour personnes âgées en 2012	PATHOS	Annuelle

# ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

## Références

Décret n° 2009-409 du 14 avril 2009 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire en cardiologie :

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=CB7E6D50FE7467DAE6BC4D155C579425.tpdjo12v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000020522354&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=CB7E6D50FE7467DAE6BC4D155C579425.tpdjo12v_3?cidTexte=JORFTEXT000020522354&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id)

Décret n° 2009- 410 du 14 avril 2009 relatif aux conditions techniques de fonctionnement :

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=CB7E6D50FE7467DAE6BC4D155C579425.tpdjo12v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000020522367&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=CB7E6D50FE7467DAE6BC4D155C579425.tpdjo12v_3?cidTexte=JORFTEXT000020522367&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id)

Arrêté du 14 avril 2009 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie prévues à l'article R. 6123-133 du code de la santé publique :

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=B3AA9278AC40C8F8792C8847AA1CF399.tpdjo09v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000020522416&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=B3AA9278AC40C8F8792C8847AA1CF399.tpdjo09v_3?cidTexte=JORFTEXT000020522416&categorieLien=id)

Circulaire n°DHOS 04 /2009/ 279 du 12 août 2009 : [http://www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-09/ste\\_20090009\\_0100\\_0049.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-09/ste_20090009_0100_0049.pdf)

L'activité de soins en matière de « cardiologie interventionnelle » est soumise à autorisation ; les activités de soins qui sont soumis à autorisation sont :

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

Les autorisations pour chaque type d'activité ne sont délivrées que si les projets des promoteurs répondent aux caractéristiques suivantes :

- des critères d'environnement technique et d'organisation :
  - o Existence d'une unité d'hospitalisation en médecine ;
  - o Existence d'une unité de soins intensifs en cardiologie (USIC) ;
  - o Salle d'angiographie numérisée dédiée ;
  - o Salle d'imagerie numérisée dédiée ;
  - o Participation à la prise en charge 24/24 de l'infarctus du myocarde (accès direct au plateau sans passer par les urgences) ;
  - o Existence de lits en pédiatrie. ;
- des critères d'activité annuelle minimum :
  - o 50 actes d'ablation endocavitaire autres que l'ablation de la jonction atrioventriculaire pour le 1° ;
  - o 40 actes de cathétérismes interventionnels portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les ré interventions chez l'adulte dont au moins la moitié réalisée chez les enfants pour le 2° ;
  - o 350 actes d'angioplastie coronarienne pour le 3°.

Les 3 activités sont réalisées uniquement au CHU de Fort de France ; les critères d'environnement technique et organisationnel sont remplis. Les critères quantitatifs de seuil minimal d'activité sont pour les 3 activités légèrement dépassés.

Il n'y a pas d'indicateurs de besoin pour ces activités de soins ; de l'avis des praticiens qui réalisent ces actes, il est probable que les taux de fuite vers la métropole soient faibles notamment pour les

angioplasties transluminales réalisées en urgence. Il y a à contrario un recrutement à partir de la Guyane, de la Guadeloupe et des îles de la Caraïbe pour la rythmologie et la prise en charge des cardiopathies de l'enfant, du fait que certains actes ne se font qu'au CHU de Fort de France.

Les seuils minimums d'activité annuelle n'étant que légèrement dépassés, il n'y a pas lieu à la Martinique de prévoir d'implantation autre que celle existante au CHU de Fort de France.

La prospective et la dimension inter régionale doit être envisagée activité par activité :

**a) Les actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme :**

L'équipe actuelle repose sur deux intervenants. Le CHU est reconnu comme centre de référence pour les troubles du rythme d'origine génétique ; l'activité de ce centre de référence doit être favorisée et son équipe renforcée pour permettre de développer la prévention de la mort subite, le diagnostic et le conseil génétique et l'activité de recherche. L'activité de rythmologie interventionnelle doit être également soutenue et développée, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, en favorisant l'amélioration du plateau technique (imagerie, nouvelles techniques ablatives) et la formation continue des intervenants. .

La situation dans les DFA en matière de rythmologie est hétérogène ; l'activité en Guyane est embryonnaire et il est probable que les besoins pour atteindre le seuil minimal d'activité ne soient pas suffisants. La Guadeloupe ne réalise pas aujourd'hui les ablations endovasculaires qui lui permettraient de pouvoir prétendre à une demande d'autorisation. Cette situation nécessite une approche dans le cadre d'un SIOS.

**b) Les actes portant sur les cardiopathies de l'enfant, y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence.**

Le centre pour la prise en charge des cardiopathies congénitales complexes du Chu de Fort de France réalise l'ensemble de l'activité des DFA ; l'activité minimale annuelle ne peut être atteinte que dans le cadre d'un recrutement inter DFA ; la vocation interrégionale de ce centre devrait être consacrée à travers un schéma interrégional d'organisation sanitaire (SIOS).

Cette activité doit être confortée en termes de moyens à la fois humains et matériels.

L'équipe actuelle ne repose que sur un seul praticien spécialisé (cardiopédiatre) ; la mise en place d'une véritable équipe médicale avec un deuxième praticien, est absolument nécessaire afin de répondre aux impératifs de continuité des soins, de formation médicale continue et afin de permettre le développement d'une activité de recherche. Dans ce contexte inter-régional, l'amélioration et la mise à niveau du plateau technique doivent être recherchées : scanner cardio-thoracique synchronisé à l'ECG, IRM cardiaque etc...

Les cardiopathies prises en charge à l'âge adulte sont fréquentes dans les DFA (retard à la prise en charge chez l'enfant) ce qui justifie une attention particulière des autorités de tutelle sur cette particularité de santé publique de nos départements ultramarins.

**c) Les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte :**

L'activité au CHU de Fort de France est maintenant bien rodée et les équipes bien en place. Le niveau de compétence des équipes est reconnu et doit être préservé. Le niveau de qualité de l'équipement doit être maintenu (guide de pression et assistance circulatoire externe en souffrance actuellement).

La Guyane commence à mettre en œuvre une activité uniquement diagnostique ; elle est aidée en cela par la Martinique et la Guadeloupe ; nous ne savons pas si l'activité potentielle en matière de « cardiologie interventionnelle » en Guyane sera suffisante pour atteindre le seuil minimal requis pour pouvoir l'y mettre en place ; actuellement cette activité est dirigée vers la Martinique qui possède un plateau technique plus complet avec la présence d'un service de chirurgie cardiaque ; la Guadeloupe est autonome pour l'activité de « cardiologie interventionnelle ». Un SIOS serait peut être nécessaire pour aborder la problématique Guyanaise.

## 2) Eléments du diagnostic régional

Des éléments découlant de l'analyse du PMSI, figure à la page 47 du document intitulé « Etat des lieux de l'offre de soins hospitaliers en Martinique ».

### Prévention et dépistage

#### Points forts

- Existence d'une politique de santé publique en direction des patients diabétiques et ou hypertendu avec des relais locaux (réseaux de santé, associations de malades etc.)
- Mise en place d'une politique associant prévention et prise en charge au sein de l'ARS

#### Points faibles

- Information de la population sur le risque cardio-vasculaire insuffisant
- Absence d'association s'impliquant sur cette problématique

### Prise en charge

#### Points forts

- Offre de soins existante et structurée
- Concentration des 3 activités sur le même site
- Equipes soignantes dynamiques et motivées
- Activités indispensables compte tenu de l'éloignement géographique
- Filières avec accès direct en place
- Critères techniques et organisationnels favorables
- Centre de référence pour les troubles du rythme d'origine génétique
- Existence de SSR spécialisé dans la prise en charge des affections cardiovasculaire

#### Points faibles

- Activités à la limite des seuils pour le 1 et le 2
- Equipe encore fragile à consolider
- Masse critique
- Effort sur l'investissement en matériel et sur la formation à maintenir
- Dimension interrégionale à organiser

## 2) Objectifs régionaux

### Objectifs

Objectif CI1	Conforter les activités qui sont à la limite des seuils à travers une approche interrégionale voir Caraïbéenne
Objectif CI2	Maintenir qualité et sécurité des soins par un investissement sur le matériel et sur le perfectionnement des praticiens,
Objectif CI3	Optimiser la rapidité de la prise en charge
Objectif CI4	Faciliter l'accès direct au plateau technique hautement spécialisé
Objectif CI5	Constituer des filières de soins articulées autour des structures de prise en charge des urgences

## 3) Plan d'actions

1. Elaboration du SIOS cardiologie interventionnelle,

#### 4) Schéma cible de l'organisation régionale

L'Objectif de Répartition de l'Offre de Soins (OROS) prévoit 1 implantation pour les 3 activités de soins autorisés selon l'article R.6122-25 alinéa 16 du CSP en matière d'activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie :

- 1 centre pratiquant les actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme, implanté au CHU de Martinique : Hôpital Pierre Zobda Quitman
- 1 centre pratiquant les actes portant sur les cardiopathies de l'enfant, y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence, implanté au CHU de Martinique : Hôpital Pierre Zobda Quitman
- 1 centre pratiquant les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte, implanté au CHU de Martinique : Hôpital Pierre Zobda Quitman

#### 6) Création ou suppression d'implantations

**Création** : Aucune création n'est à envisager.

**Suppression** : Il n'y a pas de site à supprimer.

#### 5) Points d'articulation avec la prévention et le secteur médico-social

1. Optimiser la continuité des parcours de soins notamment pour la prise en charge de l'infarctus du myocarde
2. Formaliser et sécuriser les liens entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de l'amont jusqu'à l'aval

#### 6) Indicateurs de suivi du SROS

	Indicateur	Source	Périodicité
CI1	Mise en place d'un registre de prise en charge des syndromes coronariens aigus en vue de l'évaluation du protocole et / ou algorithme décisionnel concernant les stratégies de reperfusion en urgence	Etablissement	Annuelle
CI2	Taux de mortalité hospitalière liée à ces activités interventionnelles	PMSI	Annuelle

## Références

Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000788651&dateTexte=>

Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000788652&dateTexte=>

### 1) *Eléments du diagnostic régional*

Les décrets du 22 mai 2006 posent le principe de la régulation médicale et de la prise en charge des patients en situation d'urgence autour de 3 structures hospitalières que sont le Samu-Centre 15, le SMUR et l'accueil des urgences. Ces décrets sont toujours en application et manquent de souplesse par leur formulation du tout ou rien. Une tentative de nouvelle classification de l'accueil des urgences a fait l'objet d'un rapport sans suite (Goldstein et collaborateurs).

Cette classification induisait la notion de répertoire opérationnel des ressources avec trois niveaux d'accueil : proximité, appui, recours. Chaque niveau agissant en complémentarité des autres en fonction de son plateau technique, la cohérence sur un territoire était assurée.

Même si ces travaux n'ont pas pour l'instant de traduction réglementaire, ils peuvent servir de trame pour l'organisation des soins urgents sur notre territoire.

En pratique une organisation sur deux niveaux (proximité et recours) peut être proposée sur notre petit territoire. Il consiste à identifier plusieurs niveaux de proximité (où le patient peut être cadré et stabilisé avant transfert si nécessaire vers le niveau supérieur) capables de prendre en charge une urgence non régulée et de disposer d'une salle d'accueil d'urgence vital.

Cette organisation pourrait utilement bénéficier d'une organisation en filières de soins pré-identifiées en fonction des compétences et équipements des établissements.

Par ailleurs, l'organisation de la Martinique en quatre secteurs de proximité vise à promouvoir une cohérence dans le parcours de soins du patient, quel que soit son âge, sa pathologie, son handicap éventuel. Elle vise à organiser la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) au sein de ces territoires et aussi à créer autour des hôpitaux de proximité des accueils de consultation, de lier les établissements de santé et médicosociaux autour d'un accompagnement personnalisé du patient, en lien avec les réseaux de soins existants.

Cette territorialisation doit permettre une meilleure disponibilité des professionnels de santé au sein de maisons médicales pluridisciplinaires dans le nord atlantique, nord caraïbe et sud ces maisons de santé étant invitées à ouvrir leurs consultations en horaires élargis.

## Prévention et dépistage

### Points forts

- Politique de prévention volontariste concernant :
  - Les accidents de la route
  - Les accidents de travail
  - Les accidents domestiques
  - Les addictions

### Points faibles

- Prévention des ré-hospitalisations chez les personnes âgées
- Prévention des chutes chez les personnes âgées

## Prise en charge

### Points forts

- Dispositif complet en médecine d'urgence (excepté SMUR pédiatrique)
- Equipes compétentes et motivées

### Points faibles

- Insuffisance d'organisation et de réponse de la PDSA (effecteurs) entraînant une saturation des structures des urgences
- Prise en charge des urgences psychiatriques pas satisfaisante, malgré des améliorations récentes
- Déficit démographique en médecins généralistes
- Travail en réseau insuffisant
- Locaux inappropriés
- Dispositif d'aval peu organisé
- Filières d'accès directes en trop petit nombre et pour certaines à améliorer

## 2) Objectifs régionaux

### Objectifs

#### Objectif U1

##### Améliorer l'accès aux soins :

- Rechercher une meilleure articulation avec la PDSA, notamment par la mise en place de maisons de garde médicale au plus près de la population adossées à des établissements hospitaliers de proximité ;
- Favoriser l'accès direct à des plateaux techniques spécialisés après régulation médicale par le CRRA ;
- Améliorer la PDSSES.

#### Objectif U2

##### Améliorer la qualité et la sécurité des soins :

- Moderniser les systèmes d'information et permettre l'installation de logiciels d'analyse automatique de l'activité aux urgences (OSCOUR) ;
- Anticiper les situations de crise sanitaire et de pics d'activité ;
- Mettre en place le répertoire opérationnel des ressources.

#### Objectif U3

##### Améliorer l'efficacité :

- Regrouper l'ensemble des structures hospitalières publiques concourant à la médecine d'urgence dans une seule organisation ;
- Organiser les renforts interstructures ;
- Promouvoir des filières spécialisées de prise en charge en urgence (pédiatriques, gériatriques, psychiatriques, SOS main, AVC...).

## 3) Plan d'actions

1. Poursuivre l'effort de liaisons de la médecine d'urgence hospitalière avec la médecine libérale en liant tous les systèmes de permanence des soins.
2. Créer une commission unique de la permanence des soins (PDSA et PDSSES)
3. Maintenir un accueil spécialisé des consultations médicales non programmées sur les deux sites disposant d'un service de pédiatrie pendant la journée et renforcer la séniorisation du service d'urgences pédiatriques de la MFME.

4. Créer une véritable filière de l'urgence psychiatrique de la régulation à l'intervention d'équipes spécialisées à domicile et à l'observation de 72 heures.

#### 4) Schéma cible de l'organisation régionale

L'Objectif de Répartition de l'Offre de Soins (OROS) prévoit 1 implantation autorisée en matière d'activités de soins en médecine d'urgence prévues à l'article R.6122-25 alinéa 14 du CSP au CHU de Martinique.

#### 5) Création ou suppression d'implantations

Dans le cadre du projet d'établissement du CHU de Martinique et sous réserve de l'accord de l'ARS, devront être examinées les modalités d'organisation et de fonctionnement de cette activité. A priori aucune suppression ou création n'est à prévoir, mais des fermetures provisoires sont à envisager en fin de semaine ou les jours fériés à la cité hospitalière de Mangot Vulcin, avec redéploiement des moyens sur le site de PZQ.

L'activité du SMUR de Trinité devra faire l'objet d'une évaluation dès la première année de fonctionnement.

#### 6) Points d'articulation avec la prévention et le secteur médico-social

1. Anticiper la réponse à donner aux besoins de soins urgents chez la personne âgée, à domicile ou en EHPAD à travers la mise en place de protocoles spécifiques.
2. Mettre en place des liens fonctionnels avec les établissements du secteur médico-social en vue d'assurer la prise en charge d'aval.
3. Assurer à travers la mobilisation et la coordination des acteurs associatifs, du secteur médico-social et des réseaux de santé, la prévention de la perte d'autonomie chez la personne âgée et chez les handicapés.
4. Améliorer la réponse aux situations qui mettent en jeu une problématique sociale.

#### 7) Indicateurs de suivi du SROS

	Indicateur	Source	Périodicité
<b>U1</b>	Taux de recours aux urgences hospitalières (nombre de passage pour 10 000 habitants)	Services Urgences	Annuelle
<b>U2</b>	Nombre moyen de sorties SMUR	SMUR	Annuelle
<b>U3</b>	Nombre de consultations assurées par le centre 15 en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux	Centre 15	Annuelle

## REANIMATION, SOINS INTENSIFS ET SURVEILLANCE CONTINUE

### Références

Décrets n°2002-465 et n°2002-466 du 5 avril 2002 dont réanimation (CSP art D.6124-27 à 33), soins intensifs (CSP art D.6124-104 à 116), surveillance continue (CSP D.6124-117 à 120) :

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0261132ACDD7414BE33DEB39D3A16D86.tpdjo13v\\_1&dateTexte=?cidTexte=JORFTEXT000000222059&categorieLien=cid](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0261132ACDD7414BE33DEB39D3A16D86.tpdjo13v_1&dateTexte=?cidTexte=JORFTEXT000000222059&categorieLien=cid)

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000585557&dateTexte=>

Décret n°2006-72 et 2006-74 du 24 janvier 2006 relatifs à la réanimation pédiatrique (modifié le décret n°2002-465 du 5 avril 2002) :

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0261132ACDD7414BE33DEB39D3A16D86.tpdjo13v\\_1&dateTexte=?cidTexte=JORFTEXT000000813915&categorieLien=cid](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0261132ACDD7414BE33DEB39D3A16D86.tpdjo13v_1&dateTexte=?cidTexte=JORFTEXT000000813915&categorieLien=cid)

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000813917&dateTexte=>

Arrêté du 23 août 2003 : [http://www.srlf.org/s/IMG/pdf/expe\\_rience-atteste\\_e-en-rea.pdf](http://www.srlf.org/s/IMG/pdf/expe_rience-atteste_e-en-rea.pdf)

Circulaire n°DHOS/O/2006/396 du 8 septembre 2006 relative à l'application des décrets n°2006-72 et 2006-74 du 24 janvier 2006 relatifs à la réanimation pédiatrique : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2006/06-11/a0110024.htm>

Circulaire n°DHOS/SDO/2003/413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2003/03-45/a0453485.htm>

### 1) *Eléments du diagnostic régional*

Des éléments découlant de l'analyse du PMSI figurent à la page 52 de l'Annexe 1 - Etat des lieux de l'offre de soins hospitalière en Martinique.

#### Prévention et dépistage

##### Points forts

- Politique de prévention en matière d'accidentologie

##### Points faibles

- Région à risques naturels

#### Prise en charge

##### Points forts

- Equipe soignante structurée et dont la compétence est reconnue
- Projet médical de territoire des établissements publics d'hospitalisation
- Volonté des établissements de mettre en place de filières de soins régionales pour faciliter le parcours du patient.

##### Points faibles

- Difficultés de transfert vers les structures d'aval
- Locaux et matériel souvent vétustes et mal adaptés

## 2) Objectifs régionaux

### Objectifs

**Objectif REA1** Structurer une organisation graduée et coordonnée des trois niveaux de soins (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) dans le cadre d'un travail en réseau et en tenant compte des besoins des activités de soins hautement spécialisées (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, soins aux brûlés, cardiologie)

**Objectif REA2** Réguler les disponibilités en lits à travers un dispositif prenant appui sur un système d'information partagé

**Objectif REA3** Prendre en compte les patients nécessitant une assistance respiratoire extracorporelle

**Objectif REA4** Améliorer la qualité et la sécurité des soins

- Adapter les moyens en personnel
- Développer la formation notamment dans les domaines de la prise en charge de la douleur, des soins en fin de vie et de l'accès aux soins palliatifs
- Développer le soutien psychologique des soignants
- Organiser la lutte contre les infections nosocomiales (formation, amélioration de la surveillance et adaptation architecturale)
- Développer les prélèvements d'organes et de tissus

**Objectif REA5** Améliorer l'efficacité :

- Optimiser la gestion des ressources médicales et paramédicales par le regroupement physique des unités
- Formaliser les liens avec les services habituels d'amont et d'aval et notamment les structures SSR qui prennent en charge les patients en coma profond ou les polytraumatisés en vue de fluidifier les filières et soins et diminuer les durées de séjour

### 3) Plan d'actions

1. Suivre les objectifs préconisés.
2. Suivre les mises en œuvre des unités de soins intensifs et surveillance continue.

### 4) Schéma cible de l'organisation régionale

L'Objectif de Répartition de l'Offre de Soins (OROS) prévoit 1 implantation autorisée en matière de réanimation des activités de soins prévues à l'article R.6122-25 alinéa 5 du CSP, concentrées sur 1 seul site :

- CHU de Martinique :
  - Hôpital Pierre Zobda Quitman, réanimation adulte ;
  - Hôpital Pierre Zobda Quitman, réanimation chirurgie cardiaque ;
  - Hôpital de la Mère de la Femme et de l'Enfant, réanimation enfant.

### 5) Création ou suppression d'implantations

**Créations :** Des lits d'unité de soins intensifs et surveillance continue pourront être installés, à la suite d'une reconnaissance contractuelle avec l'ARS, pour répondre aux besoins avérés.

**Suppression :** Il n'y a pas de site à supprimer.

## 6) Points d'articulation avec la prévention et le secteur médico-social

1. Articuler l'activité avec le schéma régional de prévention.

## 7) Indicateurs de suivi du SROS

	Indicateur	Source	Périodicité
<b>REA1</b>	Taux d'occupation	Services	Annuelle
<b>REA2</b>	Taux de recours	PMSI	Annuelle
<b>REA3</b>	Durée moyenne de séjour	Services	Annuelle
<b>REA4</b>	Part des séjours avec indice de gravité	PMSI	Annuelle

# TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE PAR EPURATION EXTRARENALE

## Références

Décret n°2002-1197 du 23 septembre 2002 relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000232864&dateTexte=>

Décret n° 2002-1198 du 23 septembre 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000780502&dateTexte=>

Circulaire DHOS/E4/AFSSAPS/DGS n° 2007-52 du 30 janvier 2007 relative aux spécifications techniques et à la sécurité sanitaire de la pratique de l'hémodiafiltration et de l'hémodiafiltration en ligne dans les établissements de santé (BO Santé n° 2007/3 du 15 avril 2007, p. 51)

Circulaire DHOS/O1 n° 2005-205 du 25 avril 2005 relative aux locaux, matériels techniques et dispositifs médicaux dans les établissements de santé exerçant l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale (BO Santé 15 juillet 2005, n° 5, p. 20)

Circulaire DHOS/SDO n° 2003-228 du 15 mai 2003 relative à l'application des décrets n° 2002-1197 et 2002-1198 du 23 septembre 2002 (BOMSS 28 juin 2003 n° 2003/2004, p. 105)

Instruction validée par le CNP du 17 décembre 2010 (visa CNP N° 2010-293) : Directive aux ARS relative à la priorité de gestion du risque sur l'IRC terminale en 2010-2011

## Recommandations

Bonnes pratiques d'hygiène en hémodialyse Recommandations de la Société Française d'Hygiène Hospitalière - décembre 2004 : [http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H\\_bonnes-pratiques-hygiene-en-hemodialyse-2005.pdf](http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_bonnes-pratiques-hygiene-en-hemodialyse-2005.pdf)

Recommandations relatives aux risques de contamination des générateurs d'hémodialyse AFSSAPS – 26 juillet 2004 : [http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Autres-mesures-de-securite/Recommandations-relatives-aux-risques-de-contamination-des-generateurs-d-hemodialyse/\(language\)/fre-FR](http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Autres-mesures-de-securite/Recommandations-relatives-aux-risques-de-contamination-des-generateurs-d-hemodialyse/(language)/fre-FR)

Indicateurs de suivi qualité COMPAQH relatifs à l'hémodialyse : <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

Recommandations pour la pratique clinique - Moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte ANAES 2004 : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/IRC\\_2006\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/IRC_2006_recos.pdf)

Traitement de l'anémie au cours de l'IRC en 2005 ; nouvelles recommandations attendues en 2011 :

[http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Lettres-aux-professionnels-de-sante/EPREX-R-erythroblastopenie-insuffisance-renale-chronique-nouvelles-recommandations/\(language\)/fre-FR](http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Lettres-aux-professionnels-de-sante/EPREX-R-erythroblastopenie-insuffisance-renale-chronique-nouvelles-recommandations/(language)/fre-FR)

Le traitement de l'insuffisance rénale chronique a fait l'objet d'un long développement dans le cadre du Plan Régional de Gestion du Risque (PRGDR) ; son approche dans le SROS-PRS se situe dans sa continuité.

### *1) Eléments du diagnostic régional*

Des éléments découlant de l'analyse du PMSI figure dans le chapitre 10 page 55 de l'Annexe 1 - Etat des lieux de l'offre de soins hospitalière en Martinique.

## **Prévention et dépistage**

### **Points forts**

- Existence d'une politique de santé publique en direction des patients à risque avec des relais locaux (réseaux de santé, associations de malades etc.)
- Mise en place d'une politique associant prévention et prise en charge au sein de l'ARS

### Points faibles

- Résultats concrets obtenus mais encore insuffisants au regard des données épidémiologiques
- Dépistage et prise en charge des patients IRC tardifs
- Coordination et professionnalisation insuffisantes des acteurs associatifs de la prévention

### Prise en charge

#### Points forts

- Offre de soins publique et privée suffisante et structurée
- Equipes soignantes dynamiques et motivées (participation à une étude d'évaluation régionale des pratiques médicales réalisée en 2009)
- Dialyse péritonéale bien implantée
- Mise en place du registre REIN
- Installation de l'unité de dialyse médicalisée récente

#### Points faibles

- Dysfonctionnement majeur dans la réalisation et le suivi des fistules artério-veineuses
- Dialyse péritonéale à développer
- Education thérapeutique en milieu hospitalier et ambulatoire inexistante
- Coopération entre acteurs insuffisante
- Respect des conditions techniques de fonctionnement (lits d'aigus, poste de repli, poste d'entraînement),
- Autodialyse simple insuffisamment développée
- Hémodialyse à domicile quasi inexistante
- Conventions de fonctionnement inter établissements à compléter
- Contexte ne favorisant pas toujours un investissement personnel des patients dans leur prise en charge
- Néphrologie conventionnelle (hors néphrologie de repli) peu développé

## 2) Objectifs régionaux

### Objectifs

Objectif IRC1	Remédier aux dysfonctionnements dans la réalisation et le suivi des fistules artério-veineuses
Objectif IRC2	Organiser la pose de cathéters de dialyse péritonéale
Objectif IRC3	Continuer à développer la dialyse hors centre et notamment la dialyse péritonéale,
Objectif IRC4	Continuer à rechercher la qualité et la sécurité des soins en s'appuyant sur les recommandations existantes, par le respect des conditions techniques et par une meilleure collaboration inter structures
Objectif IRC5	Développer les actions de prévention de l'IRC
Objectif IRC6	Améliorer l'accessibilité à la transplantation rénale (cf. axe spécifique)

### 3) Plan d'actions

1. Organiser les établissements publics et privés en vue de la mise en place d'un service permettant la réalisation et le suivi des fistules artério-veineuses ainsi que la mise en place des cathéters de dialyse péritonéale,
2. Mettre en place une commission régionale de l'insuffisance rénale terminale composée de tous les acteurs et dont l'objectif sera de proposer des axes d'amélioration depuis la prévention jusqu'à la prise en charge de l'IRC.

### 4) Schéma cible de l'organisation régionale

L'Objectif de Répartition de l'Offre de Soins (OROS) prévoit 3 implantations de centres d'hémodialyse, 1 implantation d'Unité Médicale d'hémodialyse et 8 implantations d'unités d'autodialyse. Les activités de soins autorisés selon l'article R.6122-25 alinéa 16 du CSP en matière de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale sont réparties comme suit :

- 1 centre d'hémodialyse à Fort de France
- 1 centre d'hémodialyse au CHU de Martinique (site du Lamentin)
- 1 unité médicalisée d'hémodialyse au CHU de Martinique (site du Lamentin)
- 1 centre d'hémodialyse au Marin
- des unités d'autodialyse :
  - 1 Morne Rouge
  - 1 Trinité
  - 1 Rivière Salée
  - 1 Ducos
  - 3 Fort de France (Clarac)
  - 1 Fort de France (Saint Paul)

### 5) Points d'articulation avec la prévention et le secteur médico-social

1. Développer les liens entre les structures autorisées en dialyse péritonéale et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
2. Favoriser la coopération avec les infirmières d'exercice libéral ;
3. Favoriser les partenariats avec les acteurs de la prévention du diabète de l'HTA ;
4. Favoriser l'implantation de la néphrogériatrie dans les établissements pour personnes âgées ;
5. Dépister et mieux prendre en charge des patients à risque d'insuffisance rénale chronique : HTA, diabète, maladie athéromateuse, néphropathies familiales, uropathies obstructives ;
6. Prévenir la iatrogénie médicamenteuse en ciblant particulièrement les personnes âgées ;
7. Informer et sensibiliser la population sur les risques d'intoxication à l'occasion de la consommation de caramboles ;
8. Développer l'éducation thérapeutique mutualisée (IRC-cardiologie-diabète-néphrologie).

### 6) Création ou suppression d'implantations

**Créations :** Aucune création n'est à envisager.

**Suppression :** Il n'y a pas de site à supprimer.

### 7) Indicateurs de suivi du SROS

	<b>Indicateur</b>	<b>Source</b>	<b>Périodicité</b>
<b>IRC1</b>	Part des nouveaux patients dialysés en urgence	Etablissements	Annuelle
<b>IRC2</b>	Part des nouveaux patients traités par DP	AM	Annuelle
<b>IRC3</b>	Part des patients traités hors centre	AM	Annuelle
<b>IRC4</b>	Délai de mise en place des fistules artério-veineuses	Etablissements	Annuelle
<b>IRC5</b>	Délai de mise en place des cathéters de dialyse péritonéale	Etablissements	Annuelle
<b>IRC6</b>	Part de nouveaux patients inscrits sur la liste de greffe	REIN	Annuelle

# TRAITEMENT DU CANCER

## Références

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et aux conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé.

Décret du 26 novembre 2004 relatif à la liste des activités de soins et des équipements lourds soumis à autorisation.

Décret n°2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et la qualité de prise en charge.

Décret n°2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantations applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de santé publique.

Décret n°2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

Décret 2010-514 du 18 mai 2010 relatif aux programmes régionaux de santé.

Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins du traitement du cancer.

Circulaire du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie

Critères d'agrément de l'INCa pour les pratiques de chimiothérapie, de chirurgie du cancer, de radiothérapie et pour la pratique du traitement du cancer des enfants et des adolescents.

Circulaire DGS/OB n°381 du 2 mars 1990 relative à la formation continue des infirmières participant aux chimiothérapies anti cancéreuses.

Circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé.

Circulaire DHOS/CNAMTS/Inca/2007/357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie

Circulaire DHOS/O/INCA/2008/101 du 26 mars 2008 relative à la méthodologie de mesure des seuils de certaines activités de soins de traitement du cancer.

Plan cancer 2003 -2009 et - Plan cancer 2009-2013

## *1) Eléments du diagnostic régional*

Des éléments découlant de l'analyse du PMSI figurent page 61 de l'Annexe 1 - Etat des lieux de l'offre de soins hospitalière en Martinique et d'une enquête effectuée service par service.

### **Prévention et dépistage**

#### **Points forts**

- Existence d'associations de lutte contre le cancer
- Dépistages des cancers du sein, du col de l'utérus et du colon réguliers
- Existence d'une politique régionale de lutte contre le cancer
- Existence d'un registre du cancer adulte
- Information régulière de la population
- Centre de détection précoce des cancers de la prostate (2011)
- Vivier de compétences en Santé Publique et Promotion de la Santé suite aux DUs organisés en 2011 par le Réseau Cancer

#### **Points faibles**

- Recherche clinique embryonnaire
- Résultats de dépistage tardifs

- Cancer de l'endomètre chez les femmes jeunes, du pancréas, de la peau en augmentation
- Information chlordécone
- Peu de formation continue des paramédicaux
- Habitudes alimentaires peu favorables à la lutte contre le cancer

### Prise en charge

#### Points forts

- Création d'un Centre de Coordination en Cancérologie commun à l'ensemble des établissements autorisés de la Martinique
- Pôle de cancérologie bien identifié
- Formation des professionnels en cancérologie organisée via la mise en place d'un guichet unique (le Centre de Formation en Oncologie de la Martinique)
- Toutes les pratiques d'activité de soins contre le cancer existent à la Martinique
- Equipes compétentes et très motivées
- Dispositif d'annonce, RCP mis en place avec début d'informatisation
- Reconnaissance du réseau régional de cancérologie par l'INCA
- Existence d'une tumérothèque
- Recours possible à la radiologie interventionnelle à visée curative
- Recours assuré à la radiothérapie, la curiethérapie et l'irathérapie
- Centre de référence des cancers rares cutanés
- Existence de deux chambres stériles dans le service d'hématologie
- Pôle de prise en charge de la douleur

#### Points faibles

- Pénurie médicales et vieillissement des professionnels
- Environnement matériel en neurochirurgie perfectible
- Délais de diagnostic longs
- Absence de TEP scan (non installé)
- Pas d'IRM dédié
- Absence de traçabilité des radiographies
- Absence de matériel adapté à la neurochirurgie et neuro-radiothérapie
- Information du public relative aux cancers cutanés insuffisante
- Prise en charge tardive des cancers de l'endomètre et du poumon
- Rendre possible la traçabilité de certains examens (radiologie, scanner, TDM...)
- Peu de lits de post chirurgie et peu de moyens
- Lits stériles saturés
- Absence de prise en charge en première intention des cancers pédiatriques et hématologiques
- Absence de structuration des filières de prise en charge des enfants et adolescents
- Pas de cancer professionnel diagnostiqué

## 2) Objectifs régionaux

### Objectifs

#### Objectif CAN1 Prévention

- Prévenir les cancers d'origine infectieuse et dus à l'environnement,

#### Objectif CAN2 Formation

- Continuer à développer l'information et la formation des professionnels de santé médicaux et para médicaux,

## Objectifs

### Objectif CAN3 Information

- Informer le grand public sur les cancers (prévention, détection précoce, prise en charge, vivre pendant et après un cancer)
- Mettre en place un observatoire sociétal des cancers,
- Mettre en place un registre du cancer de l'enfant et de l'adolescent,

### Objectif CAN4 Recherche

- Mettre en place un centre d'investigation et de recherche clinique,

### Objectif CAN5 Informatisation

- Développer l'informatisation et la télémédecine

### Objectif CAN6 Prise en charge

- Réduire les délais de diagnostic et de prise en charge,
- Améliorer le fonctionnement des RCP,
- Réduire les délais des diagnostics pour les examens d'anatomo-pathologie,
- Favoriser la structuration de la prise en charge de la douleur,
- Favoriser le recrutement de spécialistes en cancérologie,
- Regrouper chaque segment d'activités lourdes de prise en charge des cancers du secteur public sur un seul site dans un souci d'efficacité et de potentialisation de la qualité,
- Créer un centre de référence inter îles en hématologie pour les autogreffes (myélomes, lymphomes en rechute ...) et la cancérologie digestive,
- Soutenir la radiothérapie (sécurité, qualité, équipements, personnels)
- Favoriser un environnement matériel et technique de qualité,
- Continuer à rechercher la qualité et la sécurité des soins en s'appuyant sur les recommandations existantes et par une meilleure collaboration inter structures,
- Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et coordonné,

### Objectif CAN7 Coordination

- Améliorer la collaboration dans les DOM
- Améliorer la coopération avec l'assurance maladie dans le cadre des cancers professionnels
- Favoriser la prise en charge des tumeurs pour l'ensemble de la région des caraïbes (Sainte-Lucie,...) en devenant centre de référence.

## 3) Plan d'actions

### Prévention

1. Favoriser le dépistage précoce de certains cancers (endomètre, poumon, cutané surtout)
2. Favoriser l'homogénéisation des PPS, des dispositifs d'annonce dans le secteur public et dans le privé,

### Formation

3. Poursuivre la formation des professionnels de santé et inscrire la formation continue obligatoire des infirmières dans leur cursus, développer les formations intégrant la dimension sociale et éthique
4. Favoriser par un soutien spécifique la spécialité d'oncologue médical, de radiothérapeute, d'anatomopathologiste, notamment en facilitant leur recrutement et par la création de postes de chefs de clinique et d'assistants spécialistes.
5. Prévoir la formation continue des professionnels de santé (RCP informatisées ...) dans le cadre d'un Guichet Unique.
6. Conjuguer les expériences et les faire connaître (annuaires, publications....)

### Information

7. Poursuivre l'information du grand public en impliquant les médecins traitants et en soutenant des événements régionaux autour du cancer
8. Accompagner le réseau régional de cancérologie dans la mise en place d'un programme de communication afin de permettre une meilleure connaissance des activités de cancérologie dans la région.

### Recherche

9. Soutenir la recherche, les études épidémiologiques et cliniques de certains cancers,

### Informatisation

10. Etendre l'informatisation sécurisée des RCP et favoriser la création de salles de réunion adaptées

### Prise en charge

11. Structurer la cancérologie gérontologique et pédiatrique en filière de soins,
12. Favoriser les places d'internes en spécialité dans les services référents
13. Réduire les délais de prise en charge : restructurer le laboratoire d'anatomopathologie public ; autoriser le laboratoire privé d'anatomopathologie à pratiquer l'histochimie ; mettre en place : un dossier commun informatisé et sécurisé, des plages dédiées en radiologie, l'ouverture de plages horaires dédiées des blocs opératoires, la création de filières d'urgence, l'évaluation des professionnels,
14. Développer la chimiothérapie ambulatoire,
15. Réduire les flux migratoires vers la métropole : élargir la prescription de tests génétiques, renforcer la sécurité des soins (moyens matériels : dynamap, scope, saturomètre...de locaux : chambres stériles et de moyens humains de jour et de nuit), favoriser l'allogreffe,
16. favoriser l'implantation d'une tomothérapie au CHU de Fort de France.

### Coordination

17. Mettre en place une procédure d'évaluation de satisfaction du patient,
18. Définir, en concertation avec l'INCa, les objectifs stratégiques et opérationnels du Réseau Régional de Cancérologie en assurant les moyens,
19. Impliquer les spécialistes d'organes dans le dispositif d'annonce,
20. Favoriser la coopération inter-établissements publics et privés et avec les professionnels libéraux,
21. Encourager le développement d'outils méthodologiques autour du travail en réseau et du management des actions.

#### 4) Schéma cible de l'organisation régionale

Les implantations autorisées en matière d'activités de soins en matière de traitement du cancer à l'article R.6122-55 alinéa 18 et à l'article R. 6123-87 du CSP sont les suivantes :

##### a) Chirurgie du cancer

L'Objectif de Répartition de l'Offre de Soins (OROS) prévoit les implantations suivantes en chirurgie du cancer :

- Chirurgie carcinologique digestive : 3 implantations dont :
  - CHU de Fort de France (Site de l'Hôpital Pierre ZOBDA-QUITMAN)
  - Clinique Saint Paul
  - Clinique Sainte Marie
- Chirurgie carcinologique mammaire : 2 implantations, dont :
  - CHU de Fort de France (Site de la Maison Femme-Mère-Enfant)
  - Clinique Saint Paul
- Chirurgie carcinologique en urologie : 2 implantations, dont :
  - CH du Lamentin (Site de Mangot-Vulcin)
  - Clinique Sainte Marie
- Chirurgie carcinologique gynécologique : 1 implantation :
  - CHU de Fort de France (Site de la Maison Femme-Mère-Enfant)
- Chirurgie carcinologique thoracique : 1 implantation :
  - CHU de Fort de France (Site de l'Hôpital Pierre ZOBDA-QUITMAN)
- Chirurgie carcinologique orl et maxillo-faciale : 1 implantation
- CHU de Fort de France (Site de l'Hôpital Pierre ZOBDA-QUITMAN)

##### b) Radiothérapie externe et curiethérapie

L'Objectif de Répartition de l'Offre de Soins (OROS) prévoit 1 implantation en radiothérapie externe et curiethérapie :

- CHU de Fort de France (Site de l'Hôpital CLARAC)

##### c) Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées

L'Objectif de Répartition de l'Offre de Soins (OROS) prévoit 1 implantation pour l'utilisation de radioéléments en sources non scellées :

- CHU de Fort de France (Site de l'Hôpital CLARAC)

##### d) Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer

L'Objectif de Répartition de l'Offre de Soins (OROS) prévoit 1 implantation en chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer :

- CHU de Fort de France (Site de l'Hôpital CLARAC)

#### 5) Création ou suppression d'implantations

##### Création :

- 2 implantations en chirurgie carcinologique digestive

**Suppression :** Pas de suppression d'implantation n'est à prévoir.

#### 6) Points d'articulation avec la prévention et le secteur médico-social

1. Développer les actions de prévention des conduites à risques (tabagisme, nutrition, hépatite) et environnementaux,
2. Améliorer le dépistage des populations en situation de précarité,
3. Développer l'onco-gériatrie, l'onco-pédiatrie, l'hématologie,
4. Décliner au niveau régional la politique d'accompagnement social pendant et après le cancer

#### 7) Indicateurs de suivi du SROS

	Indicateur	Source	Périodicité
<b>CAN1</b>	Nombre de dépistages et de traitements effectués chaque année	AMREC/CGSS/PMSI	Annuelle
<b>CAN2</b>	Evolution des délais entre le dépistage et la prise en charge	Réseau	Annuelle
<b>CAN3</b>	Nombre de conventions de coopération signées avec les établissements et services médico-sociaux (établissements d'hébergement, SSIAD)	Réseau	Annuelle

# EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GENETIQUES A DES FINS MEDICALES

## Références

Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale :

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021683301&categorieLien=id>

Article R.1131.1 et s du CSP

Article R.6122-25 du CSP alinéa 19

Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales :

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018606712>

Arrêté du 27 novembre 2008 fixant la liste des équipements des laboratoires d'analyses de biologie médicale nécessaires à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019872482>

Cette activité a pour objet :

1. de poser le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne
2. de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés
3. d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques

## *1) Eléments du diagnostic régional*

### **Prévention et dépistage**

#### **Points forts**

- Existence d'un laboratoire autorisé et d'un biologiste agréé

#### **Points faibles**

- Recours à ces techniques encore accessible en dépistage de « routine » pour la drépanocytose

### **Prise en charge**

#### **Points forts**

- Professionnel de santé compétent et motivé
- Synergie entre ces activités et l'activité d'AMP

#### **Points faibles**

- Méconnaissance des professionnels de santé des possibilités offertes à la Martinique
- Taux de fuite important pour ces examens
- Potentiel de masse critique d'activité limite pour le seul territoire de la Martinique
- Activités non équilibrées financièrement
- Pas de recours à la génétique moléculaire actuellement
- Absence de coopération public/privé

## 2) Objectifs régionaux

### Objectifs

#### Objectif GEN1 Améliorer l'accès aux soins :

- Renforcer les consultations de génétique ;
- Développer les centres de prélèvement en vue du ramassage et du transport pour une offre de proximité en génétique moléculaire ;
- Faire une étude de faisabilité pour l'accès à la génétique moléculaire dans les DFA (problème de masse critique de patients).

#### Objectif GEN2 Améliorer l'efficacité et la qualité

- Veiller à l'inscription de(s) laboratoire(s) dans les démarches d'évaluation des pratiques et/ou de certification ;
- Lancer une réflexion inter DFA pour assurer un accès à la population et une masse critique d'exams suffisante ;
- Assurer la permanence du service en associant le service public hospitalier et le service privé déjà existant.

### 3) Plan d'actions

- Elaborer un plan de valorisation de l'ensemble des techniques relatives de cytogénétique et de génétique moléculaire.

### 4) Schéma cible de l'organisation régionale

L'Objectif de Répartition de l'Offre de Soins (OROS) prévoit les implantations autorisées en matière de soins de techniques relatives à la cytogénétique et la génétique moléculaire prévues à l'article R.6122-25 alinéa 19 du CSP suivantes :

	Génétique moléculaire			
	Cytogénétique	Analyse de premier niveau en hématologie	Pharmaco génétique	Analyses très spécialisées
Nombre de sites	1	0	0	0
Besoins	1 à 2 *	0 à 1	0	0

\* Sous réserve d'une coopération public/privé et inter DFA en vue d'augmenter le recrutement des patients et atteindre un niveau d'activité suffisant permettant un bon niveau d'expertise.

### 5) Création ou suppression d'implantations

**Création :** Une implantation (sous les réserves formulées précédemment) est à prévoir au CHU de la Martinique.

**Suppression :** Il n'y a pas de suppression envisagée.

### 6) Points d'articulation avec la prévention et le secteur médico-social

1. Antennes avancées de consultation de génétique dans les centres d'action médico-sociale précoce.

### 7) Indicateurs de suivi

	Indicateur	Source	Périodicité
<b>GEN1</b>	Nombre de patients ayant fait l'objet d'un examen au(x) laboratoire(s) de la Martinique	Laboratoires	Annuelle
<b>GEN2</b>	Nombre de patients de Guadeloupe ayant fait l'objet d'un examen au(x) laboratoire(s) de la Martinique	Laboratoires	Annuelle
<b>GEN3</b>	Nombre de patients de Guyane ayant fait l'objet d'un examen au(x) laboratoire(s) de la Martinique	Laboratoires	Annuelle
<b>GEN4</b>	Nombre de prélèvements ayant fait l'objet d'analyses en métropole		Annuelle

# IMAGERIE MEDICALE ET EQUIPEMENTS LOURDS

## Références

Circulaire N°DHOS/SDO/O4/2002/250 du 24 avril 2002 relative aux recommandations pour le développement d'imagerie en coupe par scanner et IRM : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2002/02-19/a0191976.htm>

Circulaire N°DHOS/SDO/O4/2002/242 du 22 avril 2002 relative aux modalités d'implantation des tomographes à émission de positons (TEP) et des caméras à scintillation munies d'un détecteur d'émission à positons (TEDC)

## 1) Eléments du diagnostic régional

Des éléments découlant de l'analyse du PMSI figurent à la page 68 de l'Annexe 1 - Etat des lieux de l'offre de soins hospitalière en Martinique.

### Prévention et dépistage

#### Points faibles

- Inexistence de campagnes d'information sur le bon usage des examens d'imagerie

### Prise en charge

#### Points forts

- Présence forte de radiologues dans le secteur libéral
- Partage de plage horaire privé/public pour les appareils du public

#### Points faibles

- Profession de radiologue sinistrée dans les hôpitaux publics
- Insuffisance du parc d'IRM
- Mutualisation des ressources humaines notamment pour assurer la permanence des soins et étendre les plages horaires
- Délais d'obtention de RDV IRM et scanographe longs
- Réalisation d'IRM chez les enfants sous anesthésie
- Tep scan pas installé

## 2) Objectifs régionaux

### Objectifs

Objectif IM1	Développer et diversifier le parc d'IRM
Objectif IM2	Agir pour diminuer les délais d'attente de RDV
Objectif IM3	Améliorer l'accès à l'imagerie non programmée, en lien avec la PDSE et le réseau des urgences
Objectif IM4	Améliorer la productivité des machines par une meilleure mutualisation des ressources humaines (coopération des équipes et télé médecine)
Objectif IM5	Mettre en place un observatoire de suivi et d'évaluation des délais de RDV.

## 3) Plan d'actions

- Elaboration d'un plan de valorisation de l'imagerie médicale,

#### 4) Schéma cible de l'organisation régionale

L'Objectif de Répartition de l'Offre de Soins (OROS) prévoit les implantations autorisées en d'équipements matériels lourds prévues à l'article R.6122-26 du CSP suivantes :

##### a) Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons

- CHU de Martinique (site de Fort de France) :
  - 2 caméras à scintillation
  - 1 caméra à détecteur de positrons en coïncidence

##### b) Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique

- CHU de Martinique :
  - Site de Fort de France :
    - 2 IRM 1,5 Tesla dont 1 adapté obèse, et 1 dédié cancérologie
    - 1 IRM 3 Tesla
  - Site du Lamentin :
    - 1 IRM 1.5 Tesla
    - 1 IRM 1.5 Tesla dédié ostéo-articulaire
  - Site de Trinité : 1 IRM 1.5 Tesla
- Centre IRMA2 :
  - 1 IRM 1.5 Tesla

##### c) Scanographe à utilisation médicale

- CHU de Martinique :
  - Site de Fort de France :
    - 2 scanographes
    - 1 scanographe (dédié radiothérapie)
  - Site du Lamentin : 1 scanographe
  - Site de Trinité : 1 scanographe
- Clinique Sainte Marie : 1 scanographe
- Clinique Saint Paul : 1 scanographe
- Imagerie Nouvelle Antillaise : 1 scanographe

##### d) Caisson hyperbare

- CHU de Martinique :
  - Site de Fort de France : 1 caisson

##### e) Cyclotron à utilisation médicale

- CHU de Martinique :
  - Site de Fort de France : 1 cyclotron

#### 5) Création ou suppression d'implantations

##### Créations :

- Pas de création de Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons, de Caisson hyperbare et de Cyclotron à utilisation médicale.

- Créations d'appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique :
  - CHU de Martinique :
    - Site de Fort de France :
      - 1 IRM 1,5 Tesla
      - 1 IRM dédié à la cancérologie
      - 1 IRM 3 Tesla ;
    - Site du Lamentin :
      - 1 IRM 1.5 Tesla
      - 1 IRM 1.5 Tesla dédié ostéo-articulaire
- Création d'un scanographe à la Clinique Sainte Marie.

**Suppression** : Il n'y a pas de suppression envisagée.

#### 6) Points d'articulation avec la prévention et le secteur médico-social

1. Prendre en compte les besoins spécifiques en examens d'imagerie des populations des structures médico-sociales (personnes âgées, personnes handicapées), nécessitant une adaptation des conditions d'accès
2. Elargir la diffusion du guide de bon usage des examens d'imagerie à tous les acteurs de santé ainsi qu'auprès du grand public

#### 7) Indicateurs de suivi du SROS

	Indicateur	Source	Périodicité
<b>IM1</b>	Délais de RDV au scanner hors urgences	Etablissements	Annuelle
<b>IM2</b>	Délais de RDV à l'IRM hors urgences	Etablissements	Annuelle

# SOINS PALLIATIFS

## Références

Articles L6321-1 du code de la santé publique ;

Circulaire DHOS/ 02/DGS/SD 5 D n°2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement ;

Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2001 relatif au financement des réseaux.

Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité, d'organisation et de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux

Circulaire DHOS/02/03/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs et son annexe.

Programme national de développement des soins palliatifs – mesure 4 : organiser la prise en charge des soins palliatifs pédiatriques.

Instruction n° DGOS/R4/DGS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

## *1/ Eléments du diagnostic régional*

Des éléments découlant de l'analyse du PMSI figurent à la page 72 de l'Annexe 1 - Etat des lieux de l'offre de soins hospitalière en Martinique.

Les soins palliatifs en Martinique sont pris en charge :

- Au niveau du CHU de Fort de France :
  - Au sein d'une unité de soins palliatifs cancérologiques de 9 lits située à Clarac ;
  - Par une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) au CHU de Fort de France rattachée au pôle de cancérologie;
  - Dans des lits dédiés : 4 en gériatrie à PZQ et 8 au centre Emma Ventura (CEV).
- Au niveau du CH du Lamentin :
  - Dans des lits dédiés : 2 dans les services de médecine ;
  - Par une équipe mobile de soins palliatifs.
- Au niveau des hôpitaux périphériques :
  - Dans des lits dédiés à l'hôpital du Saint Esprit : 4 lits en médecine et 1 en SSR ;
  - Par une équipe mobile de liaison inter-hospitalière : EMIL
- Au domicile :
  - Dans le cadre d'hospitalisation à domicile : HAD Martinique les 3S ;
  - Par l'équipe mobile de soins palliatifs du réseau Wouspel ;
  - Par une association de bénévoles : Ultime Acte d'Amour (U2A).

## **Prévention et dépistage**

### **Points forts**

- Formation
- DU soins palliatifs
- Organisation de la prévention et de l'éducation de la santé des patients par les paramédicaux

## Prise en charge

### Points forts

- Développement du professionnalisme des paramédicaux
- Management par la qualité
- Optimisation du circuit patient
- Amélioration de l'organisation des soins et des conditions de travail
- Coordination régionale
- Surveillance et traçabilité des vigilances
- Equipe motivée
- Existence du réseau Wousspel, unité mobile et lits dédiés

### Points faibles

- Manque de coordination entre les différents acteurs
- Vieillesse de l'équipe médicale
- Prise en charge sur le territoire du centre essentiellement
- Distribution des lits sur 2 niveaux
- Pas de lits dédiés enfants et adolescents
- Nombre de lits dédiés insuffisants
- Pas d'équipe mobile à Mangot-Vulcin et à Trinité

## 2/ Objectifs régionaux

### Objectifs

<b>Objectif SP1</b>	<b>Assurer la prise en charge de l'ensemble des patients nécessitant des soins palliatifs</b>
<b>Objectif SP2</b>	<b>Etendre la prise en charge au niveau régional, notamment en ouvrant l'unité de soins palliatifs de Clarac aux malades non cancéreux en créant deux lits supplémentaires.</b>
<b>Objectif SP3</b>	<b>Consolider la prise en charge des patients par la volonté à court et moyens terme de :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Renforcer les équipes existantes ;</li><li>○ Créer des formations.</li></ul>

## 3/ Plan d'action

1. Poursuivre le programme national de prise en charge des soins palliatifs.
2. Assurer une formation continue des équipes médicales et paramédicales.

## 4/ Schéma cible de l'organisation régionale

L'Objectif de Répartition de l'Offre de Soins (OROS) prévoit :

- Une implantation d'unité de soins palliatifs pour adultes ;
- Des lits dédiés aux soins palliatifs à destination des enfants et adolescents (une implantation à vocation régionale) ;
- Des lits dédiés aux soins palliatifs pour adultes répartis sur l'ensemble des territoires de proximité.

## 5/ Création ou suppression d'implantations

### Créations :

- Créer des lits dédiés dans le service de pédiatrie.
- Créer deux lits supplémentaires dans l'unité de soins palliatifs de Clarac.
- Créer des lits dédiés supplémentaires au Lamentin et dans les établissements de proximité, soit deux par établissement.
- Créer une équipe mobile du CHU de Martinique.

**Suppression :** Il n'y a pas de suppression envisagée.

## 6/ Points d'articulation avec la prévention et le secteur médico-social

1. Favoriser la coordination et la communication entre l'unité, l'équipe mobile, les EHPAD, les professionnels libéraux.
2. Formation de paramédicaux dans les EHPAD.
3. Conventions EHPAD/Réseaux de soins palliatifs.

## 7) Indicateurs de suivi du SROS

	Indicateur	Source	Périodicité
SP1	Nombre de prises en charge en soins palliatifs de patients (cancérologie / hors cancérologie)	PMSI	Annuelle
SP2	Nombre de prises en charge en soins palliatifs enfants/adolescents	PMSI	Annuelle
SP3	DMS des prises en charge en soins palliatifs en hospitalisation (unité / lits dédiés)	PMSI / Etablissements	Annuelle
SP4	Nombre de prises en charge en soins palliatifs à domicile	PMSI	Annuelle

## SOINS AUX DETENUS

### Références

Code de la santé publique 2° alinéa de l'article L. 1431-2 et 5° alinéa de l'article L. 1434-9 du code de la santé publique, dans leur rédaction résultant de l'article 118 de la loi HPST.

Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (articles 45 à 56) et notamment les articles 55 et 56 qui insèrent des modifications et ajouts dans la rédaction des articles dans le code de la santé publique.

Loi 2011-à3 du 5 juillet 2011 relative aux droits et protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.

Loi d'orientation du 9 septembre 2002 qui prévoit la création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) destinées à prendre en charge les hospitalisations psychiatriques des personnes détenues.

Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

Décret 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques.

Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Décret n°2010-1634 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le code de procédure pénale.

Arrêté interministériel du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées.

Circulaire N°DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Circulaire du 08 décembre 2008 N°DHOS/F2/F3/DSS/1A/ 2008/356, relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé.

Circulaire du 08 décembre 2008 N°DHOS/F2/F3/DSS/1A/2008/356 relative à la mise en œuvre des projets spécifiques pour les auteurs d'infractions sexuelles.

Le centre pénitentiaire de DUCOS regroupe maison d'arrêt et centre de détention ; c'est le seul établissement pénitentiaire de la Martinique.

### *1) Eléments du diagnostic régional*

Des éléments découlant de l'analyse du PMSI figurent à la page 74 de l'Annexe 1 - Etat des lieux de l'offre de soins hospitalière en Martinique.

### **Prévention et dépistage**

#### **Points forts**

- Politique de prévention et de dépistage réalisée en milieu carcéral

#### **Points faibles**

- Absence de moyens financiers

### **Prise en charge**

#### **Points forts**

- Existence d'un SMPR et d'une UCSA
- Relation fluide avec le CHU de Fort de France
- Equipe compétente et motivée
- Possibilité d'hospitalisation au CHU

## Points faibles

- Moyens humains insuffisants
- Surpopulation carcérale (deuxième plus élevée de France)
- Locaux inadaptés (surface insuffisante et éloignement géographique de l'UCSA et du SMPR)
- Organisation de la pharmacie non conforme (absence de pharmacien et de préparateur)
- Coordination entre l'UCSA et le SMPR insuffisante
- Projets médicaux non actualisés
- Dysfonctionnement du circuit administratif permettant aux personnes de bénéficier d'un accès aux soins

## 2) Objectifs régionaux

### Objectifs

<b>Objectif D1</b>	<b>Réaménager les locaux avec regroupement de l'UCSA et du SMPR.</b>
<b>Objectif D2</b>	<b>Améliorer la prise en charge des populations spécifiques (femmes, mineurs...).</b>
<b>Objectif D3</b>	<b>Poursuivre l'offre de soins graduée en psychiatrie en développant des prises en charge de groupes par le SMPR (agression sexuelle, troubles graves de la personnalité, risques suicidaires...).</b>
<b>Objectif D4</b>	<b>Poursuivre le chantier des alternatives thérapeutiques au niveau du SMPR (individuel ou en groupe).</b>
<b>Objectif D5</b>	<b>Mettre en place la réadaptation et le suivi des psychotiques.</b>
<b>Objectif D6</b>	<b>Améliorer, en partenariat avec le centre 15 et les professionnels du premier recours, l'accès aux soins dans les situations d'urgence, et notamment la nuit et le week-end.</b>
<b>Objectif D7</b>	<b>Assurer le retour vers l'UCSA et le SMPR des résultats des examens pratiqués sur les populations prises en charge.</b>
<b>Objectif D8</b>	<b>Organiser la continuité des soins des personnes sortant de prison pour éviter les ruptures de prise en charge.</b>
<b>Objectif D9</b>	<b>Mettre en œuvre un projet spécifique pour les auteurs d'infractions sexuelles, conformément à la circulaire du 08 décembre 2008.</b>
<b>Objectif D10</b>	<b>Favoriser le développement de la télémédecine et de la téléconsultation.</b>
<b>Objectif D11</b>	<b>Assurer la formation du personnel.</b>
<b>Objectif D12</b>	<b>Assurer la sécurité du personnel.</b>

## 3) Plan d'actions

1. Elaborer un plan en vue d'assurer la qualité des soins en milieu carcéral et à la sortie.
2. Renforcer les moyens humains au niveau de l'UCSA.
3. Renforcer les moyens techniques en téléphonie et informatique.
4. Mettre en œuvre le programme relatif à la prévention du suicide.
5. Mettre en place un protocole pharmacie.
6. Etablir un suivi de l'utilisation des financements alloués.
7. Poursuivre la formation du programme de récidive thérapeutique pour les agresseurs sexuels.
8. Mettre en place une politique de réduction des risques :

- Décliner le VAGUSAN (veille, alerte, gestion des urgences sanitaires) au sein de l'établissement pénitentiaire ;
  - Appliquer et suivre les plans (pandémie, canicule...) ;
  - Faire remonter les évènements graves.
9. Améliorer l'hygiène des personnes et des locaux.
  10. Définir des objectifs pluri annuels de prise en charge et de suivi.
  11. Organiser au moins une fois par an une réunion avec l'ensemble des acteurs et l'ARS.
  12. Organiser l'ouverture du local CRAVS.

#### 4) Schéma cible de l'organisation régionale

Une UCSA et un SMPR localisés sur le même niveau et gérés par la même entité juridique.

#### 5) Création ou suppression d'implantations

Sans objet

#### 6) Points d'articulation avec la prévention et le secteur médico-social

1. Améliorer la prise en charge des addictions.
2. Améliorer la prévention du suicide en détention.
3. Rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues.
4. Coordonner l'offre sociale au centre pénitentiaire.

#### 7) Indicateurs de suivi du SROS

	Indicateur	Source	Périodicité
<b>D1</b>	Nombre d'immatriculation à la sécurité sociale tous les trois mois	UCSA/SMPR	Annuelle
<b>D2</b>	Nombre de dépistage concernant les maladies infectieuses et cancérologiques effectués	UCSA/SMPR	Annuelle
<b>D3</b>	Nombre de signalement de tentative de suicide par an	UCSA/SMPR	Annuelle
<b>D4</b>	Nombre de personnes suivies au CMP en post pénal	UCSA/SMPR	Annuelle

## LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

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

En application de l'article L.1434-9 du code de la santé publique (CSP), le SROS-PRS définit les besoins à couvrir en termes de missions de service public, par territoire de santé. Cette définition se traduit par un diagnostic de l'offre et du besoin non couvert par territoire de santé. La finesse de l'analyse de la couverture des besoins sera graduée en fonction des missions. En effet, certaines ont vocation à être assumées par tous les établissements de santé, d'autres sont liées à des autorisations d'activités de soins et enfin certaines seront le fait de seulement quelques établissements.

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

### 1) Inventaire des missions et évaluation du besoin non couvert

Les établissements de santé, ou toute personne ou structure définies à l'article L.6112-2 (CSP), peuvent exercer, en tout ou partie, certaines missions de service public qui font l'objet d'une reconnaissance dans le cadre des CPOM. L'inventaire des missions actuellement assurées en Martinique est le suivant :

#### a) Certaines missions ont vocation à être exercées par tous les établissements de santé, en tout ou partie

##### 1° La recherche

La mission de recherche consiste, dans le respect notamment des dispositions des articles L.1121-1 et suivants du code de la santé publique, pour un établissement de santé en la réalisation, d'un ou plusieurs programmes de recherche ayant pour but de faire avancer le progrès médical dans ses deux composantes :

- l'amélioration de la qualité du soin et du diagnostic ;
- l'amélioration du coût de la prise en charge des patients.

La définition des besoins de recherche ne se fait pas au niveau régional mais national, voire européen et international. Au niveau national, la définition des orientations est réalisée notamment dans le cadre des axes prioritaires définis au sein des appels à projet de la DGOS à destination des établissements de santé. Ces axes permettent, dans le cadre d'une sélection stricte, de retenir et de financer des projets de recherche clinique en cohérence avec les thématiques prioritaires du Ministère de la Santé et en particulier les plans de santé publique.

Le SROS-PRS n'est pas le vecteur pertinent du développement de la recherche en France et le DGARS ne saurait être identifié en tant que seul responsable de son attribution. La mission de recherche n'a pas vocation à être déléguée à tout établissement « dans son ensemble », mais s'articule autour du CHU.

Le CHU de Martinique devra porter une attention particulière à cette mission afin de :

- Valoriser les programmes de recherches en cours ou à venir,
- Organiser les moyens dédiés à la recherche afin de dynamiser ce secteur actuellement mal reconnu.

##### 2° L'enseignement universitaire et post universitaire

La mission d'enseignement universitaire et post-universitaire consiste en la contribution à l'offre de stages ou de « postes qualifiants » dans le cadre de la formation de deuxième ou de troisième cycle des professions médicales et des pharmaciens.

Des travaux doivent être menés afin de permettre d'identifier les besoins de formation, analysés par spécialités, le volume d'offre de stage dans les disciplines médicales et pharmaceutiques non couverts par l'offre de stage actuelle des établissements.

Conformément aux dispositions du décret du 25 juin 2010 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, tous les établissements de santé de la région ainsi que les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et Maisons Médicales de Garde peuvent être agréés pour accueillir des internes de médecine (cf. PSOM, ce sujet sera discuté dans la future convention UAG/CHU de Martinique).

### **3° Le développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers**

La mission de développement professionnel continu pour les personnels médicaux consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue, dans le cadre de la mise en œuvre du développement professionnel continu, à destination de praticiens hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé, ainsi que de médecins d'exercice libéral en ville.

L'offre en DPC est égale aux programmes de DPC qui sont définis au regard des axes prioritaires inscrits par arrêté, et potentiellement, au regard des orientations régionales particulières en lien avec le PRS.

Dans la mesure où tous les établissements de santé ont l'obligation de mettre en place le DPC, le besoin peut être considéré comme potentiellement couvert « en volume ».

### **4° La formation initiale et le DPC des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences**

La mission de développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue, à destination de professionnels hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé.

L'offre en DPC est égale aux programmes de DPC qui sont définis au regard des axes prioritaires inscrits par arrêté, et potentiellement, au regard des orientations régionales particulières en lien avec le PRS.

Dans la mesure où tous les établissements de santé ont l'obligation de mettre en place le DPC, le besoin peut être considéré comme potentiellement couvert « en volume ». Une étude complémentaire du besoin régional devra être menée afin d'identifier les éventuels besoins non pourvus. Une révision du SROS-PRS pourra être envisagée au vu des résultats obtenus.

### **5° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination**

Cette mission fait partie de celles qui ont vocation à être assumées par l'ensemble des établissements de santé en articulation avec les priorités du Schéma Régional de Prévention.

### **6° Les actions de santé publique**

Les actions de santé publique contribuent à l'atteinte des objectifs prescrits par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Cette mission fait partie de celles qui ont vocation à être assumées par l'ensemble des établissements de santé.

#### **b) Certaines missions sont liées à des autorisations d'activités de soins**

##### **1° L'aide médicale urgente**

La mission d'aide médicale urgente est exercée dans le respect de l'article L.6311-2 et des articles R.6311- et suivants.

Le cadre de cette mission de service public a été précédemment définie dans le volet « Médecine d'Urgence » du présent SROS. Seul le CHU de Fort de France dispose d'un Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU).

##### **2° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement**

La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement est exercée dans le respect des dispositions des articles L.3212-1 et suivants et L.3213-1 et suivants.

L'Établissement Public de Santé Mentale de Martinique (EPDSM) est le seul établissement :

- habilité à accueillir des patients en soins sans consentement
- en capacité d'organiser l'hospitalisation de ces personnes, quelles que soit leurs pathologies, y compris en urgence.

### **c) Certaines missions ont vocation à être exercées seulement par certains établissements**

#### **1° La permanence des soins en établissements de santé (PDES)**

La mission de permanence des soins consiste, dans le cadre de l'exercice d'une activité de soins ou d'un équipement lourd autorisé(e) au titre de l'article R.6122-25, excepté celle de médecine d'urgence, en l'accueil ou la prise en charge de nouveaux patients la nuit, les samedis après-midi, dimanche et jours fériés. La PDES englobe l'ensemble des spécialités nécessaires à l'exercice des activités autorisées (biologie, radiologie, pharmacie).

Cette mission peut, s'il y a lieu, être attribuée pour une ou plusieurs disciplines médicales ou chirurgicales. Le ressort géographique de la mission est la région ou le territoire de santé en fonction des activités de soins.

Le recensement du besoin doit se faire par implantation, discipline et ligne de garde.

A partir de l'état des lieux qui sera réalisé par le biais de l'enquête exhaustive, l'attribution de la mission de service public de PDES sera conditionnée par le volume d'activité réalisé dans le cadre des plages horaires de la PDES (nouveaux patients, etc.), sauf dans la situation où l'attribution de la mission a pour objectif de garantir la PDES dans des zones rurales et/ou enclavées.

Les établissements disposant d'une autorisation de médecine d'urgence devront contractualiser avec les établissements attributaires de la mission de service public de PDES pour les spécialités médicales et chirurgicales entrant dans le dispositif. Ce n'est pas l'établissement qui a le service d'urgence et qui oriente vers un autre établissement avec spécialités médicales qui obtiendra la MIG : c'est celui qui met en place la PDES (hors urgence).

#### **2° La prise en charge des soins palliatifs**

La mission de prise en charge des soins palliatifs consiste pour un établissement de santé à disposer d'une ou plusieurs unités identifiées (équipe mobile ou unités de soins palliatifs) ainsi que des personnels en capacité de dispenser des formations relatives aux soins palliatifs à destination de professionnels de santé exerçant dans d'autres établissements de santé.

Ce périmètre n'englobe pas :

- Les réseaux de maintien à domicile, qui sont chargés de coordonner l'action des soignants et des équipes mobiles prenant en charge un patient atteint d'une maladie grave et potentiellement mortelle ;
- Les unités d'hospitalisation à domicile ou les lits identifiés pour la pratique des soins palliatifs au sein d'un service ;
- Les unités de médecine, de chirurgie, de SSR ou de soins de longue durée, qui sans avoir le titre d'unités de soins palliatifs peuvent également assurer cette mission.

#### **3° La lutte contre l'exclusion, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination**

La mission de lutte contre l'exclusion sociale correspond à la prise en charge de patients en situation de précarité dans le cadre de l'une ou l'autre organisation suivante :

1. une permanence d'accès aux soins de santé établie au sein de l'établissement de santé (PASS) ;
2. une équipe mobile assurant le suivi et les soins de personnes en situation d'exclusion dans leur lieu de vie ;

3. l'accueil d'un volume de personnes en situation de précarité ouvrant droit à la perception de la MIG précarité.

#### **4° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret**

La mission de soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier s'exerce dans le respect des dispositions des articles L.6141-5 et suivants.

Dans ce cadre, pour l'établissement pénitentiaire, le DG d'ARS désigne un établissement de santé situé à proximité, chargé de dispenser aux détenus les soins adaptés en matière de soins somatiques comme de soins psychiatriques. Les hospitalisations sont réalisées, conformément à la réglementation, soit dans des établissements de proximité soit dans des unités spécialement affectées à cette mission.

#### **5° Les soins aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (à valider)**

La mission de soins aux personnes retenues dans les centres de rétention est exercée dans le respect des dispositions des articles L.551-1 et suivants du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

#### **6° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio- médico-judiciaires de sûreté**

La mission de soins aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté est exercée dans le respect des dispositions des articles L.706-53-13 et suivants du code de procédure pénale. Il existe actuellement un centre expérimental dont l'évaluation est prévue après 5 ans de fonctionnement. Cette mission de service public ne peut donc pas faire l'objet d'une attribution dans la première version du SROS-PRS.

### *2) Procédure d'attribution*

Le mode de financement des missions et la nature juridique des opérateurs ne doivent pas impacter le choix des établissements attributaires de missions de service public.

#### **➤ La procédure de reconnaissance prioritaire**

Lorsque l'inventaire fait état d'un nombre d'établissements prestataires de la mission de service public couvrant les besoins, l'ARS a la possibilité de reconduire via leur CPOM, les établissements assumant précédemment ces missions. Les établissements listés par l'inventaire et concernés par une reconnaissance prioritaire déposent un dossier à l'ARS pour qu'elle puisse étudier si les missions déjà mises en œuvre le sont correctement. Ce dossier contient un ensemble d'éléments permettant de s'assurer que l'établissement assume la mission selon des critères qualitatifs (formation du personnel, organisation du service, renouvellement des équipements) et éventuellement financiers.

#### **➤ La procédure d'appel à candidatures**

Lorsque les établissements figurant dans l'inventaire ne couvrent pas le besoin sur le plan quantitatif ou qualitatif, l'ARS recherche d'autres opérateurs en mettant en œuvre une procédure garantissant la publicité et la transparence de l'attribution sous la forme d'un appel à candidatures.

Le directeur de l'agence régionale de santé assure une publicité préalable à l'égard des personnes susceptibles d'assurer la mission par une insertion au recueil des actes administratifs de la région et sur le site officiel de l'agence régionale de santé.

La publicité mentionne notamment :

- le délai d'instruction des dossiers ;
- le champ de la mission ;
- les obligations minimales liées à son exercice ;
- s'il y a lieu, l'échéancier de la mise en œuvre de la mission ;
- les informations à fournir par les personnes susceptibles d'assurer la mission ;
- les critères de sélection fondés notamment sur les garanties de respect des obligations citées à l'article L.6112-3 ;

- les modalités de calcul de la compensation financière éventuelle ;
- les modalités de justification et d'évaluation du service rendu et les indicateurs correspondants.

Cette procédure permet d'étudier les garanties offertes par les futurs opérateurs. La décision d'attribution d'une mission de service public prise par le directeur général de l'agence régionale de santé en précise le contenu. La décision est publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région et sur le site officiel de l'agence régionale de santé.

#### ➤ **La procédure de désignation unilatérale**

Cette procédure peut être utilisée par le DGARS, sans procédure de publicité, dans les cas suivants :

- appel à candidature infructueux ;
- refus de contractualiser ;
- résiliation du contrat par l'un ou l'autre des cocontractants ;
- suite à une décision de retrait de l'exercice d'une Mission de Service Public ;
- suspension liée à une interruption de l'exécution d'une mission.

#### ➤ **La contractualisation sur le contenu et les modalités des MSP**

L'établissement de santé qui obtient l'attribution de l'exercice d'une ou de plusieurs missions de service public respecte les obligations prévues par l'article L.6112-3 et lorsqu'il s'agit d'un établissement public, celles prévues au dernier alinéa de l'article L.6112-3-1.

L'attribution de la mission est inscrite dans le CPOM de l'établissement.

### *3) Modalités de financement*

Il n'y a pas d'obligation de contrepartie financière lorsqu'un établissement se voit attribuer une MSP : l'article L. 6112-2 CSP indique seulement que lorsqu'une MSP donne lieu à compensation, le CPOM doit en préciser les modalités de calcul.

La plupart des missions de service public font déjà l'objet de financements préexistants :

- Via des tarifs de prestations (soins palliatifs)
- Via des MIG (PDSH, formation, lutte contre l'exclusion sociale,...)
- Via des dotations annuelles de fonctionnement (hospitalisation sans consentement,...)

Il ne faut donc pas confondre MSP et MIG.

# ACTIVITES DE SOINS RELEVANT DES SIOS

## Chirurgie cardiaque

### Références

Décret n° 2006- 77 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions d'implantation en chirurgie cardiaque :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000453947&dateTexte>

Décret n° 2006-78 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000818517&dateTexte>

Arrêté du 24 janvier 2006 fixant l'activité minimale des établissements exerçant les activités de soins de chirurgie cardiaque prévues à l'article R. 6123-74 du code de la santé publique :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000636623&dateTexte=>

Arrêté du 15 juin 2010 pris en application de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique et relatif à la liste des activités de soins faisant par dérogation l'objet d'un schéma régional d'organisation des soins en Ile-de -France et à La Réunion et Mayotte

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022402768&dateTexte=&categorieLien=id>

Circulaire du 03 juillet 2006 relative à l'activité de soins de chirurgie cardiaque :

<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2006/06-08/a0080017.htm>

### *1) Eléments du diagnostic régional*

Des éléments découlant de l'analyse du PMSI figurent à la page 83 de l'Annexe 1 - Etat des lieux de l'offre de soins hospitalière en Martinique.

### **Prévention et dépistage**

#### **Points forts**

- Existence d'une politique de santé publique
- Mise en place d'une politique associant prévention et prise en charge au sein de l'ARS

#### **Points faibles**

- Information insuffisante du grand public sur les maladies cardiaques

### **Prise en charge**

#### **Points forts**

- Existence sur le même site d'activités interventionnelles en cardiologie
- Prise en compte dans le SIOS
- Structures d'aval existantes
- Proximité du service des urgences SMUR.
- Activité indispensable eu égard à l'éloignement

#### **Points faibles**

- Seuil minimal d'activité non atteint

## 2) Objectifs régionaux

### Objectifs

Objectif CC1	Assurer un accès à la chirurgie cardiaque à la population des DFA même en dessous du seuil minimal d'activité
Objectif CC2	Assurer la pérennité du fonctionnement du service de chirurgie cardiaque en recherchant la qualité et la sécurité des soins
Objectif CC3	Rechercher une gouvernance partagée avec les activités de cardiologie interventionnelle

### 3) Plan d'actions

Amélioration de l'accès à la chirurgie cardiaque à l'échelle de l'inter région, voir des pays de la Caraïbe

### 4) Schéma cible de l'organisation régionale

La seule implantation autorisée en matière d'activités de soins en chirurgie cardiaque prévues à l'article R.6122-25 alinéa 5 du CSP est :

- Centre Hospitalier Universitaire de Fort de France : Hôpital Pierre ZOBDA QUITMAN

Cette autorisation est accordée à titre exceptionnel en dérogeant aux conditions du premier paragraphe de l'article R.6123-74 du CSP relatives au seuil minimal d'activité et ce selon les conditions du dernier paragraphe du même article.

### 5) Création ou suppression d'implantations

**Création** : Aucune création n'est à envisager.

**Suppression** : Il n'y a pas de site à supprimer.

### 6) Points d'articulation avec la prévention et le secteur médico-social

1. Prise en charge des accidents cardiaques en lien avec les structures d'urgence, les cardiologues interventionnels ou non et les structures SSR et/ou médico-sociale
2. Information du public sur la prévention des risques cardiaques

### 7) Indicateurs de suivi du SROS

	Indicateur	Source	Périodicité
CC1	Activité du service	PMSI	Annuelle
CC2	Franchissement du seuil minimal d'activité	PMSI	Annuelle
CC3	Dispersion des taux de recours	PMSI	Annuelle

## Neurochirurgie

### Références

Décret n° 2007-364 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités de soins de neurochirurgie : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000821942&dateTexte=>

Décret n° 2007-365 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins de neurochirurgie : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000466651&dateTexte=>

Arrêté du 19 mars 2007 fixant l'activité minimale des établissements pratiquant les activités de soins de neurochirurgie : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000649290&dateTexte=>

Arrêté du 15 juin 2010 pris en application de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique et relatif à la liste des activités de soins faisant par dérogation l'objet d'un schéma régional d'organisation des soins en Ile-de-France et à La Réunion et Mayotte : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022402768&dateTexte=&categorieLien=id>

Circulaire n°DHOS/O4/2007/390 du 29 octobre 2007 relative aux activités de soins de neurochirurgie : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-11/a0110061.htm>

### 1) *Éléments du diagnostic régional*

Des éléments découlant de l'analyse du PMSI figurent à la page 82 de l'Annexe 1 - Etat des lieux de l'offre de soins hospitalière en Martinique.

### Prévention et dépistage

#### Points forts

- L'existence d'une politique de santé publique
- La mise en place d'une politique associant prévention et prise en charge au sein de l'ARS
- Politique de sécurité routière bien développée
- Politique de lutte contre les addictions

#### Points faibles

- Encore trop d'accidents de la route
- Surveillance des patients hypertendus sous traitement anticoagulant, perfectible
- Prévention insuffisante de la chute chez les personnes âgées

### Prise en charge

#### Points forts

- Existence sur le même site d'activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et de chirurgie du rachis
- Prise en compte dans le SIOS
- Structures d'aval existantes
- Proximité du service des urgences SMUR.
- Travail en réseau avec les acteurs intervenant dans la filière de soins neurochirurgicale
- Prise en charge des patients atteints de tumeur cérébrale

#### Points faibles

- Etat préoccupant des locaux d'hospitalisation;
- Difficulté de trouver des neurochirurgiens et précarité des équipes ;
- Liaison d'aval avec les SSR à améliorer ;
- Filière d'aval insuffisante en quantité et en qualité (absence SSR spécialisé pneumo)
- Equipement d'intervention neurochirurgicale incomplet (cadre stéréotaxique)

## 2) Objectifs régionaux

### Objectifs

**Objectif NC1**      **Consolider le fonctionnement du service de neurochirurgie en recherchant la qualité et la sécurité des soins**

**Objectif NC2**      **Asseoir la légitimité du service de neurochirurgie sur les 3 DFA à travers le SIOS**

**Objectif NC3**      **Rechercher une gouvernance partagée avec les activités de neuroradiologie interventionnelle et les activités de neurologie**

### 3) Plan d'actions

1. Réfection des locaux et mise à niveau de l'équipement d'intervention neurochirurgicale,
2. Recherche de solution pour assurer la stabilité de l'équipe médicale

### 4) Schéma cible de l'organisation régionale

La seule implantation autorisée en matière d'activités de soins en neurochirurgie prévues à l'article R.6122-25 alinéa 17 du CSP est :

- Centre Hospitalier Universitaire de Fort de France : Hôpital Pierre ZOBDA QUITMAN

### 5) Création ou suppression d'implantation

**Création** : Aucune création n'est à envisager.

**Suppression** : Il n'y a pas de site à supprimer.

### 6) Points d'articulation avec la prévention et le secteur médico-social

1. Information sur la prévention des risques de traumatismes crâniens à l'occasion des accidents de la route (polytraumatisés) et chez les enfants (accidents domestiques et de la voie publique)
2. Information sur les patients relevant de la neurochirurgie fonctionnelle (maladie de parkinson, épilepsie, AVC, prise en charge de la douleur)
3. Assurer la prise en charge en aval de la neurochirurgie à travers un partenariat avec les structures SSR

### 7) Indicateurs de suivi du SROS :

	Indicateur	Source	Périodicité
NC1	Dispersion des taux de recours	PMSI	Annuelle

## Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie

### Références

Décret n° 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000273267&dateTexte>

Décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000466652&dateTexte>

Arrêté du 19 mars 2007 fixant l'activité minimale des établissements pratiquant les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie prévue à l'article R. 6123-110 du CSP :

<http://textes.droit.org/JORF/2007/03/21/0068/0046/>

Arrêté du 15 mars 2010 fixant les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie prévues à l'article D. 6124-149 du CSP :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022042541>

Arrêté du 15 juin 2010 pris en application de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique et relatif à la liste des activités de soins faisant par dérogation l'objet d'un schéma régional d'organisation des soins en Ile-de-France et à La Réunion et Mayotte :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022402768&dateTexte=&categorieLien=id>

Circulaire n°DHOS/O4/2007/389 du 29 octobre 2007 relative aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-11/a0110060.htm>

### 1) Eléments du diagnostic régional

Des éléments découlant de l'analyse du PMSI figurent à la page 46 de l'Annexe 1 - Etat des lieux de l'offre de soins hospitalière en Martinique.

#### Prévention et dépistage

##### Points forts

- L'existence d'une politique de santé publique
- La mise en place d'une politique associant prévention et prise en charge au sein de l'ARS

##### Points faibles

- Information du grand public sur les AVC pas encore assez suffisante

#### Prise en charge

##### Points forts

- Existence sur le même site d'activités neurochirurgicale, de chirurgie du rachis et de neurologie
- Prise en compte dans le SIOS
- Structures d'aval existantes
- Proximité du service des urgences SMUR.
- Réalisation de gestes relevant de la neuroradiologie interventionnelle chez des patients non transférables

##### Points faibles

- Seuil minimal d'activité non atteint ;
- Encore trop d'AVC sont pris en charge tardivement,
- Difficulté de trouver des neuroradiologues et précarité des équipes ;
- Taux de fuite important

- Dimension inter DFA inexistant.

## 2) Objectifs régionaux

### Objectifs

<b>Objectif NRI1</b>	<b>Assurer un accès à la neuroradiologie interventionnelle à la population des DFA même en dessous du seuil minimal d'activité</b>
<b>Objectif NRI2</b>	<b>Consolider le fonctionnement du service de neuroradiologie interventionnelle en recherchant la qualité et la sécurité des soins</b>
<b>Objectif NRI3</b>	<b>Contribuer à asseoir la légitimité de l'existence de ce service sur les 3 DFA</b>
<b>Objectif NRI4</b>	<b>Rechercher une gouvernance partagée avec les activités de neurochirurgie et les activités de neurologie</b>

## 3) Plan d'actions

1. Promouvoir la neuroradiologie interventionnelle,
2. Rechercher des solutions pour assurer la stabilité de l'équipe médicale

## 4) Schéma cible de l'organisation régionale

La seule implantation autorisée en matière d'activités de soins en activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie prévues à l'article R.6122-25 alinéa 13 du CSP est :

- Centre Hospitalier Universitaire de Fort de France : Hôpital Pierre ZOBDA QUITMAN

Cette autorisation est accordée à titre exceptionnel en dérogeant aux conditions du premier paragraphe de l'article R.6123-110 du CSP relatives au seuil minimal d'activité et ce selon les conditions du dernier paragraphe du même article.

## 5) Création ou suppression d'implantations

**Création** : Aucune création n'est à envisager.

**Suppression** : Il n'y a pas de site à supprimer.

## 6) Points d'articulation avec la prévention et le secteur médico-social

1. Prise en charge des AVC en lien avec les structures d'urgence, les neurologues, les radiologues et les structures SSR et/ou médico-sociale
2. Information du public sur les AVC

## 7) Indicateurs de suivi du SROS

	<b>Indicateur</b>	<b>Source</b>	<b>Périodicité</b>
<b>NRI1</b>	Activité du service	PMSI	Annuelle
<b>NRI2</b>	Franchissement du seuil minimal d'activité	PMSI	Annuelle
<b>NRI3</b>	Dispersion des taux de recours	PMSI	Annuelle

## Traitement des grands brûlés

### Références

Décret no 2007-1237 du 20 août 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de traitement des grands brûlés et modifiant le code de la santé publique

[http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf//jopdf/2007/0822/joe\\_20070822\\_0193\\_0062.pdf](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf//jopdf/2007/0822/joe_20070822_0193_0062.pdf)

Décret n°2007-1240 du 20 août 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de traitement des grands brûlés et modifiant le code de la santé publique

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000795565&dateTexte=>

Arrêté du 15 juin 2010 pris en application de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique et relatif à la liste des activités de soins faisant par dérogation l'objet d'un schéma régional d'organisation des soins en Ile-de-France et à La Réunion et Mayotte

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022402768&dateTexte=&categorieLien=id>

CIRCULAIRE N°DHOS/O4/2007/391 du 29 octobre 2007 relative aux activités de soins de traitement des grands brûlés : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-11/a0110062.htm>

### 1) *Eléments du diagnostic régional*

Des éléments découlant de l'analyse du PMSI figurent à la page 83 de l'Annexe 1 - Etat des lieux de l'offre de soins hospitalière en Martinique.

#### Prévention et dépistage

##### Points forts

- Existence d'une association de brûlologie
- Politique de prévention des accidents domestiques

##### Points faibles

- Survenue de brûlures encore trop fréquentes

#### Prise en charge

##### Points forts

- Equipe compétente en place
- Prise en charge de proximité des brûlés

##### Points faibles

- Transfert impératif des grands brûlés vers les centres métropolitains
- Activité consommatrice de moyens
- Organisation interrégionale déficiente

### 2) *Objectifs régionaux*

#### Objectifs

**Objectif GB1** Améliorer le parcours de soins du brûlé depuis sa prise en charge jusqu'à sa rééducation notamment en formalisant les liens avec les structures SSR et en assurant l'accès des patients brûlés à une prise en charge en urgence avec une filière d'accès directe aux soins

**Objectif GB2** Maintenir un centre de brûlés de « proximité » à la Martinique

**Objectif GB3** Rechercher une articulation inter DFA à travers un SIOS

### 3) Plan d'actions

1. Poursuite de la politique de qualité et de sécurité des soins prodigués aux brûlés,
2. Renforcement des actions de prévention des accidents par brûlure

### 4) Schéma cible de l'organisation régionale

Aucune implantation d'activité de soins en matière de prise en charge des grands brûlés (article R.6122-25 alinéa 9 du CSP), n'est à prévoir à la Martinique

### 5) Création ou suppression d'implantations

Sans objet.

### 6) Points d'articulation avec la prévention et le secteur médico-social

1. Favoriser l'accompagnement et la réinsertion sociale des grands brûlés
2. Articuler la prévention sur une étude de la survenue des brûlures à la Martinique.

### 7) Indicateurs de suivi du SROS

	Indicateur	Source	Périodicité
<b>GB1</b>	Nombre de brûlés et gravité	PMSI	Annuelle
<b>GB2</b>	Nombre de transfert de grands brûlés	PMSI	Annuelle

## Greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques

### Références

Décret n°2007-1256 du 21 août 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités de greffes d'organes et aux greffes de cellules hématopoïétiques et modifiant le code de la santé publique :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000426476&dateTexte=>

Décret n°2007-1257 du 21 août 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques et modifiant le code de la santé publique :

[http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=BBDA166CAD9E6437C801A5B1B085DB21.tpdjo13v\\_2?cidTexte=JORFTEXT000000796106&dateTexte=20091128](http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=BBDA166CAD9E6437C801A5B1B085DB21.tpdjo13v_2?cidTexte=JORFTEXT000000796106&dateTexte=20091128)

Arrêté du 15 juin 2010 pris en application de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique et relatif à la liste des activités de soins faisant par dérogation l'objet d'un schéma régional d'organisation des soins en Ile-de-France et à La Réunion et Mayotte :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022402768&dateTexte=&categorieLien=id>

Circulaire N° DHOS/O/O4/2007/68 du 14 février 2007 relative aux activités de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-03/a0030060.htm>

La Martinique n'a pas vocation actuellement à mettre en œuvre une activité de soins en matière de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques compte tenu du nombre insuffisant de patients à prendre en charge pour spécialiser localement des équipes médicales.

Toutefois, en ce qui concerne les greffes rénales, eu égard à une prévalence importante de l'IRC, le nombre de patients à greffer permet de réaliser cette activité dans le cadre d'un schéma inter-régional d'organisation des soins. La Guadeloupe est centre transplantateur au niveau inter-régional pour cet organe.

La Martinique participe à l'activité de prélèvement d'organes qui obéit à d'autres conditions que celles prévues à l'article R.6122-25 du CSP.

### 1) *Eléments du diagnostic régional*

Des éléments découlant de l'analyse du PMSI figurent à la page 60 de l'Annexe 1 - Etat des lieux de l'offre de soins hospitalière en Martinique.

### Prévention et dépistage

#### Points forts

- Politique de prévention de l'HTA, du diabète et de l'obésité

#### Points faibles

- Résultats concrets obtenus mais encore insuffisants au regard des données épidémiologiques
- Dépistage et prise en charge des patients IRC tardifs
- Coordination et professionnalisation insuffisantes des acteurs associatifs de la prévention

### Prise en charge

#### Points forts

- Existence dans le cadre de l'inter-région d'une équipe de transplantation rénale située en Guadeloupe
- Possibilité de bilan local des candidats à la greffe rénale
- Prélèvement d'organes effectué à la Martinique

### Points faibles

- Impossibilité de pouvoir greffer tous les organes, même dans le cadre de l'inter-région
- Organisation locale des bilans pré-greffes de rein perfectible
- Suivi à la Martinique des patients qui viennent d'être greffés en Guadeloupe, inadapté
- Fragilité de l'organisation des prélèvements
- Mauvaise connaissance par la population de l'intérêt et de la réglementation des dons d'organes
- Laboratoire HLA peu mobilisable hors heures ouvrables
- Electroencéphalogramme réalisable que pendant les heures de service

### 2) Objectifs régionaux

#### Objectifs

**Objectif G1** Améliorer les conditions de réalisation de l'activité de greffes rénales (avant pendant et après)

**Objectif G2** Assurer la pérennité de l'activité de prélèvement

**Objectif G3** Assurer à la population Martiniquaise, en métropole, un accès la greffe autre que le rein

### 3) Plan d'actions

1. Elaboration d'un SIOS précisant l'organisation en matière de greffe rénale dans l'inter-région,
2. Elaboration dans le cadre de l'inter-région d'un protocole relatif à la greffe rénale

### 4) Schéma cible de l'organisation régionale

Il n'y a pas d'autorisation d'implantations en matière de greffes d'organes et de tissus de cellules hématopoïétiques visés à l'article R.6122-25 alinéa 8 du CSP à prévoir à la Martinique.

### 5) Création ou suppression d'implantations:

Sans objet

### 6) Points d'articulation avec la prévention et le secteur médico-social

1. Favoriser l'adhésion et la connaissance de la réglementation en matière de dons d'organe.

### 7) Indicateurs de suivi du SROS

	Indicateur	Source	Périodicité
G1	Nombre de patients inscrits sur la liste d'attente pour la greffe rénale	REIN	Annuelle
G2	Délai médian d'accès des nouveaux patients dialysés à la liste nationale d'attente	REIN	Annuelle
G3	Délai médian d'accès à la greffe rénale des nouveaux patients dialysés en Guadeloupe et Martinique	REIN	Annuelle
G4	Nombre de prélèvements de rein	Coordination PO	Annuelle

# Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal

## Références

La loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique (article L. 1418-1 et suivant du code de la santé publique)

Le décret n°2008-588 du 19 juin 2008 transposant au don de gamètes et à l'AMP la directive européenne du 31 mars 2004

Le décret n°2006-1660 du 22 décembre 2006 à l'assistance médicale à la procréation et au don de gamètes

Le décret n°2006-1661 du 22 décembre 2006 relatif au diagnostic prénatal et au diagnostic biologique effectué à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro

Le décret n°2006-121 du 6 février 2006 relatif aux recherches sur l'embryon et les cellules embryonnaires

Articles L2141-1 et suivants du CSP relatifs à l'assistance médicale à la procréation

Articles L2131-1 et suivants du CSP relatifs au diagnostic prénatal

## 1) Eléments du diagnostic régional

Des éléments découlant de l'analyse du PMSI figurent à la page 28 de l'Annexe 1 - Etat des lieux de l'offre de soins hospitalière en Martinique.

### a) Aide Médicale à la Procréation

#### Prévention et dépistage

##### Points forts

- Bilan de stérilité assuré

##### Points faibles

- Sensibilisation de la population sur les questions de bioéthique insuffisante

#### Prise en charge

##### Points forts

- Recours à la AMP assuré
- Equipe compétente et motivée
- Résultats obtenus tout à fait satisfaisants
- Recours à l'ICSI sans difficultés
- Prise en charge des femmes jusqu'à l'âge limite légal sans fixé de limite plus basse

##### Points faibles

- Recours possible à la AMP à la Martinique méconnue de la population, et des professionnels de santé

### b) Diagnostic prénatal

#### Prévention et dépistage

##### Points forts

- Equipe pluridisciplinaire compétente et motivée

##### Points faibles

- Sensibilisation de la population sur les questions de bioéthique insuffisante

#### Prise en charge

### Points forts

- Offre équilibrée public/privé

### Points faibles

- Recours à l'analyse génétique moléculaire impossible
- Limites des méthodes qui ne dépistent pas tout

## 2) Objectifs régionaux

### Objectifs

**Objectif AMP1** Continuer à assurer la qualité et la sécurité de la AMP et du diagnostic prénatal

**Objectif AMP2** Sensibiliser la population à la bioéthique et informer les professionnels de santé des possibilités en AMP qui leur sont offertes

**Objectif DP3** Engager une réflexion avec la Guadeloupe et la Guyane pour le diagnostic prénatal

## 3) Plan d'actions

Poursuite des efforts déjà engagés dans ces activités

## 4) Schéma cible de l'organisation régionale :

Les implantations autorisées en matière d'activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et d'activités de diagnostic prénatal prévues à l'article R.6122-25 alinéa 17 du CSP sont :

- Clinique Sainte Marie : activités cliniques d'assistance médicale à la procréation
- Laboratoire de biologie médicale Les Flamboyants : activités biologiques d'assistance médicale à la procréation
- Hôpital Pierre ZOBDA QUITMAN : activités de diagnostic prénatal
- Laboratoire de biologie médicale Lorillot Sainte Rose : activités de diagnostic prénatal (biochimie),
- Laboratoire de biologie médicale Lebel Roy Camille : activités de diagnostic prénatal,
- Hôpital Mangot-Vulcin : activités de diagnostic prénatal (biochimie).

## 5) Création ou suppression d'implantations

**Création** : Aucune création n'est à envisager.

**Suppression** : Il n'y a pas de site à supprimer.

## 6) Points d'articulation avec la prévention et le secteur médico-social

Liens à créer avec les acteurs de la prévention.

## 7) Indicateurs de suivi du SROS

	Indicateur	Source	Périodicité
<b>AMP1</b>	Pourcentage du nombre de tentative d'AMP rapporté à la population	ABM	Annuelle
<b>DP1</b>	Nombre de fœtus étudié en diagnostic prénatal	CPDP	Annuelle

## PARTIE 3 : L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

La loi HPST a étendu le champ du SROS il intègre dans la logique de la régulation des nouveaux acteurs de santé, les libéraux.

La prise en compte des professionnels libéraux s'illustre dans l'élaboration du volet ambulatoire du SROS communément appelé SROS A.

Bien que le SROS A n'ait qu'une valeur indicative, il aborde des problématiques relatives à l'offre, l'organisation des professionnels et promeut le mode d'exercice coordonné. Ainsi, il intègre le développement des systèmes d'information, de la télé médecine, le déploiement de la plateforme d'appui aux professionnels de santé, les problématiques de formation initiale et continue, de la démographie médicale et de l'attractivité de la région.

Le parcours de santé ou plutôt de vie doit être pensé de façon transversale par le décloisonnement voire un changement des modalités de prise en charge entre les dimensions soins (hospitalier et libéral), prévention et médico-social.

Ainsi, le SROS A dispose de trois ambitions :

- la détermination de la stratégie régionale d'organisation des soins ambulatoires en définissant des priorités d'actions en matière de structuration de l'offre de soins de premier recours
- la constitution d'un outil central pour permettre à l'ARS de mobiliser les professionnels de santé libéraux autour des priorités régionales en matière de santé publique et de les impliquer dans la construction de l'offre de soins ambulatoires régionale
- la contribution à la modernisation de l'offre, notamment par le développement de structures ou de modalités d'exercice coordonné.

L'élaboration du SROS A s'inscrit également dans le plan stratégique régional de santé (PSRS). Il poursuit trois objectifs inscrits au PSRS :

1. Renforcer l'offre de premier recours au niveau des quatre territoires de proximité.
2. Vérifier l'inclusion des plus précaires et ou vulnérables dans les différents programmes et actions mis en œuvre.
3. Répondre de manière graduée et adaptée au profil de la population martiniquaise marqué par un vieillissement et aux fortes prévalences de certaines maladies chroniques, aux besoins de certaines personnes handicapées

La volonté de garantir l'accessibilité, la continuité et la permanence des soins conduit le SROS A à donner forme au maillage territorial

La Martinique connaît des zones de densité faible pour certaines professions de santé. Cette sous densité est aggravée en partie par le départ à la retraite de professionnels de santé. Le maillage territorial doit d'ailleurs se conjuguer avec celui de l'aménagement du territoire.

Le fossé se creuse en outre entre les plus démunis et les offreurs de soins. En effet, de plus en plus d'usagers du système de santé renoncent à se faire soigner pour des raisons économiques. Cette difficulté, qui s'ajoute à d'autres (accessibilité géographique) et qui est due à la fois à la difficulté de certaines populations à obtenir une couverture santé complète (mutuelle + sécurité sociale), au déremboursement de certains médicaments, à l'augmentation du nombre de médecins en dépassements d'honoraires, aggrave la plupart du temps des états de santé déjà fragilisés.

La notion de bassin de vie a sous tendu l'émergence du projet médical de territoire. Sur l'aspect ambulatoire, les médecins (généralistes et spécialistes) auront vocation à favoriser le décloisonnement ville-hôpital-ville. Certains praticiens, pourront disposer d'exercices décentralisés, mais aussi concourir aux missions de santé publique, de coordination des soins ...

Ces actions seront toutes rémunérées par le biais de forfaits.

# 1 - RENFORCER L'OFFRE DE PREMIER RECOURS AU NIVEAU DES QUATRE TERRITOIRES DE PROXIMITE

Un Français sur trois renonce à des soins. Alors que l'accès aux soins de premier recours est une composante majeure du droit à la santé, les inégalités d'accès à ses soins sont aggravées dans le contexte de crise économique et sociale.

La densité des médecins généralistes est inférieure de 10 % à la moyenne nationale. A cela se rajoute un vieillissement de la profession médicale. Les jeunes médecins (moins de 40 ans) représentent à peu près 20 %

La situation des spécialistes suit la même tendance que les médecins généralistes.

La difficulté d'accès aux soins risque de se muer en une crise sanitaire alors que la demande en soins continue à progresser du fait du vieillissement de la population et de l'incidence des maladies chroniques.

Cette photographie explique pour partie le recours élevé aux urgences hospitalières.

Cette situation est préoccupante mais peut être améliorée par une réorganisation régionale de l'offre de soins ambulatoire.

Certains territoires sont caractérisés par une sous densité des effectifs médicaux. La politique régionale d'harmonisation et de rééquilibrage de la répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire s'articule autour de deux axes :

- Augmenter l'implantation des professionnels de santé dans les zones fragiles
- Transférer la compétence nécessaire vers ces zones.

## 1-1 Augmenter l'implantation des professionnels de santé dans les zones fragiles par la création de maisons de santé pluriprofessionnelles

L'hétérogénéité dans la répartition de la médecine libérale, la faible densité médicale et les dépassements d'honoraires sont des facteurs aggravants à l'accessibilité aux soins.

A cela, s'ajoute un changement sociologique. L'exercice médical a changé et on constate :

- une baisse de l'attrait pour l'exercice libéral (un médecin thésé sur 10 s'installe en cabinet),
- une moindre attirance vers le milieu rural,
- une féminisation de la profession,
- un souhait de concilier vie professionnelle et vie familiale,
- une inflexion des choix vers l'exercice en groupe.

Cette nouvelle sociologie médicale induit des nouveaux modes de d'exercice regroupés.

Pour ce faire la loi HPST favorise l'exercice en **maisons de santé pluriprofessionnelles**.

Les maisons de santé pluri-professionnelles implique un exercice de professions de santé dans le même lieu, permettant aux patients de bénéficier d'actes qui peuvent se succéder et en tout cas de se compléter.

Mais le rôle des maisons est très large.

L'article 6323-3 du code de la santé publique définit les maisons de santé de la façon suivante :

« Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux.

Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux

mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé. »

Cette définition modifiée par la loi HPST précise :

- le caractère multi-professionnel (auxiliaires médicaux, personnel médico-social)
- l'élaboration d'un projet de santé conforme aux orientations du SROS
- la transmission du projet de santé à l'ARS.

Une maison de santé pluriprofessionnelle ne peut s'envisager comme la simple juxtaposition de cabinets médicaux. Une MSP est basée sur un projet d'actions en direction de la population :

- accessibilité et continuité des soins
- développement des soins de prévention
- prise en charge coordonnée...

Conformément à la réglementation, les promoteurs n'ont pas obligation de déposer une demande d'exercer sous forme d'une MSP. Seul le projet de santé doit se conformer aux prérogatives du SROS et pour cela doit être transmis pour information à l'agence.

Les promoteurs qui souhaitent disposer d'un accompagnement de l'ARS doivent satisfaire à un cahier des charges dont le projet de santé est la pierre angulaire.

Mais les MSP qui bénéficieront d'une aide devront prioritairement s'installer dans les zones fragiles (carte en annexe) et satisfaire aux objectifs suivants :

- offrir à la population du territoire la prise en charge la plus globale possible
- Améliorer les conditions d'exercices des professionnels de santé dans la continuité aux soins,
- Contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients par :
  - Le partage d'expérience
  - La complémentarité des approches
  - L'insertion des professionnels de santé partenaires dans les tissus sanitaire, médico-social et sociale.

Les MSP devront disposer d'une large amplitude horaire d'ouverture et d'accueil et ainsi participer à la permanence des soins ambulatoires..

Les sources de financement possibles, sous conditions de répondre à leurs critères d'éligibilité, sont multiples.

## **1-2 Augmenter l'implantation des professionnels de santé dans les zones fragiles grâce aux Plateformes d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS)**

La plateforme d'appui aux professionnels de santé initiée par la loi HPST, article L.1431-2, a pour objectif général de favoriser l'implantation des professionnels de santé dans une dynamique d'aménagement du territoire.

Bien que cela soit une tautologie, la nouvelle génération priorise le rapprochement du projet de vie au projet professionnel.

L'ARS pourra s'appuyer sur la PAPS pour diffuser la politique de santé en région notamment en matière de répartition des professionnels de santé sur le territoire.

Ainsi, dans le but de pallier à la désertification médicale, les orientations opérationnelles de la PAPS sont les suivantes :

- Accompagner voire anticiper le projet professionnel des étudiants,
- Promouvoir les aides à l'installation dans chaque territoire de proximité,
- Diffuser la cartographie des zones déficitaires,
- Faciliter l'émergence de projets de santé collectifs,
- Promouvoir les zones fragiles (aides à l'installation, projet de vie, pôles de services...),

- Fidéliser l'exercice en zones fragiles en s'appuyant sur les outils de télémédecine (téléconsultation, téléexpertise),
- Accompagner le dispositif des Contrats d'Engagement de Service Public
- Développer l'exercice mixte hospitalier et libéral

## 2 - COORDONNER LE PARCOURS DE SOINS : LES RESEAUX DE SANTE

L'animation territoriale sanitaire doit se reposer aussi sur des structures opératives ambulatoires. Celles-ci doivent faciliter la coordination entre l'hôpital et la ville dans les dimensions du soin, du médico-social et de la prévention.

Ces structures transversales sont les réseaux de santé. Ces derniers articulent les différents professionnels de santé pour aboutir à une prise en charge globale harmonieuse de chaque usager des soins

Les réseaux sont définis par l'article L.6321-1 du code de la santé publique.

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale. »

Les réseaux de santé ne sont pas des structures de soins à l'instar des hôpitaux, cliniques,....

Ces missions s'articulent donc autour de trois axes :

- la coordination,
- la formation et l'information,
- la prise en charge des besoins spécifiques de la population.

Les réseaux de La Martinique figurent en annexe.

Bien que les réseaux de santé se soient développés et financés depuis 2002, le constat est que pour la plupart des confusions persistent entre réseaux de santé, réseaux de soins et filières de soins.

Le plan personnalisé de soins (PPS) dispositif structurant la prise en charge de la patientèle doit permettre une présence effective dans chaque territoire d'un professionnel de santé coordinateur référent ( infirmier ou médecin). Ce professionnel permettra de faire le lien avec les autres experts et expérimenter des types de prise en charge spécifique à chaque territoire

Les réseaux de santé disposeront dorénavant dans leur axe interventionnel des dimensions soins, prévention et médico-social. Des Contrats Pluriannuels d' Objectifs et de Moyens (CPOM), trois à cinq ans, viendront entériner leurs champs d'actions ainsi que les indicateurs d'évaluation. Des démarches spécifiques seront actées dans les secteurs les plus fragiles.

Pour ce faire, l'ARS a initié un nouveau modèle médico-économique qui se focalisera sur :

- les fonctions de coordination,
- l'expérimentation des prestations dérogatoires.

La poursuite de l'accompagnement des réseaux de santé, dans un cadre budgétaire contraint, doit s'opérer par un recentrage de ceux-ci sur leur fonction de coordination. Ces structures devront évoluer, pour la plupart, vers des réseaux pluri thématiques.

Les réseaux doivent également obéir à des référentiels des effectifs car le poids élevé de la masse salariale dans le budget des réseaux, nécessite que soit lancée une réflexion sur le rapport entre les ressources mobilisées et les objectifs de santé poursuivis.

L'objectif prioritaire des réseaux de santé est de coordonner les différents professionnels de santé existants autour des besoins du patient, dans un parcours territorial gradué de prise en charge.

La fonction de coordination doit donc reposer sur :

- une secrétaire comptable (1ETP)
- un coordinateur administratif ayant de préférence une formation en santé publique,
- un coordinateur médical (rémunéré sous forfait de coordination dans la majorité des cas).

Les fonctions de coordinateur administratif et coordinateur médical peuvent être regroupées.

Les financements seront alloués sur la base de dépenses éligibles. Tout dépassement de cette base sera à la charge exclusive des promoteurs.

Par ailleurs il apparaît nécessaire d'aligner les indemnités de frais de déplacement pour missions sur les taux applicables aux personnels de l'Etat conformément au décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006.

Quant aux dépenses relatives aux réceptions, colloques, et déplacements, elles seront soumises à un plafond de couverture par le FIR. Je vous ferai suivre dans les semaines à venir le niveau de contribution retenu.

Toutes les dépenses supérieures aux critères d'éligibilité seront à la charge exclusive de la structure juridique.

Enfin la mutualisation des réseaux sera prônée, ainsi que la mise en place d'une plateforme de soutien à l'ensemble des réseaux.

La mutualisation des moyens humains et matériels devra être un objectif permanent.

Celle-ci doit s'opérer à travers des regroupements de réseaux positionnés sur des thématiques intercurrentes pour gagner en efficacité et améliorer le parcours de santé voire de vie du patient.

Ainsi, des réseaux pluri thématiques devront être mis en place dès 2012.

Ce regroupement permettra d'établir un meilleur parcours de santé coordonné pour le patient, grâce à un plan personnalisé de soins plus homogène.

La convention tripartite (ARS-AROM-INCA) reste opposable au réseau régional de cancérologie.

Une plateforme de soutien aux réseaux sera mise en place afin d'optimiser la transversalité. Elle contribuera à apporter son concours dans la gestion technique, comptable et financière à l'ensemble des réseaux. Elle initiera et sera la promotrice de la démarche d'évaluation ainsi que celle de la qualité.

Cette plateforme qui pourra prendre la forme d'une maison des réseaux ou d'une fédération sera financée sur la base d'une quote-part de chaque entité pour une meilleure appropriation de l'ensemble du dispositif.

Tout dossier informatisé devra s'intégrer dans le cadre du GCS-SIS. Aucun financement de système d'informatisation des données, ne sera accordé s'il ne respecte pas le cahier des charges du GCS SIS.

A ce titre, les réseaux devront obligatoirement adhérer au GCS-SIS.

L'interopérabilité des systèmes d'information des réseaux doit être recherchée pour une meilleure circulation des données. Des indicateurs de suivi seront établis pour évaluer et mesurer les résultats en la matière.

Une prestation dérogatoire répond à une prise en charge spécifique de la population. Ces prestations sont conformes à l'article L.162-45 du code de la sécurité sociale, et propose des dérogations aux règles de prises en charge du droit commun.

Certaines de ces prestations, après une procédure intégrant une évaluation médico-économique, pourront être généralisées par une prise en charge par l'Assurance Maladie.

Il est présenté en annexe, une liste non exhaustive des prestations dérogatoires, ainsi qu'une fiche de recensement type. Cette dernière pourra être utilisée par les réseaux, comme socle de leur dossier motivé de demandes de ces types de prestations.

### **3 - TRANSFERER LES MOYENS VERS LES TERRITOIRES DE PROXIMITE**

Les solutions tournent autour de trois axes :

- les protocoles de coopération,
- les consultations avancées,
- la télémedecine.

#### **3.1 - Les protocoles de coopération**

Les articles L.4011-1 à 3 visent à favoriser les coopérations entre les professionnels de santé en les sortant du cadre expérimental.

Ces professionnels, dans un cadre dérogatoire, peuvent s'engager dans une démarche de coopération par des :

- transferts d'activités, d'actes ou de soins
- réorganisations de leurs modes d'intervention auprès du patient.

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 en instituant des rémunérations expérimentales favorise ces coopérations. Les nouveaux modes de rémunération (NMR) dispose de quatre modules dont le module 3 « coopérations entre professionnels de santé ».

Le but de ce module est de s'articuler avec les termes de l'article 51 dans la recherche de la rémunération adéquat des professionnels engagés dans ce dispositif.

Un arrêté du 31 décembre 2009, publié au JO le 15 janvier 2010, relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopérations entre les professionnels de santé vient compléter le dispositif législatif en proposant notamment un modèle-type de coopération et en dressant la liste des pièces à fournir à l'ARS par les promoteurs candidats.

La pénurie de médecins de premier recours, des médecins en milieu hospitalier et les coûts engendrés par certaines procédures médicales sont des exemples de valeur ajoutée de la délégation de compétences.

Certes, cette délégation, peut présenter pour certains le risque d'une perte de compétences médicales. Mais permettra aussi une spécialisation dans des actes techniques médicaux plus complexes qui contribuera à une meilleure valorisation de la profession.

Les nouveaux textes réglementaires, via les protocoles de coopération permettent une optimisation de la ressource médicale et paramédicale. Ceci grâce au principe de délégations de tâches et voire dans l'avenir une délégation de compétences.

L'objectif général d'optimisation de la ressource médicale et paramédicale, dans un contexte de déséquilibre territorial, peut se décliner, régionalement, à travers les objectifs opérationnels suivants :

- Favoriser la délégation de tâches en conformité avec les protocoles de l'HAS :
  - Identifier les tâches « déléguables »
  - Accompagner techniquement les promoteurs dans l'établissement du dossier auprès de l'HAS. le recours à la plateforme d'appui aux professionnels de santé est nécessaire.
  - Faciliter ces coopérations dans les zones cibles (fragiles, de proximité).
- Valoriser les missions de prévention, d'éducation thérapeutique...
- Rompre l'isolement :
  - Valoriser l'exercice coordonné par :
    - la « fédération » ou « maison » des réseaux de santé,
    - les URPS,
    - les maisons de santé.

Les sources de financement possibles sont les suivants :

- Nouveaux Modes de rémunérations
- Assurance maladie

### 3.2 - Les consultations avancées dans les MSP, Hôpitaux de proximité

Les consultations avancées reposent sur la volonté de rapprocher les offreurs de soins des demandeurs de soins. Le contexte de déséquilibre territorial voire d'abandon de la population justifie le recours au développement de ces consultations avancées. Ces dernières, prioritairement, seront effectives dans les hôpitaux de proximité et dans les maisons de santé.

L'objectif général des consultations avancées se fonde sur trois piliers :

- Déplacer les offreurs de soins vers les patients
- Constituer une équipe multiples (médecins, infirmier, dentiste...)
- Renforcer ce temps « médical » pour éviter le recours injustifié à des structures spécialisées.

Ces consultations devront répondre à des objectifs fixés par l'ARS et notamment :

- Le rapprochement du lieu du diagnostic
- La réduction des délais de rendez-vous
- La fluidité des échanges entre le médecin traitant et le praticien rencontré
- Une valorisation du recours à des professions para-médicales (psychologue, ergothérapeute...)

Le développement de ces consultations permettra un parcours de soins du patient mieux coordonné, une réponse en soins de proximité rapide et adaptée au profil de la population territoriale (précaires, âgées, ...). Celles-ci contribueront aussi à la diminution du coût de revient global pour une meilleure optimisation des ressources productives.

Il est superflu d'avance que la réussite de ces consultations avancées au plus près de la population requiert la prise en compte :

- des besoins de la population accueillie,
- de l'offre publique et libérale existante
- de la distance entre la structure hébergeant ces consultations (Hôpital local et MSP) et les structures sanitaires compétentes les plus proches

Les sources de financements possibles :

- Assurance maladie
- T2A
- MIGAC
- FIQCS.

### 3.3 - La télémédecine

La situation défavorable de la démographie médicale est amplifiée par un vieillissement accéléré de notre population générale et une incidence de plus en plus importante des maladies chroniques.

L'existence de zones sensibles, enclavées ou isolées, nécessite une restructuration de l'offre de soins pour garantir l'accès aux soins pour tous.

Le décret du 19 Octobre 2010, pris en application de la loi HPST, définit les cinq catégories relevant de la télémédecine, leurs conditions de mise en œuvre par les professionnels de santé et l'organisation de ces activités de télémédecine dans les territoires de santé.

L'objectif de l'ARS est de s'appuyer sur les initiatives déjà entreprises en région dans les différents structures sanitaires pour développer un programme structuré et interpénétrant au niveau régional.

En effet, la télémédecine doit répondre à des enjeux importants :

- Assurer la continuité des soins
- Préserver l'accès des soins de qualité pour tous
- Partager les compétences et assurer la coordination entre les acteurs hospitaliers, médicosociaux et ambulatoire.

Notre enjeu est de généraliser l'usage de la télémédecine afin d'optimiser ses axes de prévention. Cette extension ne peut être effective qu'à travers un projet médical de territoire partagé et accepté par tous les professionnels de santé.

Le développement de la télémédecine sera rendu possible par le soutien du Fonds de Modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Cet accompagnement financier cible les thématiques prioritaires suivantes :

- Imagerie et téléradiologie au service de la permanence des soins,
- Prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC),
- Santé des détenus,
- Prise en charge des maladies chroniques (IRC, diabète...)
- Soins dans le cadre de structures médico-sociales ou d'hospitalisation à domicile.

La télémédecine ne doit pas se limiter à une conception de régulation économique spatiale des ressources médicales mais doit être surtout un réel outil de service d'interactivité entre les professionnels de santé.

Le recours aux nouvelles technologies d'information et de communication (NTIC) favorise un accès équitable à des soins de qualité pour tous. L'amélioration des pratiques collectives, de l'interdisciplinarité, de la mutualisation ... de l'efficience peuvent être atteints par le biais des NTIC.

Le Dossier Médical Personnel sera effectif dans le cadre du Dossier Patient Personnalisé Régional (DPPR) qui est actuellement en plein essor de répartition. Ce dossier doit être perçu plutôt comme un ensemble de services d'une grande valeur ajoutée dans le suivi du parcours de soins du patient. Ceci pour une meilleure prise en charge (point de situation rapide sur l'historique du patient pour les médecins urgentistes, pas de doublons dans les prescriptions d'actes, moins de iatrogénie, ...)

Le déploiement de ce dossier en région est donc une priorité absolue. Il est et renforce le lien entre les structures de soins (hôpitaux, cliniques, SSR), médico-sociales (FAM, MAS, EHPAD...), réseaux de santé, alternatives à l'hospitalisation (HAD, Centre de santé...) et les professionnels de la ville.

## 4 - ASSURER L'ACCESSIBILITE DES SOINS

La loi HPST consacre la notion de médecine de premier recours en définissant les missions des différents acteurs du premier recours, notamment celles des médecins généralistes, pour assurer à la population une offre de soins de proximité.

Le médecin libéral détient par conséquent un rôle majeur dans la proximité des soins. Cette dernière contribuera à la réduction des files d'attente aux urgences voire à la diminution des « durées moyennes de séjours » à l'hôpital.

Cette interaction ne peut être opérative qu'à travers des zones de recours, idéalement établies en médecine générale.

Les zones de recours regroupent des communes avec au moins un médecin généraliste libéral en activité sans mode exercice particulier. Ces zones sont définies à partir des comportements des populations pour le recours au généraliste, auxquels s'ajoute la notion de distance pour la consommation du soin.

Une cartographie des zones de premiers recours pourraient être établies. Elle permettra de consolider les territoires d'actions de notre région. Ceci grâce à une meilleure connaissance des flux des patients intra et extra-régionaux.

La valeur ajoutée d'un CHU de territoire et des structures de proximité, est indéniable. Le recours aux soins ne peut plus être contenu seulement dans la mobilité des professionnels de santé. La proximité est actée mais l'accessibilité sera garantie pour partie par les transports sanitaires

Il est important de préciser que la sectorisation ambulancière, fixée par l'arrêté préfectoral n° 03-3358 du 13 octobre 2003 est différente de celle de la PDSA actuelle.

Cette sectorisation est la suivante :

NORD CARAIBE	NORD ATLANTIQUE	SUD	CENTRE
1) Bellefontaine	1) Ajoupa Bouillon	1) Anses d'Arlet	1) Case Pilote
2) Carbet	2) Basse Pointe	2) Diamant	2) Fort de France
3) Fond St Denis	3) Grand Rivière	3) Ducos	3) Lamentin
4) Morne Rouge	4) Gros Morne	4) François	4) Saint Joseph
5) Morne Vert	5) Lorrain	5) Marin	5) Schœlcher
6) Prêcheur	6) Macouba	6) Rivière Pilote	
7) Saint Pierre	7) Marigot	7) Rivière Salée	
	8) Robert	8) Saint Esprit	
	9) Sainte Marie	9) Sainte Anne	
	10) Trinité	10) Sainte Luce	
		11) Trois Ilets	
		12) Vauclin	

Nombre d'entreprises privées : **33**

Secteurs	Entreprises	gérants
Centre	12	12
Nord Caraïbe	2	1
Nord Atlantique	9	7
Sud	10	8
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>28</b>

Le nombre de véhicules sanitaires autorisés, et leur évolution sur quatre ans, figurent en annexe

Les transports sanitaires dans notre région connaissent des dysfonctionnements qui amplifient l'hétérogénéité du maillage territorial. Le rôle des transports sanitaires est un atout primordial pour la continuité et la permanence des soins.

La restructuration des transports sanitaires (publics et privés) doit être considérée comme un levier optimisant la prise en charge de la patientèle. En effet, La très grande majorité des patients utilisant leurs services sont âgés et ou de conditions modestes voire précaire. La réussite dans le suivi de cette tranche de population qui échappe dans la plupart du temps au dispositif, permettra de concrétiser un système de santé de qualité et efficient.

Notre priorité : Permettre, en tout temps et en tout lieu, à toute personne (âgée, handicapée...) d'accéder à des soins de premier recours de proximité et de qualité

Ce secteur s'illustre par de nombreuses difficultés qui prennent source dans :

- l'absence d'Institut de Formation Ambulancier en Martinique
- la non évaluation des codes de bonnes pratiques signés en juillet 2009 (Clinique St Paul, CHU)
- l'absence de coordination ambulancière au centre 15-SAMU depuis mai 2011
- les nombreuses carences ambulancières.

En réponse à cette problématique l'ARS a initié un certain nombre de mesures dans le but de réformer la profession ambulancière

Cette profession dispose désormais :

- d'une charte ambulancière

Elle a été adoptée, en dehors de tout corporatisme, en vue d'une amélioration continue de la qualité du service ambulancier à la Martinique. Cette charte a donné naissance à la nomination de référents ambulanciers.

- d'un Comité Technique de Réflexion (CTR)

Son rôle est de :

- Permettre à l'ensemble des ambulanciers de s'exprimer,
- Optimiser la diffusion de l'information (ascendante et descendante),
- Elaborer tout projet commun d'amélioration de la réponse ambulancière par appel ou non d'experts juridiques, administratifs, économiques...

Le CTR a conduit à la création de la « maison des ambulanciers ».

- d'une maison des ambulanciers

Cette structure veille à maintenir les principes éthiques et à développer la compétence indispensable à l'exercice de cette profession.

- d'une Plate-forme ambulancière (*en cours*)

Cette plate-forme sera installée au SAMU-Centre 15. Le régulateur pourra, grâce à ce nouvel outil, connaître par le biais de la géo localisation, la disponibilité, l'état, et le délai de prise en charge des transports, dans le cadre des urgences pré-hospitalières.

L'objectif général de l'ARS est de poursuivre la restructuration des transports sanitaires. En effet, la pénurie de médecins, de spécialistes, la difficulté d'accéder rapidement à des plateaux techniques induira un recours de plus en plus important aux transports sanitaires. L'accessibilité devra être garantie par les transports sanitaires

La déclinaison de cet objectif général sera effective à travers :

- l'harmonisation de la sectorisation avec celle de le PDSA
- Des moyens de transports alternatifs
- L'adoption d'un nouvel modèle économique
- Le développement de la télé consultation
- L'expérimentation de l'introduction des VSL et des taxis privés dans le transport sanitaire en horaire de PDSA

#### *Disposer de moyens de transports alternatifs.*

En lien avec les collectivités territoriales, des nouveaux modes de moyens de transport collectifs devront être expérimentés. « Les transports sociaux » permettront d'offrir aux usagers des soins dans chaque territoire de proximité, des navettes gratuites. Ceci pour se rendre vers les points fixes de consultations voire de garde.

#### *Adopter un nouveau modèle économique*

Le rapport EYSSARTIER constate l'impérieuse nécessité d'adopter un nouveau modèle économique qui permettra de mieux répondre à nouvelle structuration économique. La mise en place effective de la T2A, les contingences structurelles du SDIS, et le développement des TAP, plaident pour un nouveau paradigme dans une relation gagnant-gagnant.

Les axes d'actions reposent sur :

- l'amélioration de la réponse de l'urgence pré-hospitalière (plateforme ambulancière...)
- la fluidité des sorties hospitalières (généralisation des codes de bonnes pratiques,...)
- une centrale d'appel pour les transporteurs sanitaires (transport hors urgence)
- le développement de la géolocalisation (ambulance, VSL , taxi)

Cette réforme nécessaire ne peut s'effectuer qu'avec le concours et l'implication des différents partenaires. A savoir :

- l'Agence Régionale de Santé
- la Caisse générale de sécurité sociale
- les transporteurs sanitaires

**L'imbrication, la coordination avec le secteur hospitalier, outre les réseaux de santé, passent aussi par les hôpitaux de proximité qui doivent reprendre toute leur place dans le paysage sanitaire de notre région.**

L'hôpital de proximité est d'abord une réponse à des besoins de soins de premières intentions, polyvalents et de prévention.

Cet hôpital de proximité peut diversifier ses activités et permettre le développement des consultations avancées. Le contexte social de notre région cristallise le recours aux consultations avancées dans les hôpitaux de proximité

Les hôpitaux de proximité doivent s'intégrer dans les différents programmes d'éducation thérapeutique. De plus, ils sont, acteurs dans les réseaux de santé, facilitateurs vers l'hospitalisation à domicile, un tremplin du retour à domicile à l'issue d'une hospitalisation et collaborateurs dans l'amélioration de l'urgence pré-hospitalière.

# ANNEXES

---

**ANNEXE 1**    **ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE HOSPITALIERE**

**ANNEXE 2**    **OUTILS DE PILOTAGE DU SROS-PRS**

**ANNEXE 3**    **ÉTAT DES LIEUX DES TRANSPORTS SANITAIRES**

**ANNEXE 4**    **ÉTAT DES LIEUX DES RESEAUX**

**ANNEXE 5**    **ZONES FRAGILES**

**ANNEXE 6**    **CAHIER DES CHARGES DE LA PDSA**

**ANNEXE 7**    **BESOINS EN ETUDES COMPLEMENTAIRES**