

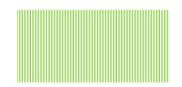
# SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION DE MARTINIQUE 2012-2016 VOLET Prévention et Promotion de la Santé

Marin

Sainte Anne



# SIEGE Centre d'Affaires « AGORA » ZAC de l'Etang Z'Abricot – Pointe des Grives CS 80656 – 97263 FORT DE FRANCE CEDEX



# SOMMAIRE

INTRODUCTION6
PRESENTATION DU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION (SRP)
1. LE CADRE DE REFERENCE
2. LA PREVENTION DANS LE PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE DE MARTINIQUE
3. METHODOLOGIE
4. SYNTHESE DU DIAGNOSTIC DU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION (SRP) 11
5. LES ORIENTATIONS DE L'ARS MARTINIQUE
AXE 1 - DEVELOPPER UNE CULTURE DE LA PREVENTION ET DE LA PROMOTION DE
LA SANTE
OBJECTIF GENERAL. 1 DEVELOPPER UNE CULTURE DE LA PROMOTION DE LA SANTE
AXE 2 - AMELIORER L'OFFRE EN PREVENTION ET EN PROMOTION DE LA SANTE
(PPS)
OBJECTIF GENERAL. 2 DEVELOPPER L'OFFRE EN PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE
(PPS), NOTAMMENT PAR LE RENFORCEMENT DE L'EDUCATION POUR LA SANTE (EPS) 24
OBJECTIF GENERAL. 3 AMELIORER LA QUALITE DE L'OFFRE EN PREVENTION ET PROMOTION
DE LA SANTE (PPS)
OBJECTIF GENERAL. 4 INTEGRER LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE DANS LES STRUCTURES ET DISPOSITIFS DE SANTE
AXE 3 - DECLINER LES PRIORITES DE SANTE DANS DES PROGRAMMES OU
ACTIONS DE RREVENTION

OBJECTIF GENERAL. 5 PREVENIR LE SURPOIDS ET L'OBESITE
OBJECTIF GENERAL. 6 OPTIMISER LE SYSTEME DE SANTE POUR UNE VIE AFFECTIVE,
SEXUELLE ET REPRODUCTIVE FAVORABLE A LA SANTE TOUT AU LONG DE LA VIE 43
OBJECTIF GENERAL. 7 PREVENIR LES ADDICTIONS
OBJECTIF GENERAL. 8 PROMOUVOIR LA SANTE ENVIRONNEMENTALE
OBJECTIF GENERAL. 9 TENDRE VERS UNE COUVERTURE VACCINALE OPTIMALE POUR LA
POPULATION EN MARTINIQUE
OBJECTIF GENERAL. 10 FAVORISER LE RECOURS AUX DEPISTAGES
OBJECTIF GENERAL. 11 DEVELOPPER L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) EN
<b>REGION</b> 60
OBJECTIF GENERAL. 12 ACCOMPAGNER DANS LEUR PARCOURS DE SANTE, LES PERSONNES
ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES, NOTAMMENT LES PERSONNES VULNERABLES 63
AXE 4— ANIMER ET ORGANISER LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE PREVENTION ET
DE PROMOTION DE LA SANTE EN REGION ET DANS LES QUATRE TERRITOIRES DE
PROXIMITE
OBJECTIF GENERAL. 13 ORGANISER UN PILOTAGE POLITIQUE REGIONAL, TRANSVERSAL ET
PARTENARIAL DE LA PREVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE
OBJECTIF GENERAL. 14 ORGANISER L'ANIMATION ET LE PILOTAGE TERRITORIAL DE
PROXIMITE DE LA PREVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE
AXE 5 – OBSERVATION ET CONNAISSANCE
OBJECTIF GENERAL. 15 AMELIORER L'OBSERVATION ET LA CONNAISSANCE : POUR UNE
MEILLEURE CONNAISSANCE DE L'ETAT DE SANTE ET UNE MEILLEURE LECTURE DES
PROBLEMATIQUES RELEVANT DES INEGALITES DE SANTE
6. PLANS D'ACTIONS ET CALENDRIER 76
7. ANNEXES 95

### NTRODUCTION

Le Projet Régional de Santé prévu à l'article 118 de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires est constitué du Plan stratégique régional de santé (PSRS), de schémas régionaux dont le Schéma Régional de Prévention et de programmes obligatoires parmi lesquels le Programme Régional d'accès à la Prévention et aux soins pour les plus démunis.

Dans les années à venir, la Martinique sera confrontée à de nombreux problèmes de santé. Aussi, L'ARS a-t-elle identifié 7 chantiers prioritaires, pour élaborer son projet.

La prévention figure parmi ces chantiers, aux côtés de la réorganisation des hôpitaux et de la permanence des soins, du plan de rattrapage médico-social, de la démographie médicale et para médicale, du travail en réseau et de la coopération caraïbe.

Il ressort en effet, du diagnostic du PSRS, que la population martiniquaise est fortement touchée par des problématiques de santé spécifiques. Les maladies chroniques constituent un véritable fléau pour notre société. Les indicateurs régionaux de mortalité périnatale, de naissance prématurée et d'IVG, sont préoccupants de même que l'évolution du nombre d'usagers concernés par les addictions. Enfin, la Martinique est confrontée à des risques environnementaux importants qui nécessitent anticipation et éducation de la population.

L'objectif du schéma régional de prévention, est de mettre en œuvre des stratégies de prévention, de promotion de la santé et de dépistage, pour ces priorités ciblées dans le PSRS, à travers une approche non seulement transversale (SROS/SROMS) mais également intersectorielle et interministérielle, le but étant de promouvoir des comportements favorables à la santé. Mais l'enjeu majeur, est surtout d'organiser ces stratégies avec et pour le martiniquais. La territorialisation des politiques de prévention et l'animation qui sera mise en place dans les 4 territoires de proximité, sera donc primordiale.

Les travaux du SRP ont été lancés fin mai 2011 par la Direction de la Prévention, de la Veille, de la Sécurité Sanitaire et de la Protection des Milieux de Vie, qui a réuni en juin et juillet, dans une démarche largement participative, un Comité de Pilotage en formation restreinte ou élargie, 4 groupes de travail « PPS » et 1 groupe de travail « VAGUSAN ».

Ce premier schéma qui décline les orientations de la politique nationale au regard des spécificités de notre région, été conçu comme un document de référence, il doit être considéré comme une stratégie d'organisation de la prévention à long terme, sur une période qui excédera

probablement les 5 années réglementaires prévues par la loi HPST. Les indicateurs d'évaluation qui mesureront le taux d'atteinte des objectifs seront donc adaptés en conséquence.

Il a été fait le choix, en outre, de concert avec les partenaires et dans la continuité de l'animation initiée par le GRSP, de ne pas se censurer et limiter la portée du schéma aux seules actions susceptibles d'être financées sur la dotation actuellement dédiée en majeure partie par l'Etat et l'Assurance Maladie.

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé passe par la prise en compte de l'ensemble des déterminants de la santé et implique une mobilisation de tous les partenaires porteurs de politiques publiques. Le SRP n'a donc pas fait l'objet d'un chiffrage financier.

Enfin, le Schéma prend appui sur les enseignements de la dynamique créée de 2007 à 2010 autour de l'ex-GRSP et sur les préconisations formulées dans le cadre de l'évaluation du processus de mise en œuvre du PRSP.

Le Schéma Régional de Prévention est composé comme le prévoit la loi HPST, de deux volets :

- le volet promotion de la santé comportant les orientations du schéma déclinées en 5 axes et 15 objectifs généraux (document 1) et d'un diagnostic d'organisation détaillé par territoires de proximité (document 2)
- le volet VAGUSAN comportant un diagnostic et des orientations déclinées en 3 objectifs généraux (document 3)

# Presentation du schema regional de prevention (SRP)

#### 1. LE CADRE DE REFERENCE

L'enjeu principal du SRP consiste à avoir «... une vision géographique et prospective de l'organisation des services et des actions, des coopérations et financements dans les champs de la prévention, de la promotion de la santé et de la veille, de l'alerte et de la gestion des urgences sanitaires. Il vise à positionner les bons acteurs aux bons endroits, à identifier les leviers d'action ou de soutien aux actions dont ils disposent, ainsi que leurs domaines d'intervention, leurs forces et leurs faiblesses, leurs interdépendances... » Le SRP « cherche également à améliorer la qualité et l'efficience des actions par une professionnalisation du travail de prévention et une meilleure articulation avec les autres schémas et politiques portés par l'Etat, l'assurance maladie ou les collectivités. »<sup>1</sup>

L'article R1434-3 du code de la santé publique précise le contenu du schéma : « Le schéma régional de prévention met en œuvre le plan stratégique régional. Il comporte :

- 1°- Des actions, médicales ou non, concourant à :
  - a) La promotion de la santé de l'ensemble de la population ;
  - b) La prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques chez des personnes exposées, y compris les actions de vaccination et de dépistage ;
  - c) La prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment l'éducation thérapeutique ;
- **2°-** Une organisation des activités de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires, en lien avec les autorités, les services ministériels et les agences nationales compétentes ;
- **3 -°** Des orientations permettant d'améliorer, dans chaque territoire de santé, l'offre de services dans le domaine de la prévention individuelle et collective ;
- **4°-** Les modalités du développement des métiers et des formations nécessaires à l'amélioration de la qualité des actions de prévention ;
- **5 -°** Les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de la prévention.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Guide méthodologique du SRP

Les autres actions de prévention et de promotion de la santé de la population des collectivités, organismes et services ministériels mises en œuvre dans les domaines de la santé scolaire et universitaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile sont prises en compte par les schémas.»

Ce schéma fait référence à la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS 1986). Selon cette charte, la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. On peut aussi dire que c'est un processus qui permet aux individus de mieux maîtriser les déterminants de leur santé et leur multi causalité.

Les déterminants sur lesquels on peut agir sont de plusieurs ordres :

- déterminants personnels : ressources physiques, psychologiques et sociales, habitudes de vie ayant un rapport avec la santé (alimentation, tabac, alcool, activité physique...)
- déterminants environnementaux (qualité de l'air et de l'eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail...)
- déterminants sociaux (niveau d'éducation, insertion sociale et support social, milieu culturel, accès aux services publics)
- et économiques (niveau de revenu, statut sur le plan de l'emploi...)
- déterminants liés au système de santé (accès aux soins, qualité et sécurité des soins, accès au progrès technique)

# 2. <u>LA PREVENTION DANS LE PLAN STRATEGIQUE</u> <u>REGIONAL DE SANTE DE MARTINIQUE</u>

Le PSRS définit 4 axes majeurs pour la région :

- 1. Rééquilibrer l'offre de soins en renforçant le secteur ambulatoire au niveau des quatre territoires de proximité, pour mieux cibler les actions qui visent à redresser les indicateurs de santé défavorables.
- 2. Promouvoir les comportements sains et inclure les plus vulnérables ou défavorisés dans tous les programmes et actions afin :
  - de « convaincre » certains segments de la population d'adopter des comportements sains.
  - de prendre en compte les données sociales qui sont étroitement liées aux comportements.
- 3. Adapter l'ensemble du système au vieillissement de la population, aux fortes prévalences de certaines maladies chroniques, aux besoins de certaines personnes handicapées :
  - en programmant la réalisation progressive des structures manquantes
  - et en diversifiant l'offre par des prises en charge ambulatoire et à domicile.

- 4. Répondre d'une manière graduée et adaptée aux trois types de risques auxquels la Martinique doit faire face :
  - risques infectieux notamment épidémiques et émergents
  - risques majeurs,
  - et risques à cinétique lente liés à l'environnement

Ces 4 axes traduits dans des priorités, objectifs généraux et spécifiques, constituent un socle transversal pour les schémas et programmes et particulièrement pour le Schéma Régional de Prévention car bon nombre des objectifs retenus dans le PSRS sont en lien avec le champ de la promotion de la santé (cf. annexe 2)

#### 3. METHODOLOGIE

Le volet Prévention et Promotion de la santé (PPS) du SRP est organisé autour d'un diagnostic détaillé et du schéma.

Pour définir les orientations en prévention et promotion de la santé (PPS) de ce schéma, la Direction de la prévention, de la veille et de la sécurité sanitaire de l'ARS s'est appuyée sur plusieurs éléments :

- l'expérience acquise lors de l'élaboration du Plan régional de santé publique (2006-2010) et sur l'évaluation qui en a été faite
- les priorités du PSRS
- le guide méthodologique du schéma régional de prévention élaboré par la Direction générale de la santé
- le diagnostic élaboré pour le SRP intégrant :
  - o le diagnostic territorial de santé mené par l'OSM
  - Le recensement des actions de prévention dans l'outil de suivi cartographique des actions régionales de santé (OSCARS) mené par l'IREPS Martinique
  - Les questionnaires adressés par l'OSM aux référents de prévention communaux
- les réflexions des différents groupes de travail (liste et composition des groupes en annexe 1)

Un comité de pilotage a été installé, qui s'est réuni, soit en formation restreinte (équipe prévention de l'ARS Martinique, IREPS Martinique, OSM) pour suivre régulièrement et rédiger le SRP, soit en formation élargie avec les membres des groupes de travail, lors du lancement de la démarche et la validation du projet final. Trois groupes de travail ont également été mis en place :

- o Groupe 1 : Education pour la Santé et Promotion de la Santé environnementale
- o Groupe 2 : Prévention spécifique : Dépistage et Vaccination
- Groupe 3 scindé en 2 sous groupes: Education Thérapeutique du Patient et «Accompagnement psychologique, médico-social et social, réinsertion sociale, aidants et retour à domicile).

Ont été consultés les membres de la Commission de coordination des politiques de prévention et ceux de la commission de prévention spécialisée de la CRSA.

# 4. <u>SYNTHESE DU DIAGNOSTIC DU SCHEMA REGIONAL DE</u> PREVENTION (SRP)<sup>2</sup>

#### AU NIVEAU DU TERRITOIRE DE SANTE

Globalement l'état de santé de la population martiniquaise est plutôt satisfaisant comme en témoignent les chiffres de l'espérance de vie à la naissance qui placent la Martinique au niveau de la moyenne nationale. Ce constat s'explique notamment grâce à des conditions de vie plus satisfaisantes que celles d'autrefois, aux progrès médicaux et au développement de l'offre de soins. Cependant dans certains domaines ou chez certaines populations certaines problématiques de santé sont sur-représentées et les indicateurs de santé doivent être améliorés.

Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de décès en Martinique (plus de 750 décès sur la période 2006/2008, soit 1 décès sur 4). Au sein des maladies cardio-vasculaires, il existe une nette différence entre cardiopathies ischémiques, nettement moins fréquentes qu'au niveau national, et maladies vasculaires cérébrales, dont l'incidence est plus élevée. Cette différence se retrouve aussi bien pour les indicateurs de mortalité que pour ceux de morbidité.

L'ensemble des maladies cardio-vasculaires représente 35 % des admissions en affection de longue durée (ALD). L'hypertension artérielle sévère est la première cause d'admission en affection de longue durée avec 25 % du total des ALD. Cette forte prévalence de l'HTA a été confirmée en population générale. D'après l'enquête ESCAL, la prévalence de l'hypertension artérielle dans la population de 16 ans et plus est de 22 %. Concernant les accidents vasculaires cérébraux, l'étude Ermancia avait recensé 581 nouveaux cas d'AVC sur un an en 1998-99. Actuellement le Réseau Ermancia estime qu'il se produit plus de 700 AVC chaque année.

Les cancers sont la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité globalement mais la première cause chez les hommes. On dénombre en moyenne 1 500 nouveaux cas chaque année. Chez l'homme, le cancer de la prostate est la localisation la plus fréquente avec plus d'un nouveau cancer masculin sur deux. Chez la femme, les localisations les plus fréquentes sont le cancer du sein (près d'un cancer féminin sur 3) suivi du cancer colo-rectal (10 %) et du cancer du col de l'utérus (6 %).

La **prévalence du diabète déclaré**, de l'ordre de **6,5** % en population générale, **est deux fois plus élevée que la moyenne nationale.** Les femmes sont plus touchées que les hommes par cette maladie. La mortalité prématurée par diabète touche plus souvent les hommes. La prévalence augmente avec l'âge.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Cf Diagnostic du Schéma Régional de Prévention détaillé, volet PPS

L'obésité, les facteurs génétiques et environnementaux figurent au rang des déterminants de santé communs à ces pathologies. En Martinique 1 enfant sur 4 et plus d'1 adulte sur 2 sont en surpoids ou obèses.

Hypertension artérielle et diabète expliquent en partie la forte prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale qui touche plus de 1 000 personnes pour 1 million d'habitants contre 500 pour 1 million au niveau national.

**D'autres problèmes de santé** touchent particulièrement la Martinique : la santé mentale et certaines addictions (alcool, cannabis, crack), l'infection à VIH/sida (4e région la plus touchée de France), certains problèmes de santé de la période périnatale (prématurité, mortalité périnatale élevée, interruptions volontaires de grossesse).

La **drépanocytose est la première maladie génétique** aux Antilles avec 1 personne sur 10 porteurs sains, 2 000 patients concernés et 20 à 25 nouveau-nés drépanocytaires par an.

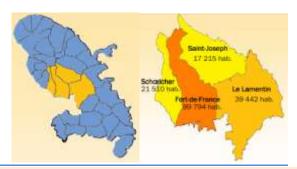
Ces constats déterminant dans le choix des priorités de santé de la Conférence Régionale de Santé en 1996, du Plan Régional de Santé Publique (2006-2011) et de l'avenant du PRSP (2008-2011) ont orienté les réflexions lors du choix des priorités de santé dans le cadre de la thématique « maladies chroniques » du Projet Stratégique Régional de Santé et ont amené à cibler :

- Les maladies métaboliques que sont le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, l'Insuffisance Rénale Chronique, l'obésité
- Le cancer
- Le VIH-Sida
- La drépanocytose
- L'asthme

Enfin, la Martinique est actuellement le plus âgé des départements d'outre mer et sera la cinquième région la plus âgée de France en 2030 avec 34 % de personnes âgées de 60 ans et plus. Le vieillissement de la population est donc le défi auquel devront faire face les autorités sanitaires avec une augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques à prendre en charge.

#### AU NIVEAU DES TERRITOIRES DE PROXIMITE

Un diagnostic a été réalisé pour chaque territoire de proximité de Martinique :



#### Le Territoire du Centre

Il regroupe quatre communes : Fort-de-France, le Lamentin, Saint-Joseph et Schælcher.

Ce territoire est le plus important des arrondissements en termes de population : 42 % de la population départementale y est concentrée notamment dans la commune de Fort-de-France, qui malgré une baisse continue du nombre de ses habitants depuis 20 ans (-10 %), demeure la commune la plus peuplée de Martinique, avec 89 794 habitants (RP 2007). Ce territoire est le premier pôle économique de l'île (61% des emplois). L'offre en établissement de soins y est satisfaisante avec la plus grande démographie des professionnels de santé du département.

L'arrondissement du Centre occupe la seconde place des plus fortes mortalités prématurées du département. La mortalité générale est, elle, comparable à la moyenne martiniquaise. Toutes les actions de prévention envers la population, quelque soit la thématique proposée, ont été réalisées dans la région Centre. Cependant, il serait nécessaire de développer des actions en Education pour la santé, de prise en charge des personnes, de formation des acteurs de terrain pour impulser une dynamique plus marquée de Promotion de la Santé. (cf. tableau en annexe 3)



#### Le Territoire du Nord Caraïbe

Il regroupe huit communes : Bellefontaine, Le Carbet, Case-Pilote, Fond-Saint-Denis, Le Morne Rouge, Le Morne Vert, Le Prêcheur et Saint-Pierre.

Le territoire du Nord Caraïbe avec une densité moyenne trois fois plus faible que la densité départementale est le moins peuplé de la Martinique (23 796 habitants (RP 2007)). Cependant, cet arrondissement est le plus concerné par le vieillissement avec les plus de 75 ans (7,7% de la population). Le taux comparatif de mortalité générale y est le plus élevé du département (878 pour 100 000 habitants contre 814 pour le département) avec la plus forte mortalité prématurée (taux comparatif de mortalité prématurée de 215 pour 100 000 habitants contre 197 en Martinique). Les décès par tumeurs, première cause de décès prématurés sur le territoire martiniquais, sont responsables de 25 % des décès survenant

chez les moins de 65 ans dans ce territoire. D'autre part, les indicateurs de malaises cardiovasculaires y sont les plus défavorables.

Sur le plan social, on constate une amélioration du niveau d'études et une baisse du taux de chômage mais une proportion de familles monoparentales au dessus de la moyenne régionale.

La plupart des actions menées sont des actions de sensibilisation, d'information et de communication quelque soit la thématique. Plusieurs types d'actions pourraient être développés comme des actions en Education pour la Santé, de prise en charge des personnes et de formation des acteurs de terrain pour impulser une dynamique plus marquée de promotion de la santé sur ce territoire. (cf. tableau en annexe 3)



#### Le Territoire du Nord Atlantique

Il regroupe dix communes : Grand-Rivière, Macouba, Basse-Pointe, Le Lorrain, Ajoupa-Bouillon, Le Marigot, Le Gros-Morne, Sainte-Marie, Trinité et le Robert.

Le territoire du Nord Atlantique a une densité inférieure à la densité départementale (86 704 habitants (RP 2007)). La majorité des communes de l'arrondissement connait une baisse de leur population sauf pour le Marigot, le Gros-Morne, Trinité et le Robert. Le Nord Atlantique est le troisième arrondissement en termes d'emplois avec un taux de chômage supérieur à la moyenne régionale. Cependant, on note la plus forte proportion de bénéficiaires de la CMU, RMI/RSA et la plus forte proportion de non diplômés.

L'indice comparatif de mortalité générale dans le Nord Atlantique est inférieur à la moyenne régionale. Le taux de mortalité prématurée y est le plus faible du département. Les maladies cardio-vasculaires y sont cependant plus fréquentes que dans les autres territoires. Les densités des médecins libéraux et généralistes sont inférieures à la moyenne régionale. (cf. tableau en annexe 3)



#### Le Territoire du Sud

Il regroupe douze communes : Les Anses-d'Arlet, Le Diamant, Ducos, Le François, Le Marin, Rivière-Pilote, Rivière-Salée, Saint-Esprit, Sainte-Anne, Sainte-Luce, Les Trois-Ilets et Le Vauclin.

Le territoire du Sud est le deuxième arrondissement en termes d'emplois (20 % des emplois du département) avec un accroissement du nombre d'habitants de 51 % dû notamment à l'attractivité des communes du Diamant et des Trois-Ilets. Si le territoire est vieillissant,

comme à l'échelle départementale, il demeure être le moins « âgé » avec les 75 ans et plus qui ne représentent que 5,5 % de sa population.

La mortalité générale est la deuxième plus forte mortalité du département avec une mortalité prématurée proche de la moyenne départementale. On constate que le taux en équipement et en établissements sanitaires est le plus faible du département.

Si certaines actions y sont menées (le programme NUTRITION et ACTIVITES PHYSIQUES, le programme VIH SIDA ET IST), la plupart d'entre elles sont des actions de sensibilisation, d'information et de communication. Il serait nécessaire de développer des actions en Education pour la santé, de prise en charge des personnes, de formation des acteurs de terrain pour impulser une dynamique de Promotion de la Santé sur ce territoire. (cf. Tableau en annexe3)

#### POINTS DE VUE DES REFERENTS COMMUNAUX DE PREVENTION

Une enquête a été menée auprès des référents territoriaux de la Martinique en octobre 2011 afin de recueillir leur avis sur les particularités de leur territoire en matière de santé. Sur les 68 référents territoriaux (2 par commune), il a été possible de recueillir 23 questionnaires malgré plusieurs relances.

Moins de la moitié des référents territoriaux pense que l'état de santé des habitants de leur commune est plutôt satisfaisant (10/23) alors qu'un tiers (7/23) pense qu'il est plutôt insatisfaisant ou très insatisfaisant. A noter que 6 personnes sur 23 ne se sont pas prononcées sur cette question.

En population générale, les problèmes de santé qui apparaissent les plus fréquents sont les maladies chroniques (22 personnes sur 23 ont répondu que ce problème était très présent ou plutôt présent sur leur commune), la consommation de cannabis et autres substances illicites (19/23), la surcharge pondérale (18/23), l'alimentation déséquilibrée (18/23), l'hygiène de vie (17/23) et la consommation excessive d'alcool (17/23).

Par contre les thématiques suivantes sont considérées comme plutôt rares ou très rares : chute des personnes âgées ; accidents de la route ; mal-être, souffrance psychologique ; dengue et drépanocytose.

Les 5 problèmes de santé qui doivent être des priorités en matière de prévention en population générale sont : la consommation de cannabis, les maladies chroniques, l'alimentation déséquilibrée, la consommation excessive d'alcool et la surcharge pondérale.

Chez les enfants, les adolescents et les jeunes, les problèmes de santé qui apparaissent les plus fréquents sont l'alimentation déséquilibrée (18 personnes sur 23 ont répondu que ce problème était très présent ou plutôt présent sur leur commune), la consommation de cannabis et autres substances illicites (18/23), l'hygiène de vie (17/23), la surcharge pondérale (16/23), la sexualité et la contraception (15/23) et enfin la consommation excessive d'alcool (14/23).

A l'opposé, sont considérées comme plutôt rares ou très rares : les accidents domestiques, les accidents de la route et les conduites à risque, accidents de sport et de loisirs.

Les 5 problèmes de santé qui doivent être des priorités en matière de prévention chez les enfants, les adolescents et les jeunes sont : la consommation de cannabis, l'alimentation déséquilibrée, la surcharge pondérale, la consommation excessive d'alcool et la sexualité, contraception.

D'après les référents territoriaux, les acteurs sont peu présents sur leur territoire pour réaliser des actions de prévention, avec toutefois des réponses un peu moins marquées pour le CCAS et les associations, puisque la grande majorité des répondants pensent que les acteurs suivants interviennent rarement ou pas du tout :

- Professionnels de santé libéraux 21/23
- Etablissements sanitaires et sociaux de proximité 20/23
- Mutuelles 19/23
- Réseaux de santé 17/23
- Associations 16/23
- CCAS 13/23

Les référents pensent que les acteurs les plus à même de mener des actions de prévention sur leur territoire sont les CCAS, les associations et les réseaux de santé.

Au final, la majorité (2/3) des référents territoriaux pense que l'aménagement de leur territoire crée des conditions de vie favorables à la santé des habitants.

#### 5. LES ORIENTATIONS DE L'ARS MARTINIQUE

L'état des lieux et l'ensemble des réflexions ont conduit à identifier 5 grands axes et 15 objectifs généraux.

Ces orientations sont précédées d'un argumentaire et déclinées en fiches synthétiques. Les orientations stratégiques de rattachement du PSRS figurent en annexe 2.

La mise en œuvre opérationnelle est présentée sous forme de plans d'actions dans la partie 6 « *PLANS D'ACTIONS ET CALENDRIER* » (page 76).

### AXE 1 Développer une culture de la prévention et de la promotion de la santé

Le plaidoyer pour la Promotion de la santé est un préalable qui doit être dans une ligne transversale certes mais doit surtout être défendu en amont par les différents instances régionales et notamment la Commission de Coordination dans les domaines de la Prévention, de la sante scolaire, de la sante au travail et de la protection maternelle et infantile (CCP) et la commission prévention de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA).

L'état de santé d'une population est influencée par différents facteurs : politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques.

Agir sur les problématiques de santé nécessite des interventions sur ces déterminants. Cette logique caractérise la promotion de la santé qui est une stratégie intersectorielle.

En effet, la promotion de la santé s'appui sur cinq domaines d'action prioritaires énoncés dans la charte d'OTTAWA :

- L'Elaboration de politiques pour la santé: la promotion de la santé inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.
- La Création d'environnements favorables (actions sur les milieux de vie, environnement social, milieux naturels ...)
- Le Renforcement de l'action communautaire : avec la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités et à la prise de décisions et à la mise en œuvre des stratégies de planification.
- **L'Acquisition d'aptitudes individuelles** : la promotion de la santé appui le développement individuel et social grâce à l'information et l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie
- La Réorientation des services de santé: par delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs le secteur de la santé doit avoir une vision moins rigide et respectueuse des composantes à caractère social, politique, économique, et environnementale.

Aussi les enjeux affichés dans la politique régionale (notamment ceux relatifs aux inégalités de santé) légitiment l'intégration de cette approche dans les modes d'interventions des différents acteurs. Cette stratégie permet donc de renforcer le lien entre les différentes politiques publiques qui contribuent à l'amélioration de la santé de nos populations.

En Martinique à travers le pilotage du dernier Plan Régional de Santé Publique (PRSP) s'est créée une dynamique visant à adapter les stratégies à un contexte de changement ce qui s'est traduit par des partenariats renforcés, la consolidation du réseau d'opérateurs, un réajustement des missions d'appui technique en promotion et éducation pour la santé (Pôle régional de compétences, IREPS Martinique). Les éléments de constat font néanmoins apparaître que les stratégies d'interventions en Promotion de la Santé (PDS) sont insuffisamment coordonnées et ancrées dans les pratiques des acteurs.

Le nouveau contexte de santé publique au regard des enjeux stratégiques régionaux est l'opportunité de construire en région Martinique cette culture de la promotion de la santé A cet effet l'action de plaidoyer pour la promotion de la santé doit être portée en transversalité par les différents acteurs et notamment par les instances de coordination.

Si la définition des politiques repose sur le parcours de vie et sur la prise en compte des déterminants de santé, les interventions doivent être le résultat d'une coordination intersectorielle effective. Cette ambition impose une harmonisation des repères et stratégies d'interventions pour le partage d'une culture commune afin de contribuer à un meilleur développement de la politique de santé publique de notre région.

# OBJECTIF GENERAL. 1 DEVELOPPER UNE CULTURE DE LA PROMOTION DE LA SANTE

### <u>Orientations stratégiques de rattachement du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)</u>

Cet objectif est transversal à tous les domaines du PSRS dans lesquels des objectifs de prévention ont été identifiés.

#### **Enjeux**

- Favoriser une connaissance mutuelle et une application des stratégies de PDS par les différents acteurs.
- Défendre le plaidoyer pour la PDS

#### <u>Déclinaison opérationnelle</u>

- Fédérer les acteurs autour des valeurs de la promotion de la santé.
- Faire partager les principes d'intervention de la promotion de la santé par les acteurs institutionnels et régionaux.

#### Acteurs concernés

- Acteurs institutionnels
- Collectivités territoriales
- Opérateurs
- associations

#### **Population**

• Population générale

#### Niveau territorial de mise en œuvre

Niveau régional et 4territoires de proximité

#### <u>Leviers</u>

- partage des données
- connaissance des dynamiques locales existantes

#### Points de vigilance

La faible connaissance des stratégies d'interventions en PDS au niveau des nouveaux réseaux d'acteurs et l'ouverture au changement

#### Résultats attendus à 5 ans

- Des engagements formalisés des différentes politiques publiques concernées sur des axes de travail partagés.
- Une application des valeurs de la PDS par les acteurs

#### **Indicateurs:**

#### Indicateurs de mise en œuvre :

• Les séances de coordination avec les partenaires porteurs de politiques publiques.

#### Indicateurs de résultat :

- Le nombre de conventions de partenariat signées
- L'élaboration de chartes en promotion de la santé sur les territoires de proximité.

(cf. 6.PLANS D'ACTIONS ET CALENDRIER PAGE 76)

# AXE 2 Améliorer l'offre en Prévention et en Promotion de la santé (PPS)

L'offre en prévention et promotion de la santé (PPS), qu'elle corresponde à une politique, à des acteurs, des actions ou encore des dispositifs, est un service de santé rendu à la population. Elle a pour objet de concourir à l'amélioration de l'état de santé des populations et contribue à l'atteinte des objectifs des politiques de santé publique. Cette offre doit par conséquent, être structurée, adaptée, accessible, efficiente et de qualité.

L'éducation pour la santé est un outil indispensable pour la mise en œuvre de stratégies de PPS. Il convient de poursuivre la montée en compétence des acteurs dans ce domaine et d'impulser une dynamique favorable à cette pratique dans tous les secteurs concernés.

La **formation des professionnels** est un levier de développement de l'éducation pour la santé. Aujourd'hui, des modules d'éducation pour la santé (EPS) et d'éducation thérapeutique (ETP) sont bien intégrés dans les cursus de formations initiales et continues<sup>3</sup>. Mais l'effort doit se poursuivre dans le sens d'un renforcement des pratiques et d'une valorisation des professionnels du champ.

Par ailleurs, il est admis que les résultats sur la santé des actions de PPS ne sont visibles qu'à moyen et long terme. Il est donc important de veiller à la **stabilité et la pérennité de l'offre en PPS.** Ces prérequis semblent aujourd'hui admis, et la loi Hôpital Patient Territoire (HPST, 2009) dans son titre IV, même si elle ne fait pas mention précisément de l'offre en PPS, ouvre de fait la contractualisation à ses opérateurs, que sont principalement les associations. Le développement de conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM) serait une solution plus adaptée à la mise en œuvre d'actions efficaces en PPS, en cela qu'en plus de définir des objectifs précis et mesurables, elles garantissent en même temps les moyens financiers pour les atteindre.

Enfin, le champ de la PPS a besoin de communiquer sur des résultats probants en passant par une meilleure structuration, une meilleure évaluation et donc une meilleure efficacité de l'offre.

Face aux exigences de plus en plus fortes des pouvoirs publics et des usagers d'avoir des données probantes en matière d'efficacité des actions et d'amélioration de la santé de la population, la qualité en PPS devient alors une priorité. A l'inverse des secteurs sanitaire et médicosocial, la notion de qualité n'est que très récente dans le champ de la PPS. En effet, la démarche qualité, avec ses procédures d'audit et d'évaluation (interne et externe), ses référentiels et outils validés (pouvant mener à la certification ou la labellisation), est depuis longtemps adoptée notamment par les structures sanitaires et médico-sociales qui s'engagent ainsi à améliorer et sécuriser ses soins et services.

Aussi, suite aux recommandations des Etats Généraux de la Prévention de 2006, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) propose, en 2009, un guide d'autoévaluation à

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> État des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France Résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé Jérôme FOUCAUD.

destination des associations de PPS dans lequel il précise que la **qualité en promotion de la santé** « c'est l'ensemble des caractéristiques liées à une action qui permettent de proposer la meilleure réponse possible aux besoins de santé<sup>4</sup>. »

Cette entrée dans une démarche qualité permet ainsi de contribuer à une meilleure efficacité des actions.

L'évaluation, dans le champ de la PPS, se décline en trois niveaux :

- **l'évaluation de la politique** : menée par les pouvoirs publics en charge de la santé et qui s'appuie sur différents objectifs stratégiques et programmes de mise en œuvre ;
- **l'évaluation des programmes** : menée dans le cadre de priorités de santé et/ou de dispositifs permanents ;
- **l'évaluation des actions** : menée généralement par des opérateurs de terrain et déployée au plus proche de la population.

#### Le rôle de l'ARS dans l'évaluation :

L'ARS se positionnant sur l'évaluation de la politique et des programmes, elle pourra faire appel à des prestations d'évaluation externe.

En ce qui concerne l'évaluation des actions menées sur le terrain, l'ARS se doit :

- d'accompagner les opérateurs par la promotion de démarches d'autoévaluation et/ou par la mise à disposition de référentiels ou outils validés dans le domaine de l'évaluation.
- De structurer et de mettre en place une politique de suivi des actions et dispositifs qu'elle finance.

Quant à **l'inspection- contrôle, qui** nécessitent des outils, des méthodes et des postures, spécifiques, elle devra être pensée de manière transversale aux trois champs de l'ARS.

Pour l'ensemble de ces démarches, des **structures d'appui** sont positionnées auprès des ARS : les Observatoire Régionaux de Santé (ORS), le Réseau des Instances Régionales d'Education Pour la santé (IREPS) et depuis moins de dix ans les Pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé. Ainsi, il conviendra de définir des modalités de conventionnement et de suivi permettant de **renforcer le rôle de ces structures dans la mise en œuvre de la politique de santé publique.** 

L'ensemble des points cités ci-dessus constitue des leviers essentiels pour développer une **offre en PPS structurée, efficace et pérenne**. Ce sont les facteurs clefs de l'amélioration de la qualité de l'offre.

La prise en compte de la PPS par les structures et dispositifs de soin ou du médico-sociale concoure à faire émerger une autre approche de la santé à travers le service rendu. Ce dernier devient de fait plus ouvert et respectueux des autres dimensions du patient en dehors de l'aspect de la maladie. Que ce soit des réseaux, des hôpitaux, des professionnels libéraux, des centres de santé, etc., les « services de santé » sont des passages obligatoires dans le parcours de santé de la population. Il convient de renforcer leur rôle en tant qu'acteur de PPS car ce sont des lieux favorables à la mise en œuvre de stratégies de PPS. Les structures et dispositifs de santé doivent par conséquent être mobilisés, sensibilisés et accompagner dans leurs implications en PPS.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations (INPES, septembre 2009, 40p). Ouvrage réalisé dans le cadre d'une réflexion engagée suite aux Etats Généraux de la Prévention de 2006.

OBJECTIF GENERAL. 2 DEVELOPPER L'OFFRE EN PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE (PPS), NOTAMMENT PAR LE RENFORCEMENT DE L'EDUCATION POUR LA SANTE (EPS)

### <u>Orientations stratégiques de rattachement du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)</u>

Les réflexions menées dans le cadre du PSRS ont permis de dégager les priorités sur ce champ :

- la gestion par chaque martiniquais de sa sexualité pour limiter les grossesses précoces et les IVG.
- la connaissance des maladies chroniques pour mieux les éviter et se soigner,
- les représentations autour de la santé mentale pour mieux détecter, ne pas stigmatiser et bien se faire prendre en charge,
- la préparation aux risques majeurs,
- l'éducation à la santé environnementale pour gérer son environnement et son cadre de vie.

#### **Enjeux**

- Développer tant les aptitudes individuelles et collectives que l'action communautaire.
- Créer une réelle responsabilisation individuelle vis à vis de son capital santé
- Organiser et renforcer l'EPS en Martinique, notamment les interventions en milieu scolaire et dans des milieux spécifiques

#### Déclinaison opérationnelle

- Accroître la professionnalisation des intervenants en EPS
- Renforcer le positionnement du pôle régional de compétence en éducation pour la santé
- Organiser les actions d'éducation à la santé en milieu scolaire, sur les quatre territoires de proximité
- Accompagner le développement l'offre en EPS dans des milieux spécifiques
- Organiser les démarches communautaires en santé

#### Acteurs concernés

- Pôle Régional de Compétences en EPS et PDS,
- IREPS
- Education Nationale
- Université Antilles Guyane
- REAAP
- Associations
- PMI et Structures de Petite Enfance,
- Structures de soin et médico-sociales

#### Population concernée

- Jeunes de 0 à 25 ans et intervenants autour des enfants
- Adultes sur tout le territoire de santé
- Personnes âgées et handicapées
- Professionnels

#### Niveau territorial de mise en œuvre

Niveau régional, 4 territoires de proximité (organisation par public cible également à prévoir)

#### Leviers d'action

- Un pôle Régional de compétences en EPS et PDS fédérant des partenaires,
- L'IREPS Martinique
- Une convention cadre en Promotion de la Santé ARS Martinique/Education nationale-Région Martinique en cours pour l'organisation des actions d'EPS en milieu scolaire
- Des liens en cours de structuration avec l'Université Antilles Guyane
- Des actions d'éducation à la santé environnementale initiées par l'ARS Martinique
- Des réseaux d'associations de proximité dynamiques

#### Points de vigilance

- Des financements à hauteur des enjeux
- Une identification précise des partenaires clés
- La qualité des compétences éducatives acquises

#### Résultats attendus à 5 ans

- Disposer d'un réseau dense de personnes compétentes en EPS, tous secteurs confondus (santé, environnement, social, éducatif, ...)
- Une dynamique éducative dans les territoires avec l'appropriation des enjeux de la politique régionale de santé par les partenaires

#### **Indicateurs:**

#### Indicateurs de mise en œuvre :

- Nombre de nouveaux partenaires faisant appel au pôle de compétences
- Existence d'un recensement des personnes compétentes en EPS
- Existence d'une communication sur cette liste
- Existence de crédits identifiés pour l'EPS à l'ARS Martinique
- Nombre de partenaires ayant identifié des crédits dédiés à l'EPS
- Signature d'une convention avec l'Education nationale-Région Martinique
- Nombre de CESC centralisant les suivis des actions d'EPS
- Signature d'une convention avec l'UAG
- Nombre de structures ou dispositifs ayant intégré l'EPS dans leurs objectifs
- Existence, par territoire, d'un réseau structuré de relais communautaire
- Nombre d'actions portées par ces réseaux, par territoire

#### Indicateurs de résultats

#### Évaluation de :

- fonctionnement du réseau éducation nationale
- fonctionnement du réseau communautaire

(cf. 6.PLANS D'ACTIONS ET CALENDRIER PAGE 77)

# OBJECTIF GENERAL. 3 AMELIORER LA QUALITE DE L'OFFRE EN PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE (PPS)

### <u>Orientations stratégiques de rattachement du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)</u>

Cet objectif est transversal à tous les domaines du PSRS dans lesquels des objectifs de prévention ont été identifiés.

#### Enjeux

- Le renforcement des compétences en PPS
- La pérennité et stabilité du financement de l'offre, notamment celle du secteur associatif
- La mise en œuvre d'une démarche qualité en PPS
- L'amélioration du suivi et de l'évaluation de l'offre
- Le renforcement des structures et dispositifs d'appui dans leurs missions

#### Déclinaison opérationnelle

- Inscrire les opérateurs de la PPS dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de leur offre
  - o Partager une culture de l'évaluation aux niveaux régional et territorial
  - o Développer des modalités de suivi et d'évaluation de l'offre
  - Harmoniser les pratiques de suivi et d'évaluation sur l'ensemble des territoires
  - O Développer une « culture qualité » chez les opérateurs
  - Inciter les associations concernées à engager une démarche qualité en promotion de la santé, notamment par l'utilisation d'outils validés
- Favoriser l'efficacité de l'offre par la sécurisation de son financement
  - Elaborer des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les opérateurs répondant aux orientations politiques;
  - Développer des modalités de financements spécifiques pour les actions ou dispositifs innovants
  - O Développer les co-financements de l'offre en PDS
- Poursuivre et renforcer l'accompagnement des opérateurs avec les structures et dispositifs régionaux d'appui

Structures ou dispositif d'appui concernées par cet objectif : IREPS Martinique, OSM, pôle régional de compétences en éducation pour la santé (PREM)

- Définir des missions spécifiques et adaptées aux besoins des opérateurs, formalisées dans des conventions avec l'ARS;
- o Inciter à la mutualisation des pratiques sur l'ensemble du territoire ;

#### Acteurs concernés

- ARS Martinique
- Acteurs de PPS (associations, collectivités, autres structures, etc.)
- Professionnels de santé concernés
- IREPS Martinique
- PREM/PRC Martinique
- OSM
- Commission de Coordination de Prévention

#### Population concernée

- Agents de l'ARS Martinique
- Acteurs de PPS (associations, collectivités, autres structures, etc.)
- Professionnels de santé concernés
- IREPS Martinique
- PREM/PRC Martinique
- OSM

#### Niveau territorial de mise en œuvre

• Niveau régional et 4 territoires de proximité

#### **Leviers**

- Une offre de service en PPS relativement bien implantée;
- Un dispositif PRSP/GRSP évalué dans sa mise en œuvre ;
- Une offre de formation proposée par l'IREPS Martinique, la PREM/PRC Martinique et l'UAG;
- La création d'un Institut de Formation aux métiers des la santé ;
- La disponibilité d'outils et référentiels validés et diffusés ;
- Un mandat donné à l'IREPS depuis 2009, pour la gestion de l'outil OSCARS ;
- Expériences de signature de CPOM avec l'IREPS Martinique et l'OSM en 2010 et 2011

#### Points de vigilance

- Le texte IV de la loi HPST portant sur la contractualisation avec les offreurs de service en santé ne mentionne pas les acteurs de PPS; le cadre législatif et juridique n'est donc pas fixé;
- L'outil OSCARS ne recense à ce jour que les actions financées par le GRSP. Il faut donc veiller à l'élargissement des données recensées ;
- Collaboration à mettre en place en lien avec la CGSS sur le suivi des actions financées (outils de suivi partagés); et les autres partenaires (Education nationale et CESC; DRJSCS...);
- Positionner la Commission de Coordination de Prévention sur les différentes démarches stratégiques en PPS.

#### Résultats attendus à 5 ans

- Elaboration d'un catalogue des formations continues ou initiales en éducation pour la santé et éducation thérapeutique ;
- Création de diplôme régionaux ou d'unité d'enseignement en ETP ou EPS ;
- Elaboration de protocoles d'évaluation de la politique et de l'offre en PPS
- Renouvellement des CPOM justifiant d'une évaluation positive
- Présenter les résultats d'une action ayant démontré son efficacité
- Des partenaires opérateurs inscrits dans une démarche qualité en Promotion de la Santé
- Utilisation d'OSCARS afin de recenser et suivre l'ensemble des actions de PPS sur le territoire
- Evaluation et suivi de la politique en lien avec les structures d'appui

#### **Indicateurs:**

#### Indicateurs de mise en œuvre :

- Nombre d'associations inscrites dans une démarche qualité
- Nombre de CPOM signés

#### Indicateurs de résultats

• Nombre d'associations ayant communiqué sur l'efficacité de leurs actions

(cf. 6.PLANS D'ACTIONS ET CALENDRIER PAGE 78)

# OBJECTIF GENERAL. 4 INTEGRER LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE DANS LES STRUCTURES ET DISPOSITIFS DE SANTE

<u>Orientations stratégiques de rattachement du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)</u>

#### **Enjeux**

- Orienter les structures et dispositifs du secteur sanitaire et médico-social vers la prise en compte de la promotion de la santé dans leurs politiques et leurs pratiques.
- Orienter les pratiques des médecins de ville et des professionnels de santé libéraux vers la Prévention et la Promotion de la Santé.
- Faire se rejoindre, sur les territoires, les logiques curatives et préventives, grâce aux structures et dispositifs.

#### <u>Déclinaison opérationnelle</u>

- Inscrire la Prévention et la Promotion de la Santé dans les CPOM des établissements de soins et médico-sociaux, des réseaux de santé, des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et du Centre de Santé au travers de plans d'actions adaptés aux spécificités du territoire
- Mener un plaidoyer en Prévention et Promotion de la Santé au sein des structures et dispositifs de soins et médico-sociaux et auprès professionnels de santé libéraux.
- Favoriser l'implication des professionnels libéraux (médecins, infirmiers, sages femmes, ...) dans la prévention.
- Accompagner les pharmaciens dans leurs interventions possibles en prévention (EPS, ETP, contrôle des vaccinations, ...).
- Sensibiliser à la Prévention et Promotion de la Santé dans les formations initiales et continues des professionnels de santé, notamment dans le cadre de la mise en place de l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé.

#### Acteurs concernés

- ARS Martinique (Direction de l'offre médico-sociale et Direction de l'offre de soins)
- CGSS de la Martinique
- Toutes structures et dispositifs de santé.
- Professionnels libéraux
- Pharmaciens
- Union Régionale des Professionnels de Santé
- Structures de formations initiales et continues

#### Population concernée

- Etablissements de santé et médicosociaux
- Réseaux de santé
- Professionnels libéraux
- Centre de santé
- ...etc.

#### Niveau territorial de mise en œuvre

Niveau régional et 4 territoires de proximité

#### Leviers d'action

- Des hôpitaux locaux en cours de transformation en hôpitaux de proximité.
- Des réseaux de santé existants et en cours de réorganisation (fusions, coopérations)
- Un plan de développement des structures et dispositifs du médico-social
- Nouvelles missions des pharmaciens en prévention
- Restructuration en cours de la Société d'Hygiène
- Partenariat fort avec la CGSS de la Martinique

#### Points de vigilance

Cloisonnement actuel entre les champs sanitaire, médico-social et prévention

#### Résultats attendus à 5 ans

Une implication plus grande des structures et dispositifs, ainsi que des professionnels libéraux, sur chacun des territoires

#### **Indicateurs**

#### Indicateurs de résultats

- Pourcentage de structures et dispositifs sensibilisés
- Nombre d'actions de sensibilisation des professionnels libéraux
- Pourcentage de CPOM intégrant des objectifs de PPS
- Pourcentage d'établissements ayant des financements dédiés à la PPS
- Par catégorie de professionnels : nombre et type de prise en compte de la PPS
- Pourcentage de pharmaciens sensibilisés
- Nombre d'initiatives de pharmaciens en PPS
- Action de sensibilisation de formateurs de professionnels de santé réalisée
- Nombre d'actions d'information réalisées à destination des étudiants
- Existence d'objectifs de formation en PPS dans le projet d'IFMS

(cf. 6.PLANS D'ACTIONS ET CALENDRIER PAGE 79)

# AXE 3 Décliner les priorités de santé dans des programmes ou actions de prévention

#### **SURPOIDS ET OBESITE**

En Martinique près **d'1 enfant sur 4** et **plus d'1 adulte sur 2** est en surpoids ou obèse. D'après une récente enquête (PODIUM<sup>5</sup>), la **prévalence de l'obésité continue de croitre** dans la population martiniquaise, surtout chez les femmes et les enfants, contrairement à ce qui peut être constaté en France hexagonale. Par ailleurs, l'obésité abdominale touche 44% des femmes et 15 % des hommes. L'excès de poids peut avoir de graves conséquences autant sur le plan sanitaire (augmentation des risques de diabète de type 2, de maladies cardiovasculaires, de certains cancers et complications de la grossesse...), qu'économique, social (inadaptation sociale et/ou professionnelle), et surtout humain (stigmatisation, troubles psychologiques...).

Par ailleurs, la Martinique présente de nombreux indicateurs signant une situation de précarité plus importante qu'en France hexagonale (taux de chômage, nombre de ménage sous le seuil de pauvreté, taux de famille monoparentale, bénéficiaires de la CMU...). Or de nombreuses études montrent clairement que le surpoids et l'obésité touchent plus particulièrement les populations défavorisées.

Identifiée comme une priorité nationale par le Président de la République (Plan Obésité 2010-2013), la lutte contre le surpoids et l'obésité représente également un enjeu majeur de la politique de santé publique à la Martinique. Cet objectif nécessite une prise en compte transversale au niveau de l'ARS et une coordination avec les autres politiques publiques. La lutte contre le surpoids et l'obésité fera ainsi l'objet d'un programme régional transversal et intersectoriel piloté par l'ARS.

En matière de prévention, l'effort portera sur le développement des actions et mesures de proximité, adaptées aux spécificités locales, et intéressant principalement les 2 principaux déterminants que sont :

- L'alimentation
- L'activité physique et sportive

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> PODIUM : « Prévalence de l'Obésité, de la Diversité et de son Image Ultra-Marine »

#### PERINATALITE/VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

Le nombre annuel de naissances a baissé ces dernières années en Martinique, passant de 5 789 en 1998 à 5267 en 2008. Mais ceci est surtout lié à la diminution du nombre de femmes en âge de procréer, puisque contrairement à ce qui est observé dans la plupart des autres régions françaises, en Martinique, l'indice conjoncturel de natalité est en hausse : il est passé de 1,88 enfant par femme en moyenne sur 2003-2005 à 2,06 enfants par femme en moyenne sur 2006-2008.

Les indicateurs régionaux de mortalité périnatale, d'accouchements prématurés et d'interruption volontaires de grossesse restent cependant défavorables ce qui justifie de positionner la périnatalité parmi les priorités régionales.

#### Interruptions volontaires de grossesse :

Depuis 2000, **1** conception sur **3** se termine, en Martinique, par une IVG. Le nombre régional d'IVG par femme bien qu'en diminution de près de 6 % en 5 ans, reste supérieur de 57,9% par rapport à la Métropole. Sur la période 2004-2009, ce sont ente 179 et 250 jeunes filles mineures qui ont été concernées, chaque année, par une IVG, soit 8 à 10% des IVG, deux fois plus qu'en métropole.

#### Prématurité :

Cette diminution du nombre de naissances s'accompagne d'une diminution, depuis 2001, du taux de naissances prématurées qui reste malgré tout presque 2 fois plus élevé en Martinique qu'en France métropolitaine. Ainsi la prématurité touche plus d'une naissance sur 10 en Martinique.

La proportion, de **grossesses aux âges extrêmes** (avant 20 ans et après 38 ans) est plus importante qu'en France métropolitaine. Celles-ci représentent 15% des grossesses martiniquaises contre seulement 5,4% en Métropole. Une analyse du PMSI entre 2006 et 2009 a permis de mettre en évidence une certaine **corrélation entre** « **grossesse à un âge extrême** » **et** « **prématurité** ».

#### Mortalité maternelle :

L'étude menée par <u>l'Institut de Veille Sanitaire</u> a montré une **mortalité maternelle** pour 100 000 naissances entre 2001 et 2006 plus importante en Martinique (21,5), et plus généralement dans l'ensemble des DOM (32,0) ainsi qu'en lle de France (12,4), que dans le reste des régions françaises (7,5). Selon l'expertise du Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle menée sur les dossiers analysables, **la proportion de cas considérés évitables serait de 50,0% dans les DOM.** Pour L'InVS, ni l'âge ni la nationalité des femmes n'expliquent le sur-risque de mortalité maternelle en lle de France et dans les DOM.

#### Mortalité périnatale :

Globalement, les taux de mortalité chez les enfants de moins de un an en Martinique sont en 2,04 et 2,76 fois plus élevé qu'en France Métropolitaine et en forte augmentation en 2006-2008 par rapport à ceux de 2002-2004. L'influence des changements de définition dans le calcul des taux reste à préciser. L'analyse effectuée en métropole en 1999 a montré que les deux tiers de ces décès concernaient des prématurés (67,1 %) et particulièrement les grands prématurés. Ces derniers, nés avant 33 semaines d'aménorrhée, sont quatre fois plus fréquents en Martinique et en augmentation entre 2001 et 2004.

La fréquence des interruptions de grossesses, notamment chez des femmes jeunes, met en évidence la fréquence de grossesses non désirées ou mettant la jeune femme en situation de détresse. Par ailleurs, les grossesses précoces sont corrélées avec une plus grande fréquence d'accouchements prématurés, parmi lesquels la mortalité périnatale est plus élevée.

Par conséquent, il importe de développer la prévention selon une approche globale de la sexualité et impliquant tous les professionnels du système de santé.

#### **ADDICTIONS**

Les conduites additives ont un impact tant au niveau individuel que collectif. Des conséquences sociales et économiques sont fréquemment observées (« une consommation régulière de crack est souvent responsable d'une perte d'emploi et d'une désocialisation progressive chez les usagers... »<sup>6</sup>). La politique de lutte doit avoir une approche globale et intersectorielle. Tant les secteurs sociaux, économiques que la santé sont concernés. Au sein de l'ARS, il convient de définir des stratégies transversales permettant de garantir un continuum dans la prise en charge des usagers de substances psychoactives. La prévention, les soins, l'accompagnement médico-social et le social sont intrinsèquement liés lorsqu'il s'agit d'addictions. C'est pourquoi, ces dernières feront l'objet d'un programme régional transversal et intersectoriel piloté par l'ARS, intégrant à la fois les orientations en addictologie des autres schémas d'organisation de l'ARS (offre de soin et offre médico-sociale) mais également celles des autres politiques publiques.

Les mesures présentées ici sont consacrées plus particulièrement au domaine de la prévention et promotion de la santé.

#### SANTE ENVIRONNEMENT

Les interventions en santé environnementale sont actuellement essentiellement centrées « sur des constats scientifiques et épidémiologiques qui placent naturellement les risques pour la santé au cœur des démonstrations et de ce fait au cœur des actions »<sup>7</sup>. Cette approche a permis de faire reculer les grands fléaux sanitaires (maladies hydriques, vectorielles...) et de gérer des pollutions de grandes ampleurs (chlordécone). Néanmoins, elle montre aujourd'hui ses limites en raison notamment de la multiplicité des situations et des évènements pouvant générés des effets sanitaires et des exigences plus élevées de sécurité sanitaire et de qualité de vie. La santé environnementale, vue sous l'angle actuel met donc les scientifiques et les experts au cœur des interventions et de la résolution des problèmes alors même que les populations souhaitent s'impliquer dans les débats les plus complexes et participer aux décisions comme l'a montré « le dossier chlordécone ».

Il est donc nécessaire d'opérer un déplacement des interventions vers des « processus permettant aux institutions, aux individus ou à leurs organisations de mieux contrôler l'impact de leur environnement sur leur santé ». La promotion de la santé environnementale peut ainsi contribuer de façon importante à la réduction des effets de l'environnement sur la santé » des populations Martiniquaises. Selon l'OMS, 25 à 35 % de la charge mondiale de morbidité peut être attribuée à des facteurs de risques environnementaux sans qu'un chiffre puisse être avancé pour la Martinique compte tenu du caractère multifactorielle de la plupart des maladies générées par des environnements défavorables.

Or, en Martinique particulièrement, les activités de promotion de la santé environnementale restent à construire et à développer. Ainsi les opérateurs pouvant offrir des services sur ce champ spécifique sont quasi inexistants. Par ailleurs, même si les collectivités, du fait de leurs compétences ou en raison de choix politiques, sont à l'origine de multiples initiatives dans le domaine de l'environnement, il n'existe pas à l'heure actuelle de démarches structurées permettant d'éclairer les choix (politiques, aménagement) du point de vue de leur impact sur la santé et d'en tenir compte.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Enquête CAME Crack à la Martinique. Point de vue de la population, profils et trajectoires des usagers. OSM CIRDD. Septembre 2008.64 p.

<sup>&</sup>lt;sup>7,3</sup> Promotion de la santé environnementale, Sous la coordination de l'IREPS Rhône-Alpes

De même, l'inexistence d'activité de recherche en santé environnementale et le nombre limité d'experts pouvant intervenir dans ce domaine rendent difficile le développement d'une approche écosystémique<sup>8</sup> des problèmes de santé pourtant souhaitable.

L'ambition des politiques qu'il y a lieu de mettre en place est donc « de faire émerger un champ de la promotion de la santé environnementale qui soit suffisamment délimité pour qu'il ne se confonde pas avec la santé ou la promotion de la santé (tel que défini par l'OMS) et suffisamment dynamique pour qu'il puisse intégrer des approches positives comme la promotion de la qualité de vie »<sup>9</sup>.

#### **VACCINATION**

La vaccination offre une protection individuelle à la personne vaccinée, mais elle représente également une protection collective grâce à l'interruption de la circulation de l'agent infectieux dans la population lorsqu'une couverture vaccinale optimale est atteinte.

Il est essentiel de conserver une bonne couverture vaccinale, même pour des maladies qui sont devenues rares grâce à la vaccination mais pourraient ré émerger si le nombre de personnes réceptives augmentait. C'est la situation à laquelle l'Europe et tout particulièrement la France métropolitaine ont été confrontées avec les vagues épidémiques récentes de rougeole. La Martinique est encore aujourd'hui épargnée. Une couverture vaccinale efficace (95%) parmi toutes les personnes âgées de 1 à 31 ans en 2011 est indispensable pour avoir une chance de conserver cette situation favorable.

Pour garantir à la population un bon niveau de protection, il est de plus nécessaire que la couverture vaccinale soit homogène : des « poches » de sujets non vaccinés peuvent être à l'origine de flambées épidémiques, même si le taux de couverture vaccinale est globalement satisfaisant. C'est pourquoi il convient de veiller à une équité de l'offre de vaccination sur tous les territoires de proximité.

La notion de vaccination altruiste se développe avec les stratégies de cocooning visant à protéger les personnes qui ne peuvent pas être vaccinées, en vaccinant leur entourage. Nous aurons donc à informer largement sur cet aspect de la prévention pour protéger les plus fragiles d'entre nous.

La vaccination de populations vulnérables à un risque infectieux particulier est également un enjeu remarquable des programmes de vaccination. En Martinique, la drépanocytose est une maladie plus répandue qu'en métropole. Les personnes atteintes ont un risque accru d'infections invasives à pneumocoques et doivent donc bénéficier de la vaccination existante et prévue dans le calendrier vaccinal. De même, plusieurs maladies chroniques particulièrement fréquentes en Martinique, dont le diabète, justifient une vaccination annuelle contre la grippe saisonnière. Des progrès sont à accomplir pour améliorer la couverture vaccinale contre la grippe.

Les personnes exposées à des risques spécifiques lors de voyages doivent recevoir des conseils adaptés, c'est le rôle des centres de vaccinations internationales qui sont les seuls à pouvoir pratiquer la vaccination contre la fièvre jaune, indispensable pour se rendre par exemple en Guyane.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> « L'approche Éco systémique reconnaît qu'il y a des liens inextricables entre les humains et leurs environnements bio- physique, social et économique et que ces liens se répercutent sur la santé des individus. »

Certaines activités professionnelles font aussi l'objet de recommandations particulières. La leptospirose est une maladie infectieuse plus fréquente en Martinique qu'elle ne l'est en métropole, et certaines professions exposent plus à ce risque qu'il convient alors de prendre en compte. Un travail interrégional est en cours pour mieux connaître ce risque et les moyens de prévention les plus adaptés.

La vaccination, en évitant la survenue de maladies infectieuses, est un moyen de limiter l'utilisation des antibiotiques et donc de freiner le développement des résistances, problème majeur de santé publique.

Enfin, la recherche est en marche, de nouveaux vaccins sont à l'étude et l'espoir de voir arriver le vaccin contre la dengue grandit. L'ampleur de l'épidémie qui a sévit l'an dernier permet de mesurer l'importance que pourrait avoir ce vaccin et l'intérêt de disposer d'une offre de vaccination réactive. La vaccination est ainsi l'action de prévention par excellence et son importance en santé publique est primordiale. L'Organisation Mondiale de Santé (OMS) estime qu'elle permet d'éviter dans le monde 3 à 4 millions de décès par an.

L'évolution de la situation épidémiologique, des modes de vie, des vaccins disponibles, des connaissances sur les caractéristiques de ces vaccins et leur impact, sont autant de facteurs nécessitant une adaptation régulière des recommandations. Le calendrier vaccinal est actualisé chaque année et publié par l'Institut de veille sanitaire (InVS) dans un numéro thématique du bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH). L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) relaie ces recommandations dans des documents adaptés à différents publics cibles et régulièrement actualisés.

L'application de ces recommandations repose sur :

- des centres de vaccination gratuits pour le public, gérés en Martinique par le Conseil Général,
- l'activité des médecins libéraux, avec un remboursement par l'assurance maladie et les mutuelles, sous conditions.

Nous disposons donc de recommandations (calendrier vaccinal), de vaccinateurs (médecins libéraux, centres de vaccination), de financements de vaccins (assurance maladie, mutuelles, état), de vaccins, d'outils de communication (INPES) qu'il nous appartient peut-être de perfectionner et d'adapter à notre contexte pour offrir à la population martiniquaise une protection encore plus performante.

Une enquête de couverture vaccinale menée par l'Observatoire de la santé de la Martinique nous donnera d'ici à la fin de l'année 2011 un état des lieux qui orientera les priorités du programme régional de vaccination.

La surveillance de l'incidence des maladies cibles permet d'évaluer l'impact du programme de vaccination. Le besoin de renforcer cette surveillance pour les maladies autres que les maladies à déclaration obligatoire pourrait être étudié, notamment pour le pneumocoque, compte tenu de la fréquence de la drépanocytose en Martinique.

#### DÉPISTAGE

Le dépistage peut avoir plusieurs objectifs ; il permet de rechercher :

- un facteur de risque de maladie : dépister l'hypercholestérolémie permet de la traiter et ainsi limiter le risque d'apparition de maladie cardio-vasculaire.
- une lésion bénigne favorisant une autre maladie : la présence de sang dans les selles peut révéler l'existence d'un polype du côlon que l'on pourra traiter, évitant ainsi qu'il ne dégénère en cancer du colon.
- une maladie à un stade précoce: le pronostic d'une maladie est souvent meilleur quand elle est prise en charge à un stade précoce, et certaines maladies donnent peu ou pas de symptômes cliniques au début et ne se révèlent parfois qu'au moment de l'apparition de complications irréversibles.

• une complication d'une maladie : dépister les possibles complications d'une maladie permet d'en réduire la gravité.

Le dépistage doit parfois être suivi d'examens permettant d'établir un diagnostic (notamment en cancérologie) et a pour but **une prise en charge** de la maladie ou anomalie décelée.

Le dépistage s'adresse fréquemment à une population ciblée, en fonction de facteurs de risques connus qui peuvent être simplement l'âge ou être liés à des antécédents familiaux ou personnels, des comportements individuels, certains environnements.

Les enjeux du dépistage seront donc de le rendre accessible dans de bonnes conditions à l'ensemble des personnes qui peuvent en tirer bénéfice et d'assurer à ces personnes un suivi adapté et individualisé, leur garantissant une prise en charge précoce si une anomalie est décelée, ainsi qu'une information claire sur la signification d'un résultat négatif.

Le schéma de prévention s'attachera à améliorer l'offre et l'adhésion au dépistage des facteurs de risque et des maladies chroniques repérées comme prioritaires lors de l'élaboration du PSRS, et à limiter les occasions manquées de dépistage dans les domaines suivants :

- surpoids et obésité : 1 enfant sur 4 et 1 adulte sur 2 sont en surpoids ou obèses à la Martinique.
- diabète et ses complications
- Insuffisance rénale chronique
- maladies cardiovasculaires (HTA, AVC...)
- drépanocytose
- cancers (dépistage organisé des cancers)
- infection par le VIH

Une attention particulière sera apportée au suivi des enfants à risque de handicap et au repérage précoce de la souffrance des adolescents.

#### **EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT**

#### **DEFINITIONS**

- 1) Education thérapeutique (rapport OMS-Europe, 1996): « l'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend les activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Cela a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie ». Education thérapeutique (article 84 L. 1161-1 de la loi HPST du 21 juillet 2009-titre III) : « [ETP] s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ».
- 2) Actions d'accompagnement «qui font partie de l'éducation thérapeutique» et «ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie» (article L.1161-3 du Code de la Santé Publique). Un cahier des charges national doit fixer le cadre de ces actions (article. 1161-3 loi HPST titre III).
- **3) Programmes d'apprentissage** qui « ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant» (article L.1161-5 du CSP).

En Martinique, comme dans la plupart des pays développés, les maladies chroniques constituent les premières causes de mortalité, de morbidité et de handicap. Elles sont de plus surreprésentées dans les populations les plus vulnérables (précaires, femmes, personnes âgées et en situation de handicap).

La Martinique fait face à des problématiques d'ordre socio-économique et démographique :

- Une population vieillissante qui connaitra, du fait de l'allongement de la vie, de plus en plus de maladies chroniques.
- Un contexte social plutôt défavorable accentuant les inégalités de santé: un taux de bénéficiaires CMUC presque 6 fois plus élevé qu'en France hexagonale; près ¼ martiniquais au chômage, environ 40% de familles monoparentales et 2 fois plus de ménages vivant sous le seuil de pauvreté (par rapport à la France hexagonale).
- des dépenses de santé de plus en plus importantes liées à la prise en charge de ces maladies

Par ailleurs, bien que la qualité et l'offre de soins tendent à s'améliorer, la prise en charge des maladies chroniques rencontre quelques difficultés :

- dans la fluidité du parcours de santé : on note de nombreux cas de « ruptures de soins » dues à l'absence ou à la mauvaise observance du traitement (cas de HTA ou du diabète en Martinique), des difficultés d'accès au système de santé, un manque de suivi des patients notamment atteints de maladies chroniques
- dans l'offre et l'accès aux soins et à la prévention encore insuffisants et hétérogènes sur le territoire
- l'ETP identifiée comme priorité nationale mais encore peu développée en région

Enfin, il existe une forte demande des usagers du système de santé (patients, familles) d'être mieux informés, accompagnés et impliqués dans tout ce qui touche à leur santé. Cette demande concerne aussi bien la prise en charge des maladies chroniques identifiées que d'autres pathologies (addictions, santé mentale...).

Face à ces différents enjeux, le développement de l'ETP pour ces maladies est une priorité du Schéma de prévention de la Martinique. Le but étant de mettre en place, de manière progressive et pérenne, une offre en ETP diversifiée et graduée, pour tous et sur les 4 territoires.

Cette offre devra répondre à quelques principes :

- la proximité (sur les 4 territoires de proximité) et l'accessibilité de tous les patients à l'offre
- la coordination et l'harmonisation (notamment en termes de formation, de pratiques)
- la qualité (formation des professionnels, respect du cahier des charges ...) et l'évaluation
- la complémentarité et la mutualisation entre l'hôpital et l'ambulatoire (notamment avec les acteurs des soins de premiers recours), avec les structures médicosociales, les associations...
- un financement dédié répondant aux besoins et pérenne
- l'implication du médecin traitant et du patient
- la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

#### <u>ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT DANS SON PARCOURS DE</u> SANTE

Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et notamment des personnes vulnérables constitue un véritable défi pour notre système de santé. Ces maladies par leur caractère durable et évolutif engendrent des incapacités personnelles, familiales et socio professionnelles. L'accompagnement du patient passe par une gestion quotidienne facilitée de la maladie. Une meilleure information des professionnels de santé libéraux, en capacité de mieux se coordonner entre eux, permet de rendre plus fluide, le parcours de santé du patient. Les réseaux de santé auront un rôle prépondérant, non seulement dans la coordination entre les professionnels mais également entre les professionnels de santé et le patient.

Accompagner le patient dans les difficultés qu'il rencontre dans le milieu professionnel est, également un des objectifs ciblés par les partenaires institutionnels au cours des réflexions. Les dispositifs de désinsertion sociale et professionnelle gérés par l'assurance maladie ne concernent, actuellement que les salariés victimes d'accidents du travail, de maladies professionnelles. Son extension aux patients vulnérables atteints de maladies chroniques, permettra d'apporter une réponse coordonnée, en termes d'évaluation de leur situation, de mise à disposition d'outils de retour à l'emploi ou d'accompagnement, dans le cas où ce maintien dans la vie active n'est plus possible.

Enfin, dans la gestion de la maladie, l'aidant professionnel ou familial est un acteur incontournable. La situation de l'aidant familial a particulièrement retenu l'attention car tout est à construire. Il s'agira donc d'identifier ces aidants, de recenser leurs besoins, de les former, de les reconnaître dans leur rôle et de leur apporter aussi des solutions de répit. L'Agence Régionale de Santé, dans la mise en œuvre de ces objectifs qui, pour la plupart ne relèvent pas directement de sa compétence, joue un rôle essentiel dans la coordination des nombreux partenaires, institutionnels ou associatifs qui concourent à la prise en charge des patients.

## OBJECTIF GENERAL. 5 PREVENIR LE SURPOIDS ET L'OBESITE

## <u>Orientations stratégiques de rattachement du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)</u>

**Domaine Maladie Chronique, priorité n°1 :** Développer des stratégies de Promotion de la Santé, de prévention primaire et de dépistage des principales affections à forte prévalence régionale

 Objectif 1: Mettre en œuvre un plan de réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité dans la population Martiniquaise, notamment chez les enfants, les jeunes et les femmes

#### **Enjeux**

Les principaux enjeux sont :

- La réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité ;
- La réduction de la prévalence des maladies favorisées par le surpoids et l'obésité;
- Créer une dynamique dans la population en faveur d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière

#### <u>Déclinaison opérationnelle</u>

- Elaborer et mettre en œuvre un programme régional transversal et intersectoriel de lutte contre le surpoids et l'obésité
- Mener un pilotage transversal et intersectoriel de lutte contre le surpoids et l'obésité
  - Elaborer un partenariat avec les acteurs clés (DAAF, DJSCS, Rectorat...) pour développer des priorités communes en matière de promotion de la santé et de prévention
  - Impulser et accompagner une dynamique de promotion de la santé et de prévention auprès des acteurs de l'alimentation, notamment ceux de l'industrie alimentaire, en lien avec la DAAF
  - Impulser et accompagner une dynamique de promotion de la santé et de prévention auprès des Collectivités territoriales et locales autour de la prévention du surpoids et de l'obésité
  - o Impliquer les structures hospitalières et/ou médico-sociales dans des actions de promotion de la santé et de prévention médicalisée

#### Population concernée

- Population générale, notamment les enfants, les jeunes et les femmes
- Personnes atteintes de surpoids et d'obésité

#### Acteurs concernés

- Directions métier de l'ARS,
- Partenaires institutionnels, notamment DAAF, DJSCS, Education nationale, CGSS, DIECCTE, ACSé...
- Collectivités territoriales et locales, PMI
- Professionnels du sanitaire, du social, de la petite enfance, du médico-social
- Associations,
- Mutuelles,...
- Acteurs de l'alimentation,
- Organismes de formation et structures d'appui (IREPS Martinique-PREM/PRC Martinique)
- URPS

#### <u>Niveau territorial de mise en œuvre</u>

Niveau régional, 4 territoires de proximité

#### <u>Leviers</u>

- Priorités nationale et régionale (PRS) interministérielles : déclinaison Plan obésité/Plan National Nutrition Santé 3 (PNNS3) et volet DOM, Plan National Alimentation (PNA), Plan National Santé Environnement 2 (PNSE 2), Plan Education, PRAPS...
- Pilotage et coordination de la politique de santé via la Commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile
- Partenariat en cours avec l'Education nationale et réseaux des Comités d'Education à la Santé et la Citoyenneté
- Référents municipaux de prévention pouvant relayer les politiques
- Engagement notable des Collectivités locales (2 villes actives PNNS...)
- Expérimentation régionale : Ecoles caramboles, Projet expérimental « Agir pour ma santé » (dispositif Volontaire Service Civique/FEJ)...
- Contrats Locaux de Santé

#### Points de vigilance

- Problématique transversale et multifactorielle
- Rôles et missions des réseaux de santé, Maison de Santé pluriprofessionnelle...
- Identification des acteurs du champ
- Professionnalisation des associations intervenant dans ce champ sur les 4 territoires
- Intersectorialité et coordination (y compris des financements)

#### Résultats attendus à 5 ans

- Ralentir l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité
- Elaboration d'un programme régional de prévention du surpoids et de l'obésité, impliquant les partenaires du sport, de la santé et de l'alimentation...
- Création de dynamiques territoriales fortes autour du sport, de la santé et de l'alimentation dans les territoires, intégrant une offre diversifiée et accessible à tous

- Développement de programmes d'éducation nutritionnelle notamment à destination des femmes enceintes, enfants en section de maternelle, populations précaires et vulnérables, en institution
- Amélioration de l'état nutritionnel des personnes (adultes et enfants) en particulier, enfants en grande section de maternelle, femmes enceintes, précaires, en institution, atteintes d'autres maladies chroniques (HTA, IRC...)
- Amélioration de la prise en charge des enfants et adultes en situation de surpoids et d'obésité, en particulier chez les plus précaires et vulnérables, en institution
- Amélioration de l'offre alimentaire locale (qualité nutritionnelle) notamment pour les plus démunis et les enfants scolarisés
- Amélioration des connaissances sur la maladie, ses causes et complications et sa prise en charge auprès des professionnels, des malades et du grand public (voir fiche observation)

#### **Indicateurs**

#### Indicateurs de mise en œuvre :

- Programme régional transversal et intersectoriel de la lutte contre le surpoids et l'obésité
- Mise en place d'un dispositif de recueil de l'IMC (et autres données anthropométriques) chez les enfants à l'entrée en cours préparatoire (CP)

#### Indicateurs de résultats :

- Nombre et nature des projets locaux intégrant les priorités de prévention du surpoids et de l'obésité (Atelier santé ville, CLS)
- Nombre de conventions signées (DAAF, Rectorat et DJSCS...)
- Nombres d'actions menées à destination des publics identifiés
- Nombre d'actions de prévention portée par des structures de soins et /ou médicosociales
- Charte d'engagement d'amélioration de la qualité nutritionnelle avec les industriels

(cf. 6.PLANS D'ACTIONS ET CALENDRIER PAGE 80)

OBJECTIF GENERAL. 6 OPTIMISER LE SYSTEME DE SANTE POUR UNE VIE AFFECTIVE, SEXUELLE ET REPRODUCTIVE FAVORABLE A LA SANTE TOUT AU LONG DE LA VIE

## <u>Orientations stratégiques de rattachement du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)</u>

**Domaine Maladies Chroniques, priorité n°1 :** Développer des stratégies de Promotion de la Santé, de prévention primaire et de dépistage des principales affections à forte prévalence régionale

- objectif 1.3 : inciter le martiniquais à devenir acteur de sa santé

#### Domaine Périnatalité et petite enfance – Priorité 1, Objectifs 1 et 2 :

- Mieux connaître et faire connaître les déterminants et les facteurs de risque à l'origine des indicateurs défavorables en périnatalité,
- Assurer à chaque jeune martiniquais une connaissance suffisante pour gérer sa vie sexuelle et reproductive.

#### Enjeux

- Réduire le nombre de grossesses non désirées
- Réduire le nombre de grossesses précoces chez les mineures
- Réduire les risques sexuels
- Mener une politique transversale et intersectorielle dans le cadre d'une approche globale de la sexualité

#### Déclinaison opérationnelle

- Mener des études quantitatives, qualitatives, rétrospectives et prospectives sur la vie affective, sexuelle et reproductive des martiniquais en partenariat notamment avec les spécialistes des sciences humaines et sociales
- Développer une approche globale et intégrée de la sexualité
- Renforcer l'information du grand public et des publics cibles sur la contraception
- Améliorer l'accessibilité à la contraception et la prévention des IST
- Inciter les prescripteurs et pharmaciens à une meilleure pratique dans le champ de la contraception

#### Acteurs concernés

- Education Nationale,
- Université Antilles Guyane,
- Acteurs de la promotion de la santé, de l'éducation pour la santé, les réseaux,
- Professionnels de santé : médecins traitants et de prévention, sages femmes, pharmaciens, professionnels paramédicaux, ...
- Assurance maladie et autres organismes de protection sociale,
- Collectivités territoriales,
- Santé au travail,
- Ecoles et instituts de formation des professionnels de santé, (futur Institut de Formation aux Métiers de la Santé),
- Centres de planning familial,
- Professionnels de l'épidémiologie et des sciences sociales,
- Société d'Hygiène de la Martinique,
- Unité de victimologie du CHUM

#### Niveau territorial de mise en œuvre

Niveau régional et les 4 territoires de proximité

#### Population concernée

- Population générale, notamment les jeunes
- Professionnels de l'éducation
- Professionnels de santé y compris ceux en formation initiale

#### Leviers

- Un partenariat actif et conventionnel avec le conseil général qui gère des centres de PMI et de planification familiale,
- Un partenariat avec les structures de proximité en charge de développer des actions sur les territoires,
- L'implication de l'assurance maladie et des mutuelles dans le remboursement de la contraception aux jeunes adultes,
- La participation des services de santé Scolaire, des sages femmes et des pharmacies d'officine dans la disponibilité et la gratuité de la contraception (dont la contraception d'urgence).
- La formation initiale et continue des professionnels de santé

#### Points de vigilance

- La mise en œuvre d'un véritable plan d'éducation à la santé affective et sexuelle à l'école nécessite la concertation avec le Rectorat
- La communication grand public doit être cohérente et coordonnée,
- Le partenariat des pharmaciens d'officine doit faire l'objet de contacts personnalisés sur chaque territoire par les animateurs territoriaux.

#### Résultats attendus à 5 ans

- Diminution du nombre d'IVG, notamment chez les jeunes,
- Diminution des grossesses précoces,
- Diminution du nombre d'IST
- Identifications de comportements favorables à la santé affective, sexuelle et reproductive

#### **Indicateurs**

#### Indicateurs de résultats

- Ratio lvg/conceptions
- Taux de grossesses chez les adolescentes
- Nombre d'IST dépistées par les structures spécialisées

(cf. 6.PLANS D'ACTIONS ET CALENDRIER PAGE 81)

#### OBJECTIF GENERAL. 7 PREVENIR LES ADDICTIONS

## <u>Orientations stratégiques de rattachement du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)</u>

- **Domaine maladies chroniques- priorité 1**: renforcer la connaissance sur la situation des maladies chroniques et sur leurs facteurs de risque
- **Domaine santé mentale- priorité 1** : Organiser en filière complète, allant de la prévention à la réinsertion sociale, la prise en charge des addictions et de la toxicomanie

#### **Enjeux**

- Mener une politique transversale et intersectorielle de lutte contre les addictions
- Favoriser le continuum prévention-soin- réinsertion sociale

#### Déclinaison opérationnelle

- Elaborer et mettre en œuvre un programme régional transversal et intersectoriel de lutte contre les addictions
- Mener un pilotage transversal et intersectoriel de lutte contre les addictions :
  - Elaborer un partenariat avec les acteurs clés (DJSCS, Rectorat, Préfecture/MILDT, services de la Justice dont pénitentiaire...) pour développer des priorités communes en matière de promotion de la santé et de prévention
  - Mettre en cohérence les orientations de l'ARS avec les mesures du plan MILDT et rendre visible ces dernières
  - Impulser et accompagner une dynamique de promotion de la santé et de prévention auprès des acteurs du social, notamment dans le domaine de la réinsertion des usagers de produits psycho-actifs et plus particulièrement des anciens détenus, en lien avec la DJSCS
  - o Impulser et accompagner une dynamique de promotion de la santé et de prévention auprès des collectivités territoriales et locales autour de la prévention des addictions
  - o Impliquer les structures hospitalières et/ou médico-sociales dans des actions de promotion de la santé et prévention médicalisée (ex : ETP/CSAPA)

#### Acteurs concernés

- Directions métiers de l'ARS Martinique
- Préfecture (répression du trafic, MILDT)
- Tribunal de Grande Instance (Injonctions thérapeutiques, etc.)
- DJSCS (cohésion sociale)
- Education nationale

- Professionnels de santé concernés
- GIP Réseau Addictions Martinique (GIP RAM)
- Acteurs de PPS (associations sociales et d'éducation pour la santé, collectivités, autres structures, etc.)

#### Population concernée

• Populations spécifiques (jeunes, scolaires, personnes en situation de précarité et détenus)

#### Niveau territorial de mise en œuvre

Niveau régional et 4 territoires de proximité

#### **Leviers**

- Acteurs de prévention dynamiques, bien implantés et reconnus
- Rôle pivot du GIP RAM Réseau Addictions Martinique dans la lutte contre les addictions
- Campagnes budgétaires annuelles de l'ARS dans les champs du médico-social et de la prévention
- Plan régional de lutte contre les drogues et toxicomanie MILDT, animé par le Directeur de Cabinet du Préfet, chef de projet MILDT..
- Priorité identifiée par l'Education Nationale dans ce domaine (programme de prévention scolaire)

#### Point de vigilance

- Une transversalité en interne à l''ARS sur la thématique à organiser
- Une meilleure répartition territoriale de l'offre à organiser
- Mettre en cohérence les financements des secteurs médico-social et sanitaire et de la prévention sur cette thématique

#### Résultats attendus à 5 ans

- Elaboration d'un programme régional et transversal de lutte contre les addictions
- Une offre de prévention en milieu scolaire équitablement répartie sur le territoire et répondant aux besoins observés ;
- Les structures hospitalières et/ou médico-sociales ont des missions de prévention définies localement
- Définitions de mesures communes à la prévention et au secteur social, notamment en direction des personnes en situation de précarité et des détenus
- Appels à projets communs menés entre l'ARS et la MILDT pour le financement d'actions de prévention
- Implication des collectivités locales dans les groupes de travail

#### **Indicateurs**

#### Indicateurs de mise en œuvre :

• Programme régional transversal et intersectoriel de la lutte contre les addictions

#### Indicateur de résultats :

- Nombre de conventions signées (DJSCS, Rectorat, MILDT/Préfecture...)
- Nombre de projets financés dans le cadre de l'appel à projet ARS-MILDT
- Nombre de projets financés en milieu scolaire
- Nombre de collectivités locales inscrites dans les groupes de travail
- Nombre et nature des projets locaux intégrant les priorités de prévention des addictions
- Nombre d'actions de prévention portées par des structures de prise en charge (soins et médicosociales

(cf. 6.PLANS D'ACTIONS ET CALENDRIER PAGE 83)

### OBJECTIF GENERAL. 8 PROMOUVOIR LA SANTE ENVIRONNEMENTALE

## <u>Orientations stratégiques de rattachement du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)</u>

#### **Domaine des Risques Sanitaires**

- Priorité 1 : Gérer et anticiper les risques infectieux, notamment épidémiques et émergents
- **Priorité 2** : Diminuer l'impact sanitaire lié aux risques majeurs
- Priorité 3 : Créer un cadre de vie favorable à la santé

#### **Enjeux**

- Prise en compte de la santé environnementale dans les politiques publiques
- Limiter le nombre d'évènements sanitaires liés à l'environnement conduisant à des situations de crise
- Etre en mesure de mieux répondre aux interrogations de la population sur les risques environnementaux
- Assurer une coordination pour mieux intégrer la santé dans les différents schémas environnementaux élaborés par de multiples institutions
- Assurer le continuum Alerte, gestion, prévention des risques sanitaires liés à l'environnement

#### Déclinaison opérationnelle

- Contribuer à l'émergence d'un réseau d'opérateurs en santé environnementale capable d'intervenir sur ce champ de la santé pour des actions de terrain et d'éducation à l'environnement. Ce réseau devra pouvoir mobiliser des compétences sur les thématiques de la santé environnementale (eau, déchets, bruit, aménagement, risques naturels...) et méthodologiques (promotion de la santé, communication...)
- Favoriser l'émergence au niveau local d'activités de recherche en santé environnementale et organiser des liens entre ces activités, les décideurs et les populations autour de la résolution de situation de risques avérés ou émergents.
- Développer une offre de formation ouverte aux collectivités et aux associations pour développer une culture commune autour de la santé environnementale.
- Renforcer la prise en compte des impacts santé dans les politiques publiques en commençant par celles mise en œuvre dans les collectivités locales.
- Organiser la prise en compte de la Promotion de la Santé Environnementale dans le Plan Régional Santé Environnement.

- Organiser et centraliser sur un point focal unique les données et informations en santé environnementale disponibles au niveau local, assurer leur vulgarisation et leur diffusion.
- Examiner la possibilité d'améliorer les dispositifs de veille environnementale.
- Structurer l'écriture des plans de prévention thématiques dans le cadre de groupes de travail multidisciplinaires et interrégionaux sur l'exemple du plan en cours sur la leptospirose.

#### Acteurs concernés

#### Les producteurs de données scientifiques et de surveillance de l'environnement

- Les agences et services de l'état : CIRE, DEAL, DIECTE
- Les établissements publics d'enseignement, les organismes de recherche : CIRAD, CEMAGREF, INRA, InSERm, UAG...
- Les associations de recherche : Madininair, Centres antipoison et de toxicovigilance en cours de création), ORS (observatoire Régional de la Santé)
- Les associations indépendantes, les ONG

#### Les acteurs de la protection de l'environnement intégrant des enjeux sanitaires

- Associations : Association Médicale pour la Sauvegarde de l'Environnement et de la Santé Martinique, associations de protection de l'environnement
- Réseau : A créer

#### Les acteurs de l'éducation à l'environnement

- Fédérations ou réseaux d'associations d'éducation à l'environnement, d'éducation populaire, de protection de la nature, de parents d'élèves, mais aussi syndicats, établissements de formation,
- Association de protection de la nature, protection de la faune et la flore sauvage : SEVE, Ligue pour la Protection des Oiseaux (LPO), ainsi que toutes les associations locales.
- Culture scientifique et technique : CDST
- Parc naturel régional de la Martinique, conservatoire d'espaces naturels, patrimoine, écomusée de la Martinique

#### Les acteurs de la santé et de l'éducation pour la santé

Plusieurs types d'acteurs de la santé et de l'éducation pour la santé sont susceptibles d'articuler santé et environnement dans leurs actions :

- Agences Régionales de Santé et les services de l'Etat : DEAL (Direction de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement) L'Education nationale
- L'IREPS Martinique
- Les mutuelles (mutualité Française...)
- Le Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS) de la ville de Fort de France et service santé environnement de certaines communes
- La ligue contre le Cancer et l'AMREC, Registre des cancers

Outre les acteurs « spécialisés » du domaine de l'éducation, de nombreux professionnels sont susceptibles de mener des actions autour de la santé environnementale. On peut identifier les

enseignants, les infirmières scolaires, les animateurs...

- L'ASEVE (Association des responsables des Services compétents en Environnement et en Développement Durable des collectivités territoriales)
- Les associations de consommateurs : Association force ouvrière consommation (AFOC), Association Départementale des Consommateurs de Martinique (ADCM)
- Les associations d'usagers
- les associations de patients / de malades
- Les associations de riverains, d'habitants : elles émergent dans des contextes locaux spécifiques (proximité antenne relais par exemple...)

#### Les acteurs de l'aménagement

- Communes, Communautés d'agglomération, communauté de communes, syndicats intercommunaux
- Bureaux d'études, ADUAM, CAESM
- Entreprises privées

#### <u>Autres</u>

- Agriculteurs,
- Professionnels de santé,
- Entreprises

#### Population concernée

- Population générale
- Groupe à risque d'exposition particulier
- Populations sensibles
- Professionnels
- Education nationale

#### Niveau territorial de mise en œuvre

Niveau régional et 4 territoires de proximité

Niveau interrégional pour la construction de certains plans

#### **Leviers d'action**

- Actions engagées par le service Promotion de la Santé Environnementale de l'ARS : Programme avec les communes, plans de prévention...
- Possibilité de s'appuyer sur des responsables de services environnements des communes en cours de structuration (ASEVE)
- Journée Professionnelle Santé Environnement
- Groupe de travail interrégional sur la leptospirose
- Certaines actions du plan chlordécone : Structurer un groupe local de recherche en santé environnement, élaboration d'une stratégie territoriale de développement durable de la qualité de vie dans le contexte de la pollution à la chlordécone en Martinique et en Guadeloupe.
- Bulletin électronique d'information en santé environnementale

#### Points de vigilance

- Disponibilité des ressources au niveau local
- Montée en compétence sur ce domaine des personnels des collectivités territoriales
- Financements dédiés ou synergies à trouver avec d'autres thématiques

#### Résultats attendus à 5 ans

- Prise en compte effective des problèmes de santé environnementale dans les documents d'urbanisme et les projets communaux
- Existence de programmes de formation en santé environnementale déclinés dans différents cursus : santé, universitaire, scolaire, CNFPT...
- Existence de plans de prévention sur les pathologies liées à l'environnement considérées comme prioritaires (dengue, leptospirose, risques auditifs...)
- Un réseau d'opérateur opérationnel

#### **Indicateurs**

#### Indicateurs de mise en œuvre :

- Nombre de plans de prévention réalisés ou mis à jour
- Existence d'un réseau d'opérateurs en santé environnementale
- Nombre d'actions inscrites au volet promotion de la santé environnementale du PRSE II
- Nombre de formations en santé environnement proposées par les organismes de formation

#### Indicateurs de résultats

- Nombre de schémas environnementaux prévoyant un volet santé environnement
- Niveau d'avancement des actions inscrites au Plan Régional Santé Environnement II (PRSEII)

(cf. 6.PLANS D'ACTIONS ET CALENDRIER PAGE 84)

# OBJECTIF GENERAL. 9 TENDRE VERS UNE COUVERTURE VACCINALE OPTIMALE POUR LA POPULATION EN MARTINIQUE

#### <u>Orientations stratégiques de rattachement du Plan Stratégique Régional de</u> Santé (PSRS)

#### **Domaine Maladies Chroniques**

#### Priorité 1 :

o *objectif 1.3*: inciter le martiniquais à devenir acteur de sa santé

#### **Domaine Risques sanitaires**

Priorité 1 : Gérer et anticiper les risques infectieux, notamment épidémiques et émergents

Objectif 1.3 Disposer d'une capacité de réponse aux phénomènes épidémiques réactive et adaptée

Objectif 1.4 Prévenir pour améliorer les changements de comportement du grand public

#### **Enjeux**

- Maintenir ou améliorer le contrôle de l'ensemble des maladies à prévention vaccinale
- Limiter le risque épidémique vis-à-vis de maladies ré émergentes (exemple actuel : rougeole)
- Assurer une couverture vaccinale homogène et optimale sur les territoires de proximité, en proposant une offre équitablement répartie de qualité équivalente
- Etre en mesure d'intégrer rapidement de nouvelles recommandations vaccinales, comme celles qui pourraient concerner le futur vaccin contre la dengue

#### Déclinaison opérationnelle

- Promouvoir la vaccination auprès du public
- Promouvoir la vaccination auprès des professionnels de santé
- Favoriser une meilleure application du calendrier vaccinal
- Créer une commission régionale de la vaccination (CRV)
- Revoir l'organisation de la vaccination avec les partenaires
  - Favoriser la fluidité du passage du conseil vaccinal vers l'acte de vaccination
  - o Etudier les modalités de délégation de tâches
- Développer la connaissance de l'activité vaccinale et de la couverture vaccinale
- Maintenir, améliorer ou mettre en place la surveillance des maladies cibles, selon les avis de la CRV

#### Population concernée

• Population générale, en prenant garde à inclure les publics vulnérables

Professionnels de santé acteurs de la vaccination

#### Acteurs concernés

- Acteurs de la promotion de la santé, de l'éducation pour la santé (communication vers le public)
- Professionnels de santé : médecin traitant, pédiatre, médecins de prévention, sages-femmes, pharmaciens, professionnels paramédicaux
- Assurance maladie et autres organismes de protections sociale
- Collectivités territoriales, éducation nationale, santé au travail
- Acteurs de la veille et sécurité sanitaire (surveillance des maladies cibles)

#### Niveau territorial de mise en œuvre

Niveau régional et 4 territoires de proximité

#### <u>Leviers</u>

- Un partenariat avec le Conseil général qui gère des centres de vaccination répartis sur tout le territoire (notamment par la convention en cours de re négociation)
- Le centre da vaccination de la ville de Fort-de-France
- Une enquête de couverture vaccinale en milieu scolaire menée par l'OSM, qui donnera l'état des lieux de départ
- Une expérience de trois années dans l'organisation de la semaine européenne de la vaccination
- Une dynamique en cours pour la rougeole, née du besoin d'assurer une bonne couverture vaccinale
- L'existence d'un calendrier vaccinal actualisé chaque année définissant la politique vaccinale
- La disponibilité de nouveaux outils visant à simplifier l'application du calendrier vaccinal et le suivi du carnet de vaccination
- L'implication de la CGSS sur des thèmes prioritaires définis au niveau national, avec par exemple la prise en charge à 100% de certains vaccins sous conditions (rougeole, grippe...), la nouvelle convention assurance maladie / médecins libéraux du 26/07/2011.
- La mise à jour systématique des jeunes incorporés au RSMA (réduction des inégalités sociales et de santé)
- La réflexion au niveau national pour associer une vérification du statut vaccinal à la Journée de Défense et Citoyenneté

#### Points de vigilance

- La complémentarité des deux « filières » de vaccination : centres de vaccination et professionnels de santé libéraux
- Le suivi de l'activité de vaccination gratuite et la remontée des données à l'ARS Martinique
- La fluidité du passage du conseil vaccinal à l'acte vaccinal
- La communication adéquate vers le public
- La diffusion et l'appropriation par les professionnels de santé des recommandations du calendrier vaccinal et des nouveaux avis du comité technique de vaccination
- La surveillance des maladies cibles

#### Résultats attendus à 5 ans

- Simplification de l'application des recommandations vaccinales et du suivi du carnet de vaccination
- Meilleure visibilité de l'offre de vaccination gratuite
- Fluidité du passage du conseil vaccinal à l'acte vaccinal
- Meilleur taux de couverture vaccinale, avec pour point de départ les résultats de l'enquête de couverture vaccinale et en priorité :
  - Pour tous les vaccins recommandés en fonction de l'âge et du sexe (point de départ enquête de couverture vaccinale en milieu scolaire de 2011)
  - o Chez les professionnels de santé
- Poursuivre ou si besoin améliorer la surveillance de l'incidence des maladies cibles

#### *Indicateurs*

#### Indicateurs de mise en œuvre

- Nombre de mesures prises visant à favoriser l'actualisation des connaissances des professionnels de santé et l'application du calendrier vaccinal
- Réalisation d'un annuaire des centres de vaccination avec dates et horaires d'ouverture, vaccins proposés
- Connaître l'activité de vaccination en secteur libéral par territoire de proximité
- Connaître l'activité des centres de vaccination par territoire de proximité
- Avoir dans les 5 ans des éléments de connaissance de la couverture vaccinale des professionnels de santé et des professionnels de la petite enfance
- Avoir dans les 5 ans des éléments de connaissance de la couverture vaccinale des adultes en population générale

#### Indicateurs de résultats

- Taux de couverture vaccinale des enfants à l'âge de deux ans pour toutes les valences recommandées à cet âge
- Taux de couverture vaccinale grippe chez les personnes âgées de plus de 65 ans

(cf. 6.PLANS D'ACTIONS ET CALENDRIER PAGE 86)

## OBJECTIF GENERAL. 10 FAVORISER LE RECOURS AUX DEPISTAGES

## <u>Orientations stratégiques de rattachement du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)</u>

#### • Domaine Maladies Chroniques :

**Priorité 1**: développer de stratégies de promotion de la santé, de prévention primaire et dépistages des principales affections à forte prévalence nationale

- o objectif 1.3 : inciter le martiniquais à devenir acteur de sa santé
- o objectif 1.2 : poursuivre et renforcer les programmes de dépistage (organisés, individuels)
- Domaine Périnatalité :

Priorité 2 : développer une politique de dépistage et de suivi des enfants à risque de handicap

- o objectif 2.1 Améliorer le dépistage et le suivi des enfants à risque de handicap
- Domaine Santé mentale :

Priorité 3 : Coordonner la prise en charge des enfants et des adolescents

o objectif 3.1 Améliorer la prise en charge sanitaire précoce des enfants et adolescents

#### <u>Enjeux</u>

- Déceler des pathologies à un stade précoce afin d'en améliorer le pronostic et limiter leur poids, voire déceler des facteurs de risque de maladie pour limiter le risque de leur apparition.
- Limiter les occasions manquées de dépistage
- Assurer la fluidité de la prise en charge après un dépistage positif (explication de la signification du résultat du test, établissement du diagnostic, prise en charge de la pathologie diagnostiquée) dans des délais acceptables.

#### <u>Déclinaison opérationnelle</u>

- Promouvoir le dépistage auprès du public
- Promouvoir le dépistage auprès des professionnels de santé (médecin traitant, spécialiste, infirmière, pharmacien, masseur-kinésithérapeute...)
- Repérer et lever les obstacles susceptibles de limiter l'implication des médecins traitants (étude en cours)
- Fluidifier le parcours du patient entre la réalisation du dépistage, la confirmation du diagnostic et la prise en charge
- Fidéliser au dépistage les personnes à risque
- Obtenir une visibilité sur l'ensemble des dépistages réalisés, qu'ils aient été effectués dans le cadre du dépistage individuel ou du dépistage organisé.

#### Population ciblée

- Drépanocytose : population générale à la naissance, jeunes adultes ayant un désir d'enfant
- Dépistage organisé des cancers :
  - o Lésions précancéreuses du col de l'utérus : femmes de 25 à 65 ans
  - o Cancer du sein : femmes de 50 à 74 ans
  - o Cancer colo rectal: hommes et les femmes de 50 à 74 ans
- VIH : population générale, plus particulièrement vers les populations à risque
- Obésité : population générale, plus particulièrement les enfants
- HTA: population générale adultes, plus particulièrement personnes en surpoids ou obèses
- Diabète: population générale adultes, plus particulièrement personnes en surpoids ou obèses
- Insuffisance rénale : population générale adultes, plus particulièrement personnes présentant au moins un facteur de risque
- Handicap : enfants présentant au moins un facteur de risque

#### Acteurs concernés

- Acteurs de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé (communication, sensibilisation)
- Professionnels de santé: médecin traitant, pédiatre, médecin de prévention, médecin du travail, médecins du sport, psychiatres, psychologues, infirmières, pharmaciens, sages femmes, obstétriciens ...
- Structures dédiées au dépistage : AMREC, CDAG, CIDDIST, Société d'Hygiène de la Martinique...
- Effecteurs spécialisés : Laboratoires d'analyse médicale, Centres de radiologie...
- Etablissements de soin, établissements médico-sociaux, établissements d'accueil de la petite enfance
- Education nationale, collectivités territoriales (PMI)
- Assurance maladie et autres organismes de protection sociale

#### Niveau territorial de mise en œuvre

Niveau régional et 4 territoires de proximité

#### <u>Leviers</u>

- Recommandations et réglementation :
  - o Textes règlementaires (santé au travail, santé scolaire, OFII, ...),
  - Recommandations (Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), Haute Autorité de santé (HAS)...)
  - Connaissance:
  - Activité et études menées par l'AMREC, l'OSM pour mieux connaître les attitudes des professionnels de santé face au dépistage
- Compétences : les structures dédiées déjà en place
- Expérience :
  - Caravane santé existante (CGSS de la Martinique) : offre itinérante limitée à quelques thématiques, avec pour principal objectif la démystification du dépistage
  - Organisation de journées de dépistage

- Expériences d'autres régions dans l'organisation de dépistages mobiles (utilisation de mammographe mobile, avis HAS sur l'utilisation de rétinographe mobile et don récent d'un appareil)
- Occasions de dépistages :
  - Visites médicales systématiques universelles ou non (PMI, établissements d'accueil des enfants d'âge préscolaire, santé scolaire, santé au travail, médecine du sport, suivi des femmes enceintes ...)
  - o Suivi médical régulier de patients présentant une pathologie chronique ou un handicap
- Nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé :
  - Expérimentation des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé (module 1)
  - Nouvelle convention entre assurance maladie et les médecins libéraux du 26/07/11 -(TITRE 3 VALORISER LA QUALITÉ DES PRATIQUES MÉDICALES ET FAVORISER L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SOINS - Sous-titre 2. L'implication des médecins dans les campagnes de prévention)

#### Points de vigilance

- Visibilité des offres de dépistage
- Accessibilité géographique, financière, sociale, culturelle
- Délais entre la réalisation du dépistage, le rendu du résultat, la confirmation du diagnostic, la prise en charge de la pathologie dans une filière de soin adaptée
- Qualité de l'annonce du résultat négatif et de sa signification : besoin de dépistages réguliers (ex .diabète) ou résultat définitif (ex. drépanocytose)
- Qualité de l'annonce du diagnostic
- Visibilité des filières de soin et fluidité du passage vers la filière de soins adaptée
- Nécessité de repérer et compenser les points de rupture (ex suivi de patients après sortie d'incarcération)

#### Résultats attendus à 5 ans

- Existence d'une structure itinérante multidépistage (non stigmatisante) opérationnelle et déployée sur tous les territoires
- Existence d'une offre spécifiquement adaptée aux publics vulnérables, voire « marginalisés » par exemple en lien avec acteurs du domaine social
- Amélioration de la participation aux dépistages organisés des cancers
- Amélioration des délais de rendu de résultat des dépistages organisés et des délais de prise en charge
- Avoir déterminé les modalités de surveillance de la participation au dépistage, qu'il soit individuel ou organisé

#### **Indicateurs**

#### Indicateurs de mise en œuvre :

- Liste des dépistages proposés dans la structure itinérante de multidépistage
- Mise en place du groupe de travail (prise en compte des freins et leviers repérés par l'étude en cours)
- Nombre de séances de formation initiale ou de formation continue mises en œuvre

#### Indicateurs de résultats

- Mise à disposition du public et des professionnels de santé d'un annuaire des structures de dépistage et des filières de soin proposant des dépistages, actualisation annuelle de cet annuaire
- Evolution du taux de participation aux dépistages organisés : taux annuel de participation (cancer du sein, cancer du col de l'utérus, cancer colorectal)
- Avoir connaissance des dépistages faits en milieu libéral

(cf. 6.PLANS D'ACTIONS ET CALENDRIER PAGE 87)

## OBJECTIF GENERAL. 11 DEVELOPPER L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) EN REGION

## <u>Orientations stratégiques de rattachement du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)</u>

**Domaine Maladies Chroniques - priorité n°2 :** Réorganiser un parcours de santé gradué et coordonné pour la prise en charge des maladies chroniques

Objectif 6 : Développer l'Education du Patient

#### **Enjeux**

- Améliorer la prise en charge des maladies chroniques à forte prévalence en région, notamment en développant l'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour tous
- Contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé pour les patients atteints de maladies chroniques
- Favoriser la complémentarité et la mutualisation entre l'hôpital et l'ambulatoire (notamment les acteurs des soins de premiers recours), avec les structures médicosociales, les associations
- Assurer un financement dédié à l'ETP, répondant aux besoins et pérenne

#### Déclinaison opérationnelle

- Organiser le pilotage régional de l'ETP
- Elaborer et mettre en œuvre un programme régional transversal pour l'ETP :
  - o Améliorer la connaissance de l'ETP en région
  - o Organiser la montée en compétences des professionnels de santé et des acteurs concernés en ETP
  - o Elaborer un programme régional et transversal pour l'ETP
  - Favoriser l'accessibilité des patients atteints de maladies chroniques à l'ETP, et notamment les patients les plus vulnérables (précaires, en institution, âgés, handicapés, isolés...)
- Organiser, en complément des programmes d'ETP, des activités d'accompagnement et d'apprentissage pour les patients, et leur entourage, atteints de maladies chroniques, conformément aux dispositions législatives.

#### Population concernée

Patients atteints de maladies chroniques, notamment les plus vulnérables; entourage; professionnels de santé et acteurs concernés

#### Acteurs concernés

- Etablissements de santé
- Réseaux de santé
- Professionnels médicaux (notamment médecin traitant) et paramédicaux exerçant en ambulatoire
- Pharmaciens
- Structures médicosociales
- IREPS Martinique/Pôle régional de compétences
- Université et organismes de formation (IFSI...)
- Education nationale
- Associations
- Mutuelles
- Collectivités locales
- URPS
- CGSS
- DJSCS...

#### Niveau territorial de mise en œuvre

Niveau régional et 4 territoires de proximité

#### Leviers

- Financements multiples au niveau régional: missions d'intérêt général (MIG « ETP »); fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS); expérimentation des nouveaux modes de rémunération dans les maisons de santé pluri-professionnelles; fonds de prévention de l'assurance maladie dont le FNPEIS, financement mutuelles (union régionale de la Martinique).
- Définition, pilotage et coordination de la politique de santé par l'ARS (déclinaison régionale des plans de santé publique et notamment du PNNS3/PO et volet DOM, PRSE2, Plan cancer, ...) et mesures SROS (objectifs ETP); renforcement des coopérations sanitaires, médicosociales et associatives, ...
- Cadre législatif (textes réglementaire et d'application publiés ou à venir): Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP; Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'ETP; Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'ETP..., et outils (Guide HAS/Inpes, référentiel Inpes ...)
- Autorisation et évaluation des programmes d'ETP par l'ARS
- Réorganisation en cours du système de soins et des réseaux de santé
- Forte demande des professionnels de santé et des patients

#### Points de vigilance

- Clarification, coordination, mutualisation et suivi des financements en région
- Clarification des programmes et activités d'ETP
- Coordination avec les actions locales développées par l'Assurance maladie, et mutuelles
- Articulation avec mesures du SROS relatives à l'ETP

#### Résultats attendus à 5 ans

- Mise en place de programmes d'ETP sur les principales maladies chroniques identifiées comme prioritaires
- Meilleure connaissance de l'ETP et de l'offre d'ETP par les professionnels et les patients
- Augmentation du nombre de patients bénéficiant d'un programme d'éducation thérapeutique
- Développement d'une offre locale de formation
- Amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques, et en particulier des plus vulnérables (précaires, en institution...)

#### **Indicateurs**

#### Indicateurs de mise en œuvre :

- Mise en place de la Plate Forme régionale
- Programme régional et transversal de l'ETP
- Etat des lieux de l'ETP en région
- Cahier des charges spécifique à la région (intégrant des éléments spécifiques au contexte local et des indicateurs de suivi et d'évaluation des programmes mis en place).
- Mise en place d'une offre locale de formation
- Campagnes et actions d'information et de promotion de l'ETP

#### Indicateurs de résultats :

- Nombre de nouveaux programmes d'ETP autorisés développés en hôpital, en ambulatoire, en institutions médico-sociales et en associations
- Nombre de programmes d'ETP autorisés priorisant les personnes les plus vulnérables (femmes, enfants, précaires, en institution, en situation de handicap...)
- Pourcentage de programmes d'ETP autorisés ayant bénéficié d'une évaluation annuelle
- Nombre de personnes formées à l'ETP
- Nombre et nature des programmes d'accompagnement et d'apprentissage

(cf. 6.PLANS D'ACTIONS ET CALENDRIER PAGE 88)

OBJECTIF GENERAL. 12 ACCOMPAGNER DANS LEUR PARCOURS DE SANTE, LES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES, NOTAMMENT LES PERSONNES VULNERABLES

## <u>Orientations stratégiques de rattachement du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)</u>

#### Domaine des maladies chroniques-Priorités 1 et 3 :

- Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques
- Inciter le martiniquais à devenir acteur de sa santé

#### Domaine Vieillissement- Handicap- Priorité 1 :

Accompagner les aidants intervenant auprès des personnes âgées à domicile.

#### <u>Enjeux</u>

- Corriger les effets du poids prépondérant des déterminants sociaux économiques pour réduire les inégalités de santé auxquelles font face, notamment les personnes en situation de vulnérabilité dans leur parcours de santé.
- Mieux prendre en compte le contexte psychosocial, social, professionnel et environnemental de la personne atteinte de Maladies chroniques et notamment les personnes vulnérables.
- Améliorer la coordination entre tous les acteurs du soin, du médico-social et de la prévention pour favoriser une prise en charge pluridisciplinaire et un parcours de santé plus fluide.

#### Déclinaison opérationnelle :

- Améliorer l'orientation vers les dispositifs de soins et sociaux par une meilleure information des professionnels de santé libéraux.
- Repositionner les réseaux de santé dans leur rôle de coordination des professionnels de santé et de liaison Ville-hôpital Médico-social Prévention :
  - o Contribuer, dans chaque réseau, à la généralisation du concept du *professionnel de santé* coordonnateur ou gestionnaire de cas ;
  - o Formaliser dans la filière de soins, les liens-ville Hôpital Médico social.
  - o Inciter les personnes et particulièrement les personnes vulnérables à intégrer un réseau de santé.

- Prévenir la désinsertion sociale et professionnelle des personnes vulnérables atteintes de maladies chroniques en lien avec la CGSS :
  - Identifier les maladies chroniques prioritaires et une population cible en lien avec le service médical de l'Assurance Maladie et la CGSS;
  - Décliner, mettre en place et promouvoir une offre de services spécifiques en s'appuyant sur le dispositif de Prévention à la désinsertion Sociale et Professionnelle (PDP) existant;
  - Suivre statistiquement et évaluer cette mesure.
- Développer une offre de soutien aux aidants familiaux, adaptée aux besoins des 4 territoires de proximité :
  - Repérer et recenser avec les acteurs de terrain les aidants, leurs attentes et leurs problématiques.
  - o Organiser des formations adaptées.
  - Conclure des CPOM avec les associations d'aidants pour une couverture sur les 4 territoires de proximité.
- Engager une réflexion sur les moyens permettant de faciliter la démarche d'accès aux Droits des personnes vulnérables.
- Contribuer à l'élaboration d'un parcours attentionné de santé pour les personnes vulnérables (offre de services globale autour de la maladie).

#### Population concernée

Personnes atteintes de maladies chroniques et plus spécifiquement les personnes en situation de vulnérabilité dans les 4 territoires de proximité.

#### Acteurs concernés

- Professionnels de santé libéraux
- Acteurs du secteur social et notamment les services sociaux
- Réseaux de santé
- CLIC
- CGSS de la Martinique et Service Médical
- Conseil Général de la Martinique
- MDPH
- Médecine du Travail
- SSIAD
- Services d'aides à domicile
- Associations d'aidants
- Bénévoles
- CCAS
- Mutualité Française Union Régionale Martinique

#### Niveau territorial de mise en œuvre

Niveau régional et les 4 territoires de proximité.

#### Leviers

- Réseaux de santé.
- SSIAD répertoriés sur tout le territoire.
- Services d'aides à domicile (Conseil Général et CGSS).

- Pôle d'Accueil en Réseau pour l'Accès aux Droits Sociaux et à la Santé (PARADSS).
- PASS.
- Cellule régionale de Prévention à la désinsertion Sociale et Professionnelle (PDP) de la CGSS.
- Politique de ville (quartiers prioritaires).
- Collectivités : dynamisme des CCAS
- IREPS Martinique, agrée en 2011 par l'INPES pour la formation des aidants.

#### Points de vigilance

- Identifier la population des personnes vulnérables ciblées dans cet objectif et les pathologies prioritaires sur lesquelles il est souhaitable de porter l'accent.
- Mobilisation des professionnels médicaux dans un contexte de démographique médicale déficitaire.
- Complexité des dispositifs et multiplicité des Institutions prenant en charge les Personnes vulnérables.

#### Résultats attendus à 5 ans

- Implication réelle des réseaux de santé dans le parcours de santé des personnes atteintes de maladies chroniques.
- Meilleure articulation entre les acteurs de soins, du médico-social et social et de la prévention dans le parcours de santé.
- Existence de « filières » de prise en charge sociale et médico-sociale pour les personnes vulnérables atteintes de maladies chroniques.
- Dispositif PDP de la CGSS étendu aux personnes vulnérables pour les pathologies ciblées.
- Un réseau d'aidants familiaux formé et opérationnel dans les 4 territoires de proximité.

#### **Indicateurs**

#### Indicateurs de mise en œuvre

- Nombre de séances d'informations sur les maladies chroniques à l'intention des professionnels de santé libéraux
- Mise en place dans les réseaux de santé de professionnel de santé coordonnateur ou gestionnaire de cas
- Dispositif PDP en place pour les maladies chroniques (identification maladies prioritaires et population ciblée)
- Associations d'aidants réparties dans les 4 territoires de proximité

#### Indicateurs de résultats

- Taux de participation des professionnels libéraux aux séances d'informations sur les maladies chroniques
- Taux d'évolution des personnes vulnérables ayant adhéré à un réseau de santé
- Nombre de personnes vulnérables atteints de maladies chroniques ayant bénéficié du dispositif PDP
- Nombre de CPOM conclus avec les associations d'aidants
- Nombre de formations organisées pour les aidants

(cf. 6.PLANS D'ACTIONS ET CALENDRIER PAGE 90)

AXE 4 — Animer et organiser le pilotage de la politique de prévention et de promotion de la santé en région et dans les quatre territoires de proximité

Dans le cadre de la réglementation de la politique de Santé Publique annoncée par la loi du 9 août 2004, les autorités sanitaires, la DSDS pour la Martinique a défini dans le PRSP des stratégies et des priorités régionales en lien avec les politiques nationales qui ont été mises en œuvre par le Groupement Régional de Santé Publique de 2007 à 2010.

La loi HPST marque un nouveau tournant dans le mode de gouvernance en santé publique en disposant un pilotage transversal et interministériel de la politique da santé et en préconisant une déclinaison de celle-ci par territoires de proximité.

L'animation territoriale est une approche essentielle qui permet de prendre en compte les inégalités sociales et territoriales de santé, de faire émerger de réelles dynamiques locales et d'associer véritablement sur le terrain les partenaires et la population.

Quatre territoires de proximité ont été identifiés par l'ARS, le Centre, le Sud, le Nord Caraïbe et le Nord Atlantique, sur un découpage territorial identique à celui des arrondissements administratifs (cf. annexe 3 : tableau comparatif des diagnostics par territoires de proximité).

OBJECTIF GENERAL. 13 ORGANISER UN PILOTAGE
POLITIQUE REGIONAL, TRANSVERSAL ET
PARTENARIAL DE LA PREVENTION ET DE LA
PROMOTION DE LA SANTE

## <u>Orientations stratégiques de rattachement du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)</u>

#### Domaine des maladies chroniques-Priorités 1 et 2 :

- Développer des stratégies de promotion de la Santé, de Prévention primaire et de dépistage des principales affections à forte prévalence régionale.
- Réorganiser un parcours de santé gradué et coordonné pour la prise en charge des maladies chroniques.

Domaine des risques sanitaires- Priorités 1, 2, 3 Domaine périnatalité - Priorités 1 et 2 Domaine Santé mentale - Priorité 2

#### Enjeux

- Mettre en place un pilotage régional transversal partenarial permettant d'atteindre l'ensemble des objectifs fixés dans le SRP, de construire les convergences et les complémentarités institutionnelles nécessaires, de rechercher des leviers, et la cohérence du redéploiement territorial.
- Passer au sein de la Commission de coordination des politiques de prévention, d'une politique d'animation à un pilotage partagé.
- Dégager des marges financières pour accroître l'enveloppe dédiée à la Prévention.

#### Déclinaison opérationnelle

- Créer les conditions nécessaires à une approche pluridisciplinaire de la PPS.
  - o Mettre en place, en interne à l'ARS, une commission régionale transversale PPS.
  - S'appuyer sur des groupes d'experts régionaux et de référents pour accompagner l'animation et l'élaboration des Programmes de Santé prioritaires.
- Positionner la commission de coordination des politiques de prévention comme garante des orientations régionales et territoriales en matière de PPS.
  - Elaborer, à partir des priorités du SRP, du CPOM et des autres PLANS, un programme annuel commun en PPS.
  - o Etudier les conditions pour mobiliser des co-financements.

- Mutualiser des outils et méthodes en PPS.
- Mettre en place une démarche d'évaluation et d'observation sur des priorités communes.
- Accroître et optimiser les financements dédiés à la PPS.
  - Mettre en place en interne, un comité des financeurs pour une plus grande lisibilité des financements et davantage de cohérence des dispositifs en place.
  - Favoriser la fongibilité des enveloppes au profit de la PPS à travers le Fonds d'intervention régional.
  - Rechercher de nouveaux financements (Assurance maladie, collectivités, fondations, crédits européens...).
  - Mutualiser et croiser les financements (ARS / politique de la ville).
  - Elaborer et mettre en œuvre une stratégie régionale de communication.

#### Population concernée

Population générale.

#### Acteurs concernés

- ARS Martinique
- Membres de la Commission de coordination des Politiques de Prévention
- IREPS Martinique
- OSM

#### Niveau territorial de mise en œuvre

Niveau régional

#### **Leviers**

- Animation régionale du GRSP de 2007 à 2010 avec une implication active des partenaires institutionnels, collectivités et porteurs de projets.
- Evaluation du processus de mise en œuvre du PRSP menée en 2010 par l'OSM.
- Présidence de la CCP par le Directeur général de l'ARS Martinique (DGARS).

#### Points de vigilance

- La politique de Promotion de la Santé est une politique intersectorielle et l'ARS ne peut à elle seule agir sur des déterminants qui ne relèvent pas de sa compétence.
- Complexité et multiplicité des procédures et appels à projets des différents partenaires (cahier des charges calendrier...).
- Difficultés de dresser un état des lieux des dispositifs et actions de l'ensemble des financeurs.

#### Résultats attendus à 5 ans

- Un pilotage régional, transversal et partenarial, opérationnel, permettant de réajuster les priorités entre les 4 territoires de proximité pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.
- Une démarche d'évaluation et d'observation.
- Une plus grande lisibilité des financements dédiés à la PPS

#### **Indicateurs**

#### Indicateurs de mise en œuvre

- Mise en place en interne à l'ARS, de la Commission interne PPS et du Comité des Financeurs
- Désignation d'experts régionaux
- Programme annuel commun de la Commission de Coordination de 2012 à 2015
- Elaboration d'outils PPS partagés, d'une démarche de suivi, d'évaluation et d'observation
- Mise en œuvre d'un Plan Régional de Communication

#### Indicateurs de résultats

- Nombre de réunions de la commission interne PPS et du comité des financeurs bilan d'activité
- Nombre de saisines des experts régionaux
- Suivi et bilan du programme annuel commun de la commission de coordination
- Nombre d'outils PPS partagés mis en place
- Taux d'évaluation de la dotation PPS de 2012 à 2015
- Evolution des indicateurs de suivi et d'évaluation des priorités communes PPS
- Nombre d'études menées pour améliorer la connaissance
- Nombre d'actions et d'outils réalisés du plan de communication

(cf. 6.PLANS D'ACTIONS ET CALENDRIER PAGE 91)

# OBJECTIF GENERAL. 14 ORGANISER L'ANIMATION ET LE PILOTAGE TERRITORIAL DE PROXIMITE DE LA PREVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE

## <u>Orientations stratégiques de rattachement du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)</u>

#### Domaine des maladies chroniques : Priorités 1 et 2 :

- o Développer des stratégies de promotion de la Santé, de Prévention primaire et de dépistage des principales affections à forte prévalence régionale.
- Réorganiser un parcours de santé gradué et coordonné pour la prise en charge des maladies chroniques.

Domaine des risques sanitaires : Priorités 1, 2, 3 Domaine périnatalité et petite enfance : Priorités 1 et 2

Domaine Santé mentale : Priorité 2

#### **Enjeux**

- Assurer un accès aux actions de Prévention et de Promotion de la Santé sur la totalité du territoire de Santé.
- Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé entre les 4 territoires de proximité.
- Faire remonter les besoins du terrain et identifier les territoires prioritaires.
- Animer et coordonner le réseau de partenaires et faire émerger les complémentarités.
- Veiller à la cohérence entre la politique de l'ARS et les dynamiques locales.

#### Déclinaison opérationnelle :

- Participer à la mise en place, en lien avec les autres directions de l'ARS, des instances de pilotage territorial: au niveau régional, un Comité de pilotage régional de l'animation territoriale et un comité technique régional, et au niveau territorial, des équipés d'animateurs de territoire, relais de l'ARS Martinique, et un comité de coordination.
- Participer à l'élaboration et à la mise en place, en lien avec les autres Directions de l'ARS Martinique, de la stratégie d'organisation et des outils spécifiques à l'animation territoriale.
- Structurer le réseau des référents de Prévention, relais de la Prévention et Promotion de la Santé dans les territoires de proximité et les territoires d'actions ou de projets.
- Impliquer, dans chaque territoire de proximité, les établissements de santé, les établissements médico-sociaux, les professionnels libéraux de premier recours, dans le projet de territoire.
- Impliquer les partenaires de chaque territoire de proximité, dans la déclinaison des priorités territoriales, en matière de PPS, consignées dans un Plan Territorial de Santé, outil de programmation transversale de l'ARS Martinique.

- Assurer dans le prolongement des Projets Territoriaux de Santé (PTS), un maillage territorial optimal via les contrats locaux de Santé avec les collectivités locales.
- Finaliser et valider avec l'ensemble des partenaires, dans un Vade-mecum, les modalités de fonctionnement de l'animation et de la coordination locales, les financements et les procédures entre les différents niveaux : régional, territorial et communal.

#### Population concernée

Population des 4 territoires de proximité avec une attention particulière pour les publics vulnérables.

#### Acteurs concernés

- Directions Offre de soins et médico-sociale de l'ARS Martinique
- Partenaires institutionnels de l'ARS Martinique
- Collectivités locales
- Etablissements de santé
- Etablissements médico-sociaux
- Professionnels de santé de premier recours
- URPS
- Associations porteurs de projets
- IREPS Martinique
- OSM

#### Niveau territorial de mise en œuvre

Niveau régional et les 4 territoires de proximité

#### Leviers

- Territoire monodépartemental
- Découpage territorial correspondant aux 4 arrondissements administratifs
- 2 CUCS à Fort de France (14 quartiers prioritaires) et Lamentin (14 quartiers prioritaires) et création d'ateliers Santé-ville (ASV), en cours
- Nombreuses communes déjà impliquées dans des dynamiques locales PPS (Fort-de-France / Lamentin / Schælcher / Ste Marie / Gros- morne...)
- Diagnostics de santé et de l'offre de soins par territoire de proximité en cours par l'OSM et le Service d'Etudes Statistiques Antilles Guyane (SESAG). Analyse des besoins sociaux réalisés par les communes
- Démarche de recensement des besoins et d'accompagnement en Santé environnementale auprès des communes lancée en 2011, par la Direction de la Prévention
- Réseau de référents Prévention déjà désignés dans le cadre du GRSP
- Outil OSCARS, mis en place en 2009 par le GRSP et géré par l'IREPS Martinique

#### Points de vigilance

- Externalisation de l'animation territoriale.
- Montée en compétence des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé.
- Aucune expérience d'animation sur les territoires de proximité à ce jour en matière de santé et de PPS.

#### Résultats attendus à 5 ans

- Un accès à la Prévention pour toute la population des 4 territoires de proximité et notamment les territoires du nord et les personnes vulnérables.
- Un dispositif d'animation en place sur chaque territoire de proximité avec une lisibilité des priorités à mettre en œuvre, des missions de chaque acteur, des financements.
- Un pilotage maîtrisé en région et dans les 4 territoires de proximité permettant de procéder à des réajustements entre les 4 territoires de proximité.
- Un dispositif d'évaluation en place

#### **Indicateurs**

#### Indicateurs de mise en œuvre

- Participation de la DPVSS à la mise en place des instances d'animation territoriale, à l'élaboration de la stratégie d'organisation et de mise en œuvre des outils spécifiques
- Existence d'un VADE-MECUM
- Participation de la DPVSS à l'élaboration des PTS et des CLS
- Existence de réseaux de référents de prévention identifiés, structurés et formés

#### Indicateurs de résultats

- Nombre de réunions des instances de pilotage de l'animation territoriale
- Nombre d'outils élaborés et mis en œuvre
- Nombre de PTS et CLS élaborés et mis en œuvre
- Nombre de réunions PPS à destination des référents de prévention, des professionnels libéraux des établissements de santé et médico sociaux
- Nombre de formations PPS à destination des référents de prévention et des professionnels libéraux et des établissements de santé et médico sociaux
- Nombre de partenaires (référents professionnels libéraux institut établissements) impliqués dans les actions de PPS

(cf. 6.PLANS D'ACTIONS ET CALENDRIER PAGE 92)

# AXE 5 - Observation connaissance

et

Les priorités du PSRS ont été définies en tenant compte de la fréquence de maladies sur représentées en Martinique. Il convient en outre de mieux connaître la répartition dans la population des facteurs favorisant l'apparition de ces maladies pour mieux orienter les actions de prévention. De même, il est essentiel de pouvoir suivre l'évolution de l'incidence et de la prévalence de ces pathologies pour évaluer l'efficacité des mesures qui seront mises en œuvre, tant au niveau de la prévention que de la prise en charge.

Une surveillance existe certes déjà au niveau national. La Drees coordonne en effet le rapport de suivi des objectifs associés à la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, « <u>état de santé de la population</u> » qui renseigne sur les 74 objectifs spécifiques.

Si l'on prend l'exemple du thème « <u>surpoids et obésité chez l'enfant</u> », on trouve des données « France entière » qui nous apprennent qu'en 2005-2006 12.2 % des enfants étaient en surcharge pondérale dès l'entrée au CP, que dans les DOM, ce chiffre s'élevait à 13.2%, mais il n'est pas possible de savoir ce qu'il en est en Martinique, encore moins dans un des territoires de proximité, échelle à laquelle devront être menées et évaluées les actions visant à réduire la prévalence de la surcharge pondérale à l'entrée au CP. La taille des échantillonnages réalisés pour ces études ne permet pas d'extraire des données donnant des résultats fiables pour un département.

Il est donc nécessaire de développer une surveillance à l'échelle infra départementale qui permettra d'orienter les actions de santé publique et de suivre leur impact.

Cette surveillance portera sur les thèmes prioritaires du SRP, et sera effectuée en collaboration avec l'ensemble des partenaires afin de mutualiser les données déjà recueillies, de centraliser leur exploitation et de définir un mode de diffusion et de prise en compte.

OBJECTIF GENERAL. 15 AMELIORER
L'OBSERVATION ET LA CONNAISSANCE : POUR UNE
MEILLEURE CONNAISSANCE DE L'ETAT DE SANTE ET
UNE MEILLEURE LECTURE DES PROBLEMATIQUES
RELEVANT DES INEGALITES DE SANTE

## <u>Orientations stratégiques de rattachement du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)</u>

#### Domaine des maladies chroniques - Priorité 1

**Objectif 1.4**: Renforcer la connaissance sur la situation en Martinique des maladies chroniques et sur leurs facteurs de risque

#### **Enjeux**

- Orienter les priorités futures des politiques de santé en fonction du poids des pathologies
- Suivre les indicateurs du CPOM de l'ARS
- Réduire les inégalités de santé
- Etre en mesure d'évaluer les résultats et l'impact des actions de santé menées, les restructurer le cas échéant

#### Déclinaison opérationnelle

- Recenser les thématiques prioritaires devant faire l'objet d'une surveillance
- Recenser les données existantes dans le département chez l'ensemble des partenaires ou pouvant être recueillies à partir d'activité systématique
- Organiser une exploitation de ces données
- En déduire le besoin de données complémentaires
- Organiser le recueil et l'exploitation de ces données complémentaires nécessaires au suivi des actions menées sur les thématiques définies comme prioritaires
- Organiser le partage des données

#### Acteurs concernés

- Acteurs de la production et/ou du recueil des données : Corevih (Comité de Coordination de la lutte contre l'infection à VIH), AMREC, Assurance maladie, service actions de santé du conseil général, SHM, PMSI, INSEE et autres acteurs à identifier
- Acteurs de l'exploitation des données

#### Niveau territorial de mise en œuvre

Niveau régional et 4 territoires de proximité

#### Leviers

- L'organisation connue autour des données déjà recueillies et exploitées, exemples : Déclaration Obligatoire (DO) (Cire), admissions en ALD (Assurance maladie), registre des cancers (AMREC), Corevih ...
- Le potentiel de recueil de données des structures effectuant déjà des examens systématiques au bénéfice d'un large public ex : éducation nationale, santé au travail
- Le potentiel de recueil de données dans le cadre de points de passage de population générale. Exemple : adolescents lors de la journée défense et citoyenneté (JDC).
- Les conventions (Rectorat)

#### Points de vigilance

- Transmission de données par les partenaires
- Exploitation effective des données recueillies, elle-même dépendante des conditions de recueil et des outils disponibles (méthode)
- Délais entre la production de données et la mise à disposition des décideurs
- Diffusion des éléments de connaissance obtenus
- Utilisation de ces éléments
- Cloisonnement des structures

#### Résultats attendus à 5 ans

- Avoir recensé les données disponibles, avoir organisé leur recueil à l'aide d'outils adaptés, les avoir exploitées
- Avoir recensé les besoins en données complémentaires e avoir organisé leur recueil
- Un circuit opérationnel de partage d'information

#### **Indicateurs**

#### Indicateurs de mise en œuvre :

Nombre de thématiques prioritaires pour lesquelles un mode de recueil de données pérenne est organisé

#### Indicateurs de résultats :

Nombre de thématiques prioritaires pour lesquelles on dispose de données pour l'année n-1

(cf. 6.PLANS D'ACTIONS ET CALENDRIER PAGE 94)

#### 6. PLANS D'ACTIONS ET CALENDRIER

Objectif général 1		
DEVELOPPER UNE CULTURE DE LA PROMOTION DE LA SANTE (PDS)		
Déclinaison opérationnelle	Plan d'actions	Calendrier
	<b>1.1.1</b> Articuler sous l'égide des organes de coordination (CCP CRSA) l'action de plaidoyer en faveur de la PDS autour d'évènementiels au niveau régional et sur les quatre territoires de proximité.	2011-2016
1.1 Fédérer les acteurs autour des valeurs de la promotion de la santé	<b>1.1.2</b> Mobiliser les acteurs sur les territoires autour de la signature d'une charte en PDS	2012
	<b>1.1.3</b> Créer des outils pertinents d'interface avec les territoires pour appuyer la démarche	2012
	<b>1.1.4</b> Coordonner l'action de plaidoyer avec les quatre comités de pilotage des territoires	2011-2016
	<b>1.2.1</b> Affiner l'état des lieux des actions et des acteurs sur les thématiques prioritaires.	2012
	<b>1.2.2</b> Identifier les complémentarités institutionnelles sur des champs communs.	2012
	<b>1.2.3</b> Favoriser ou accompagner la signature de conventions sur des axes de travail partagés	2012-2016
	<b>1.2.4</b> Harmoniser les modalités d'intervention en PDS.	2012-2013
	<b>1.2.5</b> Organiser des rencontres techniques sur les axes stratégiques de la PDS avec les acteurs institutionnels et régionaux	2011-2016

#### Objectif général 2 Développer l'offre en PPS, notamment par le renforcement de l'éducation pour la santé (EPS)

Déclination ou évations elle			
Déclinaison opérationnelle	Plan d'actions	Calendrier	
	<b>2.1.1</b> Développer la formation initiale et continue en EPS en s'appuyant sur les besoins des territoires et sur des référentiels d'intervention validés	2012-2016	
2.1 Accroître la professionnalisation des intervenants en EPS	<b>2.1.2</b> Rendre plus visible et accessible l'offre de formation au niveau régional et territorial	2012-2016	
des intervenants en EFS	<b>2.1.3</b> Travailler à l'émergence de diplômes régionaux en EPS	2014-2016	
	<b>2.1.4</b> Valoriser les compétences et expériences en PPS : accompagner l'émergence nouveaux métiers	2016	
2.2 Renforcer le positionnement du	<b>2.2.1</b> Veiller au suivi de la conformité du pôle	2011-2013	
pôle régional de compétence en éducation pour la santé	<b>2.2.2</b> Ajuster les activités du pôle aux enjeux du nouveau cadre politique	2011-2013	
education pour la sante	<b>2.2.3</b> Renforcer la visibilité et le rôle du pôle auprès des intervenants en EPS	2012-2016	
2.3 Organiser les actions d'éducation	<b>2.3.1</b> Structurer les interventions autour des Comité d'Education à la santé et à la citoyenneté (CESC)	2013-2016	
à la santé en milieu scolaire, sur les quatre territoires de proximité	<b>2.3.2</b> Développer des programmes d'éducation à la santé et développer l'utilisation des outils d'intervention validés par les intervenants en milieu scolaire	2013-2016	
2.4 Accompagner le développement	<b>2.4.1</b> Soutenir les interventions menées du réseau des coordonnateurs du temps périscolaire	2012-2016	
l'offre en EPS dans des milieux spécifiques	<b>2.4.2</b> Développer des programmes adaptés aux personnes handicapées	2013-2016	
	<b>2.4.3</b> Inciter au développement de l'EPS en milieu de travail	2013-2016	
2.5 Organiser les démarches communautaires en santé	<ul> <li>2.5.1 Identifier et mettre en place des relais communautaires en EPS</li> <li>2.5.2 Organiser sur le territoire la coordination de ces relais</li> </ul>	2012	
	<b>2.5.3</b> Mettre en place des formations en EPS pour ces relais	2013	

Objectif général 3		
Améliorer la qualité de l'offre en PPS		
Déclinaison opérationnelle	Plan d'actions	Calendrier
	<b>3.1.1</b> Partager une culture de l'évaluation aux niveaux régional et territorial	2012-2016
	<b>3.1.2</b> Développer des modalités de suivi et d'évaluation de l'offre	2012-2013
3.1 Inscrire les opérateurs de la PPS dans une démarche	<b>3.1.3</b> Harmoniser les pratiques de suivi et d'évaluation sur l'ensemble des territoires	2012-2016
d'amélioration continue de la qualité de leur offre	<b>3.1.4</b> Développer une « culture qualité » chez les opérateurs	2012-2016
	<b>3.1.5</b> Inciter les associations concernées à engager une démarche qualité en promotion de la santé, notamment par l'utilisation d'outils validés	2013-2016
3.2 Favoriser l'efficacité de l'offre	<b>3.2.1</b> Elaborer des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les opérateurs répondant aux orientations politiques	2012-2013
par la sécurisation de son financement	<b>3.2.2</b> Développer des modalités de financements spécifiques pour les actions ou dispositifs innovants	2012-2013
	<b>3.2.3</b> Développer les co-financements de l'offre en PDS	2012-2013
3.3 Poursuivre et renforcer l'accompagnement des opérateurs avec les structures et	<b>3.3.1</b> Définir des missions spécifiques et adaptées aux besoins des opérateurs, formalisées dans des conventions avec l'ARS	2011-2016
dispositifs régionaux d'appui	<b>3.3.2</b> Inciter à la mutualisation des pratiques sur l'ensemble du territoire	2012-2016

#### Objectif général 4 Intégrer la Prévention et la Promotion de la Santé dans les structures et dispositifs de santé

et dispositifs de sante		
Déclinaison opérationnelle	Plan d'actions	Calendrier
4.1 Inscrire la Prévention et la	<b>4.1.1</b> Retravailler les objectifs des CPOM	2012-201
Promotion de la Santé dans les CPOM des établissements de soins et médico-sociaux, des	<b>4.1.2</b> Identifier un référent dans chaque structure où dispositif	2012 à 2013
réseaux de santé, des Maisons de Santé Pluri professionnelles et du Centre de Santé au travers de plans d'actions adaptés aux spécificités du territoire	<b>4.1.3</b> Intégrer des consultations de prévention lors des visites d'entrée d'hospitalisation ou en cours d'hospitalisation.	2013 à 2016
4.2 Favoriser l'implication des	<b>4.2.1</b> Sensibiliser et former les professionnels libéraux	2012-2016
professionnels libéraux (médecins, infirmiers, sages	<b>4.2.2</b> Identifier avec eux les moyens d'intégration de la PPS dans leurs pratiques	2012-2016
femmes,) dans la prévention.	<b>4.2.3</b> Faciliter l'insertion de la PPS dans leurs pratiques	2012-2016
4.3 Accompagner les pharmaciens	<b>4.3.1</b> Sensibiliser et former les pharmaciens	2012 à 2013
dans leurs interventions possibles	<b>4.3.2</b> Organiser le partage d'expérience	2012 à 2016
en prévention (EPS, ETP, contrôle des vaccinations,).	<b>4.3.3</b> Inclure les pharmaciens dans les événements de prévention et PDS	2012 à 2016
4.4 Sensibiliser à la Prévention et Promotion de la Santé dans les	<b>4.4.1</b> Sensibiliser les formateurs à la PDS	2012 à 2013
formations initiales et continues des professionnels de santé, notamment dans le cadre de la	<b>4.4.2</b> Organiser des temps de formation ou de conférence sur la Prévention et la PDS	2012 à 2016
mise en place de l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé.	<b>4.4.3</b> Inclure la PDS dans le projet pédagogique d'IFMS	2012

Objectif général 5		
Prévenir le surpoids et l'obésité		
Déclinaison opérationnelle	Plan d'actions	Calendrier
	<b>5-1-1</b> Constituer un groupe de pilotage et de suivi transversal et intersectoriel	2012
5.1 Elaborer et mettre en œuvre un programme régional	<b>5-1-2</b> Elaborer le programme régional (dont protocole de suivi et d'évaluation)	2012
transversal et intersectoriel de lutte contre le surpoids et l'obésité	<b>5-1-3</b> Décliner les mesures et actions du programme régional sur les quatre territoires de proximité notamment via les Plans Territoriaux de Santé (PTS) et les Contrats Locaux de Santé (CLS)	2012-2016
5.2 Mener un pilotage transversal et intersectoriel de lutte contre le surpoids et l'obésité	<b>5-2-1</b> Elaborer un partenariat avec les acteurs clés (DAAF, DJSCS, Rectorat) pour développer des priorités communes en matière de promotion de la santé et de prévention (dont signature de conventions).	2012-2013
	<b>5-2-2</b> Impulser et accompagner une dynamique de promotion de la santé et de prévention auprès des acteurs de l'alimentation, notamment ceux de l'industrie alimentaire, en lien avec la DAAF	2012
	<b>5-2-3</b> Impulser et accompagner une dynamique de promotion de la santé et de prévention auprès des Collectivités territoriales et locales autour de la prévention du surpoids et de l'obésité	2012-2016
	<b>5-2-4</b> Impliquer les structures hospitalières et/ou médico-sociales dans des actions de promotion de la santé et de prévention médicalisée	2012-2016

#### Objectif 6

Optimiser le système de santé pour une vie affective, sexuelle et reproductive favorable à la santé tout au long de la vie

Déclinaison opérationnelle	Plan d'actions	Calendrier
6.1 Mener des études qualitatives,	<b>6.1.1</b> Constituer un groupe de travail pour définir	
quantitatives, rétrospectives et	le protocole et le suivi de cette étude	2012-2013
prospectives sur la vie affective, sexuelle et reproductive en	<b>6.1.2</b> Réaliser l'étude	2013-2014
Martinique, en partenariat		2013 2014
notamment avec les spécialistes des	<b>6.1.3</b> Exploiter les résultats de l'étude et communiquer dessus	2014-2016
sciences humaines et sociales	·	
	<b>6.2.1</b> soutenir la mise en place d'actions d'information, de prévention et d'EVAS auprès des jeunes en milieu scolaire, universitaire et hors milieu scolaire (jeunes à l'école, jeunes dans la rue, jeunes à l'université, jeunes en centres médico sociaux)	2012-2016
6.2 Développer une approche	<b>6.2.2</b> Soutenir des actions de prévention auprès de la population générale	2012-2016
globale et intégrée de la sexualité	<b>6.2.3</b> Promouvoir la mise en place d'actions en faveur de l'estime de soi	2013-2016
	<b>6.2.4</b> Promouvoir la mise en place d'actions en faveur de la lutte contre les discriminations et les violences auprès du grand public et des professionnels	2013-2016
	<b>6.2.5</b> Soutenir l'évaluation des actions mise en œuvre notamment par l'élaboration d'indicateurs fiables	2013
6.3 Renforcer l'information du	<b>6.3.1</b> Soutenir la diffusion et la mise à disposition de supports sur la gestion de la contraception adaptés selon le public concerné	2013-2016
grand public et des publics cibles sur la contraception	<b>6.3.2</b> Développer une information spécifique aux femmes dans les suites d'un accouchement ou d'IVG	2012-2016
6.4 Améliorer l'accessibilité à la contraception et à la prévention des IST	<b>6.4.1</b> Identifier et mettre en œuvre des actions favorisant l'accessibilité à la contraception des personnes vulnérables et en institution	2013 - 2016
	<b>6.4.2</b> Travailler à l'intégration d'une action de prévention dans les structures de proximité de 1 <sup>er</sup> recours (ex : MSP Centre de santé hôpitaux de proximité) notamment pour les mineures et aux personnes non assurées sociales	2013
	<b>6.4.3</b> Initier une réflexion en lien avec les professionnels de santé, le conseil général et la CGSS sur les nouveaux dispositifs de délivrance gratuite de contraceptifs	2014

6.5 Inciter les prescripteurs et les pharmaciens à une meilleure pratique dans le champ de la	<b>6.5.1</b> Accompagner, en partenariat (ex CGSS, URPS) le développement d'actions de sensibilisation des médecins généralistes, sagesfemmes et pharmaciens sur la contraception <b>6.5.2</b> Développer une veille sur l'application des	2012-2016
	conditions de délivrance des contraceptifs, notamment de la contraception d'urgence	2013
contraception	<b>6.5.3</b> Soutenir la diffusion d'outils opérationnels de guidance pour les pressionnels concernés et pharmaciens dans la prescription et la délivrance de la contraception d'urgence aux mineures	2013-2016

Objectif général 7 Prévenir les addictions		
Déclinaison opérationnelle	Plan d'actions	Calendrier
7.1 Elaborer et mettre en œuvre un programme régional transversal et intersectoriel de lutte contre les addictions	<b>7.1.1</b> Constituer un groupe de pilotage et de suivi transversal et intersectoriel	2012
	<b>7.1.2</b> Elaborer le programme régional (dont protocole de suivi et d'évaluation)	2012
	7.1.3 Décliner les mesures et actions du programme régional sur les quatre territoires de proximité notamment via les Plans Territoriaux de Santé (PTS) et les Contrats Locaux de Santé (CLS)	2012-2016
7.2 Mener un pilotage transversal et intersectoriel de lutte contre les addictions	<b>7.2.1</b> Elaborer un partenariat avec les acteurs clés (DJSCS, Rectorat, Préfecture/MILDT, Services de la Justice dont pénitentiaire) pour développer des priorités communes en matière de promotion de la santé et de prévention (dont signature de conventions)	2012-2013
	<b>7.2.2</b> Mettre en cohérence les orientations de l'ARS avec les mesures du plan MILDT et rendre visibles ces dernières	2012
	7.2.3 Impulser et accompagner une dynamique de promotion de la santé et de prévention auprès des acteurs du social, notamment dans le domaine de la réinsertion des usagers de produits psycho-actifs et plus particulièrement des anciens détenus, en lien avec la DJSCS	2012
	<b>7.2.4</b> Impulser et accompagner une dynamique de promotion de la santé et de prévention auprès des Collectivités territoriales et locales autour de la prévention des addictions	2012-2016

Objectif général 8			
Promouvoir la santé environnementale  Déclinaison Plan d'actions Calendrier			
opérationnelle	Plan a actions	Calenarier	
8.1 Contribuer à l'émergence	<b>8.1.1</b> Positionner une association référent pour les collectivités	2011	
d'un réseau d'opérateurs en santé	<b>8.1.2</b> Appuyer la structuration en réseau d'associations santé environnement	2014	
8.2 Favoriser l'émergence au niveau local d'activités de	8.2.1 Identifier les partenaires au niveau local	2012	
recherche en santé environnementale	8.2.2 Monter un programme de recherche pilote	2015	
8.3 Développer une offre de	<b>8.3.1</b> Finaliser les discussions avec le CNFPT pour s'assurer de leur soutien à la démarche	2012	
formation ouverte aux collectivités et aux associations	<b>8.3.2</b> Définir un socle commun de compétences en SE nécessaires aux personnels des collectivités	2012	
pour développer une culture commune autour de la santé environnementale	<b>8.3.3</b> Intégrer des modules SE dans différents cursus de formation destinés aux agents territoriaux	2016	
	8.3.4 Mettre en place une formation en SE	2016	
8.4 Renforcer la prise en compte	<b>8.4.1</b> Formaliser, structurer et rationnaliser les avis rendus par l'ARS sur les différents plans (urbanisme, aménagement, développement durables)	2013	
des impacts santé dans les politiques publiques en commençant par celles mise en œuvre dans les collectivités	<b>8.4.2</b> Mettre en place une information des élus sur les priorités locales en SE et sur leur traduction possible dans les politiques locales		
œuvre dans les collectivités locales	<b>8.4.3</b> intégrer un volet promotion de la santé environnementale dans le PRSE II	2013	
	<b>8.4.4</b> Editer un guide de procédures en SE à l'attention des collectivités		
8.5 Organiser la prise en compte	8.5.1 Mise en place du GRSE		
de la Promotion de la Santé Environnementale dans le Plan Régional Santé Environnement	<b>8.5.2</b> Assurer le co-pilotage du PRSE <b>8.5.3</b> Structurer le PRSE autour de 3 volets dont la PSE	2012	
8.6 Organiser et centraliser sur un point focal unique les données et informations en santé	<b>8.6.1</b> Recenser les sources de données disponibles localement en SE	2012	
environnementale disponibles au niveau local, assurer leur vulgarisation et leur diffusion	<b>8.6.2</b> Etudier la possibilité de les centraliser sur un point unique et d'élaborer des rapports et des requêtes automatiques	2013	
8.7 Examiner la possibilité d'améliorer les dispositifs de veille environnementale	<b>8.7.1</b> Définir un programme de veille environnemental s'appuyant sur les dispositifs existants ou à créer	2013	

8.8 Développer le partenariat interdisciplinaire et interrégional Structurer l'écriture des plans de prévention thématiques dans le	<b>8.8.1</b> Finaliser le travail d'élaboration du plan leptospirose en interrégional et en tirer les enseignements du point de vue de la méthode	2014
cadre de groupes de travail multidisciplinaires et interrégionaux sur l'exemple du plan en cours sur la leptospirose	<b>8.8.2</b> Mobiliser les partenaires de la région sur d'autres thématiques (dengue, nuisances sonores)	2013

#### Objectif général 9 Tendre vers une couverture vaccinale optimale pour la population en Martinique

Déclinaison opérationnelle	Plan d'actions	Calendrier (à valider avec les partenaires associés)
9.1 Créer une commission régionale de la vaccination (CRV)		2012
9.2 Promouvoir la vaccination auprès	<b>9.2.1</b> Semaine Européenne de la Vaccination	Annuel
du public	<b>9.2.2</b> Annuaire des centres de vaccination accessible en ligne	2012
9.3 Promouvoir la vaccination auprès	<b>9.3.1</b> Diffuser le calendrier vaccinal	Annuel
des professionnels de santé	<b>9.3.2</b> Diffuser les nouveaux avis du Comité technique des vaccinations	Mise en place de la procédure : 2012 Puis en continu
9.4 Favoriser une meilleure application	<b>9.4.1</b> Rechercher des outils d'aide	Second semestre
du calendrier vaccinal	<b>9.4.2</b> Favoriser leur diffusion	2012 (CRV)-2016
9.5 Revoir l'organisation de la vaccination avec les partenaires	l'acte de vaccination)	2012
	<b>9.5.2</b> Etudier les modalités de délégation de tâches	2013-2016
	<b>9.6.1</b> Favoriser la remontée d'information certificat 24° mois	2012
9.6 Développer la connaissance de l'activité vaccinale et de la couverture vaccinale	<b>9.6.2</b> Obtenir une connaissance de l'évolution des remboursements de vaccins	Débuté en 2011 (RRO) Poursuivre pour les autres valences 2012-2016
	<b>9.6.3</b> Obtenir une connaissance de la couverture vaccinale des adultes et des professionnels	2012-2016
9.7 Maintenir, améliorer ou mettre en place la surveillance des maladies cibles, selon les avis de la CRV	<ul><li>9.7.1 Déterminer les maladies cibles complémentaires à surveiller</li><li>9.7.2 Déterminer les modalités</li></ul>	Selon travaux de la CRV
	de surveillance	

Objectif général 10		
FAVORISER LE RECOURS AUX DEPISTAGES		
Déclinaison opérationnelle	Plan d'actions	Calendrier (à valider avec les partenaires associés)
10.1 Promouvoir le dépistage auprès du public	<ul> <li>10.1.1 Dépistage itinérant multi thématique :</li> <li>Déterminer les types de dépistages à inclure et les acteurs à mobiliser</li> <li>Avoir une structure opérationnelle</li> </ul>	2012-2016 Premier semestre 2012 2013
uapres au passie	<b>10.1.2</b> Visibilité de l'offre : élaborer et actualiser annuellement un annuaire de l'offre de dépistage	Débuté en 2012 Actualisé annuellement
10.2 Promouvoir le dépistage auprès des professionnels de santé (médecin traitant,	<b>10.2.1</b> Insister sur le thème du dépistage dans les formations continues	Fin 2012-2016
spécialiste, infirmière, pharmacien, masseur-kinésithérapeute)	<b>10.2.2</b> Sensibiliser par la diffusion des recommandations existantes	2012-2016
10.3 Repérer et lever les obstacles susceptibles de limiter l'implication des médecins traitants (étude en cours)	<b>10.3.1</b> Groupe de travail à mettre en place après avoir pris connaissance des résultats de l'étude	Résultats attendus pour 2012 Groupe de travail mis en place avant 2013
10.4 Fluidifier le parcours du patient entre la réalisation du dépistage, la confirmation du diagnostic et la prise en charge	10.4.1 Implication des réseaux de santé	Selon avancement des travaux sur les réseaux de santé
10.5 Fidéliser au dépistage les	<b>10.5.1</b> Implication des réseaux de santé	Id
personnes à risque	10.5.2 Développement de l'ETP 10.5.3 Convention AM-médecins traitants	2012-2016 2012-2016
10.6 Obtenir une visibilité sur l'ensemble des dépistages réalisés, qu'ils aient été effectués dans le cadre du dépistage individuel ou du dépistage organisé.	<b>10.6.1</b> Développer l'observation	2012-2016

Objectif général 11			
Développer L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) en région			
Déclinaison opérationnelle	Plan d'actions	Calendrier	
11.1 Organiser le pilotage régional de l'ETP	<ul> <li>11.1.1 Mettre en place une plateforme régionale de pilotage, de coordination, de suivi et d'évaluation</li> <li>11.1.2 Identifier les thématiques prioritaires</li> <li>11.1.3 Renforcer les compétences en ETP au sein de l'ARS</li> </ul>	1 <sup>er</sup> trimestre 2012 2012 2012	
	<b>11.2.1</b> Améliorer la connaissance de l'ETP en région : - Etat des lieux sur les activités en ETP, les autres activités relatives à l'éducation du patient, à l'accompagnement, et à l'apprentissage, sur la formation, les acteurs, les thématiques et lieux de réalisation de l'ETP, les financements, etc.	2012	
	<ul> <li>11.2.2 Organiser la montée en compétences des professionnels de santé et des acteurs concernés en ETP:</li> <li>Information et sensibilisation des professionnels de santé et acteurs concernés sur l'ETP en région</li> <li>Offre locale de formation adaptée</li> <li>Reconnaissance des compétences acquises dans le cadre de la formation continue ou dans la pratique professionnelle</li> </ul>	2012-2016	
11.2 Elaborer et mettre en œuvre un programme régional transversal pour l'ETP	<ul> <li>11.2.3 Elaborer un programme régional et transversal en tenant compte notamment :</li> <li>Autorisation des programmes d'ETP en fonction des priorités identifiées</li> <li>Cahier des charges national complété avec des critères régionaux : Intégration d'un socle commun dans les programmes d'ETP comprenant la diététique, l'activité physique adaptée et l'accompagnement psychologique Information et sensibilisation des professionnels de santé et acteurs concernés sur l'ETP en région</li> <li>Identification et coordination des différents financements en région dédiés à l'ETP</li> <li>Mesures relatives à l'ETP des autres schémas d'organisation de l'ARS (SROS)</li> <li>Dispositif de suivi et d'évaluation des programmes autorisés (recueil des évaluations annuelles, et harmonisation des pratiques d'évaluation)</li> <li>Protocole de suivi et d'évaluation du programme régional</li> <li>11 2 A Favoriser l'accessibilité des natients atteints de</li> </ul>	2012-2016	
	<b>11.2.4</b> Favoriser l'accessibilité des patients atteints de maladies chroniques à l'ETP, et notamment les patients les plus vulnérables (précaires, en institution, âgés, handicapés, isolés) :	2012-2016	

	<ul> <li>Promotion, information sur l'ETP auprès des patients atteints de maladies chroniques (notamment les plus vulnérables), ainsi que l'entourage; auprès des professionnels de santé et des autres professionnels (social, éducation, sport dont spécialistes de l'activité physique adaptée)</li> <li>Développement de l'ETP pour les patients atteints de maladies chroniques dans les établissements médicosociaux</li> </ul>	
11.3 Organiser, en complément des programmes	<b>11.3.1</b> Compléter le cahier des charges national avec	A la date de parution des
	des critères régionaux	textes
d'accompagnement et	-	législatifs
d'apprentissage pour les patients, et leur entourage, atteints de maladies chroniques, conformément aux dispositions législatives	11.3.2 Accompagner et soutenir les associations et autres acteurs locaux, dans le développement des activités d'apprentissage et d'accompagnement dans les 4 territoires	2012-2016

### Objectif 12

Accompagner dans leur parcours de santé, les personnes atteintes de Maladies chroniques, notamment les personnes vulnérables

Déclinaison opérationnelle	Plans d'actions	Calendrier
12.1 Améliorer l'orientation vers		20.2.0.
les dispositifs de soins et sociaux par une meilleure information des professionnels de santé libéraux	<b>12.1.1</b> Informer sur les maladies chroniques et ses conséquences, les dispositifs d'aides	2012 - 2016
12.2 Repositionner les réseaux de	<b>12.2.1</b> Contribuer, dans chaque réseau, à la Généralisation du concept du professionnel de santé coordonnateur ou gestionnaire de cas	2013 – 2014
santé dans leur rôle de coordination des Professionnels de Santé et de liaison Ville- hôpital – Médico-social –	<b>12.2.2</b> Formaliser dans la filière de soins, les liens-ville Hôpital – Médico social (cahier de liaison, réunions de concertation pluridisciplinaire etc);	2013 – 2014
Prévention	<b>12.2.3</b> Inciter les personnes et particulièrement les personnes vulnérables à intégrer un réseau de santé	2012 - 2013
12.3 Prévenir la désinsertion sociale et professionnelle des	<b>12.3.1</b> Identifier les maladies chroniques prioritaires et une population cible en lien avec le Service Médical de l'Assurance Maladie et la CGSS	2012
personnes vulnérables atteintes de Maladies chroniques en lien avec la CGSS	<b>12.3.2</b> Décliner, mettre en place et promouvoir une offre de services spécifiques en s'appuyant sur le dispositif PDP existant	2012 – 2013
	<b>12.3.3</b> Suivre statistiquement et évaluer cette mesure	2013 - 2016
12.4 Développer une offre de soutien aux aidants familiaux,	<b>12.4.1</b> Repérer et recenser avec les acteurs de terrain les aidants, leurs attentes et leurs problématiques (réseaux de santé, SSIAD, CLIC, CCAS)	2012 - 2013
adaptée aux besoins des 4 territoires de proximité	<b>12.4.2</b> Organiser des formations adaptées (IREPS Martinique);	2013 – 2016
	<b>12.4.3</b> Conclure des CPOM avec les associations d'aidants pour une couverture sur les 4 territoires de proximité	2012 - 2013
12.5 Engager une réflexion sur les moyens permettant de faciliter la démarche d'accès aux Droits des Personnes vulnérables	ettant de faciliter la pour définir des procédures en vue d'un dossier administratif unique	
12.6 Contribuer à l'élaboration d'un parcours attentionné de Santé pour les personnes vulnérables	<b>12.6.1</b> Mettre en place en lien avec les partenaires clé, un groupe projet pour définir une offre de service globale autour de la maladie	2014 - 2016

#### Objectif 13 Organiser un pilotage politique régional, transversal et partenarial de la Prévention et de la Promotion de la Santé

Prevention et de la Promotion de la Sante			
Déclinaison opérationnelle	Plans d'actions	Calendrier	
	<b>13.1.1</b> Mettre en place, en interne à l'ARS, une commission régionale transversale PPS	2012	
13.1 - Créer les conditions nécessaires à une approche pluridisciplinaire de la PPS	<b>13.1.2</b> S'appuyer sur des groupes d'experts régionaux et de référents pour accompagner l'animation et l'élaboration des Programmes de Santé prioritaires (commission régionale de la naissance – commission régionale de la vaccination – COREVIH)	2012 - 2016	
13.2 - Positionner la commission de coordination	<b>13.2.1</b> Elaborer, à partir des priorités du SRP, du CPOM/ARS /CNP et des autres PLANS, un programme annuel commun en PPS	2012 – 2016	
des politiques de prévention	<b>13.2.2</b> Etudier les conditions pour mobiliser des co-financements	2012	
comme garante des orientations régionales et territoriales en matière de PPS	<b>13.2.3</b> Mutualiser des outils et méthodes en PPS (base de données, outils partagés de suivi et d'évaluation)	2012 – 2016	
	<b>13.2.4</b> Mettre en place une démarche d'évaluation et d'observation sur des priorités communes	2012 – 2016	
	<b>13.3.1</b> Mettre en place en interne, un comité des financeurs pour une plus grande lisibilité des financements et davantage de cohérence des dispositifs en place	2012	
13.3 - Accroître et optimiser les financements dédiés à la	<b>13.3.2</b> Favoriser la fongibilité des enveloppes au profit de la PPS à travers le Fonds d'intervention régional	2012 – 2016	
PPS	<b>13.3.3</b> Rechercher de nouveaux financements (Assurance maladie, collectivités, fondations, crédits européens)	2012 – 2016	
	<b>13.3-4</b> Mutualiser et croiser les financements (ARS / politique de la ville)	2012 – 2016	
13.4 - Elaborer et mettre en œuvre une stratégie régionale de communication en PPS	ie  13.4.1 Mettre en place un groupe de projet  2012 - 2014		

Objectif général 14			
Organiser l'animation et le pilotage territorial de proximité de la PPS			
Déclinaison opérationnelle	Plans d'actions	Calendrier	
14.1 Participer à la mise en place, en lien avec les autres Directions de l'ARS les instances de pilotage territorial	<ul> <li>14.1.1 Comité de Pilotage Régional de l'animation territoriale</li> <li>1 Comité Technique Régional</li> <li>4 Equipes d'Animateurs de Territoire</li> <li>4 Comités de Coordination Territoriale</li> </ul>	2012 - 2013	
14.2 Participer à l'élaboration et la mise en place, en lien avec les autres Directions de l'ARS, la stratégie d'organisation et des outils spécifiques à l'animation territoriale	<ul> <li>14.2.1</li> <li>Carte d'identité de l'animation territoriale</li> <li>Formations en interne et pour les partenaires</li> <li>Système d'informations pour organiser la remontée des données</li> <li>Outils de communication</li> <li>Dispositif de suivi et d'évaluation</li> </ul>	2012 à 2016	
14.3 Participer à la finalisation et la validation, avec l'ensemble des partenaires, dans un <i>Vademecum</i> , les modalités de fonctionnement de l'animation et	<b>14.3.1</b> Mettre en place un groupe projet en lien avec les autres directions de l'ARS et les équipes d'animateurs pour élaborer ce document	2012 - 2013	
de la coordination locales, les financements et les procédures entre les différents niveaux : régional, territorial et communal	14.3.2 Présenter et faire valider ce document		
14.4 Impliquer les partenaires de chaque territoire de proximité, dans la déclinaison des priorités	<b>14.4.1</b> Organiser, en lien avec les autres directions de l'ARS, l'élaboration des PRS	2012	
territoriales, en matière de PPS, consignées dans un Plan Territorial de Santé, outil de programmation transversale de l'ARS	<b>14.4.2</b> Mettre en œuvre les priorités en PPS, dans les 4 territoires de proximité, en lien avec les partenaires, les référents prévention et les porteurs	2012 - 2016	
14.5 Assurer dans le prolongement des PTS, un	<b>14.5.1</b> Définir au niveau régional une stratégie ARS pour identifier les communes prioritaires	2012	
maillage territorial optimal via les	14.5.2 Présenter la démarche aux collectivités	2012 – 2016	
contrats locaux de Santé avec les collectivités locales	<b>14.5.3</b> Mettre en place des groupes projets ARS/Collectivités pour conclure, suivre et évaluer les CLS	2012 – 2016	
14.6 Structurer le réseau des référents de Prévention, relais de la Prévention et Promotion de la Santé dans les territoires de	<ul> <li>14.6.1 Désigner et compléter les réseaux existants :</li> <li>référents communaux élus et administratifs</li> <li>référents environnementaux et VSS – Réseau CESC dans les collèges et lycées – Personnes ressources dans le primaire, etc</li> </ul>	2012 – 2013	
proximité et les territoires d'actions ou de projets	<ul> <li>14.6.2 Organiser des actions de formation à la PPS avec le pôle de compétence en éducation pour la santé</li> <li>14.6.3 Animer ces réseaux en lien avec les</li> </ul>	2012 - 2016 2012 - 2016	

	instances territoriales	
14.7 – Impliquer, dans chaque territoire de proximité, les établissements médico-sociaux, les professionnels libéraux de premier recours, dans la mise en œuvre du projet de territoire	14.7.1 Développement d'une approche pluridisciplinaire de la PPS dans le cadre des Maisons Pluri professionnelles de Santé  14.7.2 Participation et relais des campagnes d'information et de dépistage	
	<b>14.7.3</b> Repérage et orientation des personnes à risques vers les filières de prise en charge	2012 – 2016
	<b>14.7.4</b> Participation aux instances territoriales pour désignation des URPS	

#### Objectif 15 Assurer une meilleure connaissance de l'état de santé et une meilleure

lecture des problématiques relevant des inégalités de santé

Déclinaison opérationnelle	Plan d'actions	Calendrier (à valider avec les partenaires associés)
15.1 Recenser les thématiques prioritaire devant faire l'objet d'une surveillance renforcée et régulière (suivi CPOM et suivi état de santé de la population)	<b>15.1.1</b> Réunir un groupe de travail en transversalité	2012
15.2 Recenser les données existantes dans le département chez l'ensemble des partenaires (Corevih, AMREC, Assurance maladie, service actions de santé	<b>15.2.1</b> Recueil des certificats de santé dont le certificat à 24 mois	2011
du conseil général, SHM) ou pouvant être recueillies à partir d'activité systématique (Education nationale)	<b>15.2.2</b> Recenser les autres données, les acteurs et les moyens de recueil	2012
15.3 Organiser une exploitation de	<b>15.3.1</b> Définir les acteurs de cette exploitation	2013
ces données	15.3.2 Mettre en place cette exploitation	2013-2016
15.4 Repérer les données complémentaires manquantes	<b>15.4.1</b> Réunir un groupe de travail en transversalité	2013
15.5 Organiser le recueil et l'exploitation de ces données complémentaires nécessaires au	<b>15.5.1</b> Définir les acteurs de cette exploitation	2014-2016
suivi des actions menées sur les thématiques définies comme prioritaires	15.5.2 Mettre en place cette exploitation	2014-2016
15.6 Organiser le partage des informations ainsi obtenues		2013-2016

#### 7. ANNEXES

- ANNEXE 1 COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE ET DES GROUPES DE TRAVAIL
- ANNEXE 2 PSRS: LES PRIORITES EN PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE DANS LE PSRS
- ANNEXE 3 DES DIAGNOSTICS PAR TERRITOIRES DE PROXIMITE
- ANNEXE 4 ELEMENTS CLE SUR LES QUESTIONNAIRES ADDRESSES AUX REFERENTS

  COMMUNAUX
- ANNEXE 5 GLOSSAIRE

#### ANNEXE 1 : COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE ET DES GROUPES DE TRAVAIL

## COMITE DE PILOTAGE Pilote : Mme Dominique SAVON

INSTITUTIONS	MEMBRES
	Mme Dominique SAVON
	Dr Christian LASSALLE
	Mme Marie-Françoise
	EMONIDE-CHRONE
	Dr Isabelle LAVILLE
	Mme Nathalie CAÏUS
ARS Martinique	M. Claude BROSSAR
	Mme Vanessa LORTO
	M. Gérard THALMENSI
	M. Elie BOURGEOIS
	M. Guy DALIN
	M. Dominique HALBWACHS
	Mme Julie CALVET-COIFFARD
Education Nationale- Rectorat Académie Martinique	Dr Florise BOTTIUS
CGSS de la Martinique	Mme Carmen FALL
IREPS Martinique	Mme Karyne PIERRE-LOUIS
IREPS Martinique - Pôle Régional de Compétences en EPS/PS	Mme Adèle KALDE
OSM	Dr Sylvie MERLE

## PROMOTION ET EDUCATION DE LA SANTE GROUPE I : EDUCATION POUR LA SANTE

#### Référent : Mme Marie-Françoise EMONIDE-CHRONE

INSTITUTION	MEMBRES
	M. Claude BROSSAR
	M. Josselin VINCENT
	M. Gérard THALMENSI
ARS Martinique	Mme Marie-Claude TERRINE
	M. Didier CAMY
	M. Hugues HODEBOURG
	M. Saturnin AUDEL
CIRE	M. Jacques ROSINE
CCAS + Service Environnement	Mme Christelle HELMANY
CNFPT	Mme Arlette PUJAR
IREPS Martinique	Mme Natacha BABOT
IREPS Martinique	Mme Karyne PIERRE-LOUIS
IREPS Martinique – Pôle Régional de	Mme Adèle KALDE
Compétences en EPS/PS	Wille Adele KALDL
Education nationale – Rectorat Académie	M. Alain ARNAULD
Martinique	IVI. Alaili ANNAOLD
CGSS de la Martinique	Mme Marie-Hélène PERMAL
C.A.F. de la Martinique	Mme Suzie SAINT-LOUIS
Conseil Régional Martinique	
Conseil Général Martinique	
Commune (CCAS)	Mme Hélène CHARPENTIER
UAG	M. Jean-Georges CHALI
REPPOM	Dr Isabelle LOETICIA
CCNM	M. Dominique DESTIN
Hôpitaux	
Ets Médico-sociaux	1 handicap
Lt3 WEUICO-SOCIAUX	1 personne âgée
DJSCS	M. Hervé NORTON
D13C3	Dr Joëlle SAVIN-JUAREZ
DAAF	Mme Alexandra BOULON
Union Coordination de la	M. René BARNAY
Mutualité Martinique	IVI. NEHE DANNAT

# Prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques VIH/CANCER/DREPANOCYTOSE/DEPISTAGE/VACCINATION etc...

#### Groupe II Référent : Mme Isabelle LAVILLE

Institution	Membres
	Mme Vanessa LORTO
ADC Mortinians	Dr Françoise GALABRU
ARS Martinique	Dr Michel RIPERT
	M. Elie BOURGEOIS
Centre Intégré de Drépanocytose	Dr Gylna LOKO
Société d'Hygiène de la Martinique	Dr Michel YOYO
AMREC	Dr Moustapha DIEYE
CHU - COREVIH	Dr André CABIE
Réseau Oncologie CHU	Dr Patrick ESCARMANT
CHU	Dr Jocelyn INAMO
La Ligue contre le Cancer –Comité	M. Roger TOUSSAINT
Martinique	Mme Marlène JEAN-BAPTISTE
OSM	Mme Julie PLUTON
Conseil Général PMI	M. Serge URSULET
Santé scolaire – EN Rectorat Académie	Dr Florise BOTIUS
Martinique	DI HOUSE DO HOS
CGSS de la Martinique	M. Christian VALARD

#### Prévention au bénéfice des patients et de leur entourage (Education Thérapeutique, Autonomie Des Personnes Agées, Amélioration de la Qualité de Vie, Problématique des Aidants...)

#### Groupe III : 2 Sous -groupes Référents : Mme Nathalie Caius et Mme Dominique SAVON

INSTITUTION	MEMBRES
	Mme Nathalie CAÏUS
APS Martinique	M. Guy DALIN
ARS Martinique	M. Alex VERDAN
	Mme Herman HENRY
C.H.U.	Dr Didier CHATOT-HENRY
C.H. Trinité	Dr Lucien LIN
	Dr Patrick ESCARMANT
Réseau Oncologie	Mme Marie-Gabrielle HAURE
	Mme Axelle MESDOUZE
Réseau WOUSPEL	Dr Roselyne ROBINEL
soins palliatifs CHU	·
	Dr Anne THOMASSET
CGSS de la Martinique	Mme Carmen FALL
	Mme Evelyne PARA
COREVIH	Mme Marlène OUKA
	Mme Ghislaine ETIENNE
CHU La Meynard	M. André MARIE-NELLY
M.D.P.H.	Mme Denise DESORMEAUX
Conseil Général	Dr Daniel VIGEE
	M. André BESSARD
Association consommateurs	Mme Denise MARIE
OSM	Dr Sylvie MERLE
REPPOM	Dr Isabelle LOETICIA
Réseau Ermancia	Dr Didier SMADJA
Réseau gérontologie	Dr Jean-Luc FANON
Association des aidants	Mme Marie-Line FIDELIN
Familiaux - ASSAQUAD	Mme GEROMEY
Association des aidants	Mme Jenny STEPHANIE-VICTOIRE
Familiaux - APROQUAVIE	,
Soins palliatifs	M. Jimmy HAYOT
	Mme Cynthia LIMERY
ALMA - Alzheimer	Mme Joëlle HEURTE

## ANNEXE 2 : PSRS LES PRIORITES EN PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE DANS LE PSRS

Les objectifs en lien avec la promotion de la santé du PSRS sont signalés dans les cases colorées en vert dans les tableaux qui suivent.

#### 1. <u>Les maladies chroniques</u>

PRIORITES	OBJECTIFS GENERAUX	OBJECTIFS SPECIFIQUES
	1.1 – mettre en œuvre un plan de réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité dans la population martiniquaise et notamment chez les enfants, les jeunes et les femmes	1.1.1 Favoriser une alimentation équilibrée et une activité physique régulière par des actions spécifiques telles que définies dans le Schéma de Prévention (SRP)  1.1.2 Accompagner et Soutenir les acteurs et la dynamique locale, pour mieux les impliquer
1 – Développer des stratégies de Promotion de la Santé, de	1.2 Poursuivre et renforcer les programmes de dépistages (organisés, individuels, tests rapides)	1.2.1 Communiquer sur le rôle, l'intérêt et les bénéfices des dépistages 1.2.2 Mener des actions spécifiques afin de garantir l'égalité d'accès aux dépistages 1.2.3 Créer des conditions favorables pour une prise en charge en amont, par des centres de ressources et de référence, des personnes à risque dépistées
Prévention primaire et de dépistage des principales affections à forte prévalence régionale	1.3 Inciter le martiniquais à devenir acteur de sa santé, par des actions spécifiques, telles que définies dans le SRP	<ul> <li>1.3.1 Informer la population sur les maladies chroniques prioritaires</li> <li>1.3.2 Promouvoir des comportements favorables à la santé</li> <li>1.3.3 Favoriser l'implication du martiniquais dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de prévention, tels que définis dans le SRP</li> </ul>
	1.4 Renforcer la connaissance de la situation en Martinique des maladies chroniques (MC) et de leurs facteurs de risque	1.4.1 Renforcer la connaissance de l'incidence et de la prévalence des Maladies Chroniques 1.4.2 Etudier les connaissances, habitudes et pratiques des martiniquais par rapport à l'alimentation et l'activité physique 1.4.3 Approfondir les connaissances sur l'importance des facteurs de risques des MC 1.4.4 Développer l'aspect socio-économique et anthropologique des études portant sur les MC 1.4.5 Améliorer les connaissances sur le dépistage et la vaccination
2 -Réorganiser un parcours de santé gradué et coordonné pour la prise en charge	2.1 - Développer et optimiser les filières de soins (ville, hôpital, soins à domicile)	2.1.1 Favoriser la mise en place de filières intégrées avec l'identification de centres de ressources et référence (exemple : problématique du pied diabétique : meilleur fléchage et accompagnement post

des maladies		opératoire)
chroniques		2.1.2 Informer les usagers et les professionnels
c cques		de santé sur les filières
		2.1.3 Développer la formation auprès des
		professionnels de santé.
		2.2.1 Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique
		(ETP) en direction des :
		Malades
	2.2 - Développer l'éducation du	• Familles
	patient	Professionnels
		2.2.2 Favoriser l'intégration d'éducateurs sportifs
		dans la prise en charge des maladies chroniques
		2.3.1 Favoriser le développement des
	2.2 Déduine les inécelités	consultations avancées dans les territoires de
	2.3 - Réduire les inégalités territoriales et favoriser l'accès	proximité
	au parcours de soins des	2.3.2 Réduire les délais d'attente d'accès aux
	populations vulnérables	soins
	populations vulnerables	2.3.3 Remettre le médecin généraliste au centre
		du dispositif des filières
		3.1.1 Mettre les professionnels de santé en
		capacité d'orienter les personnes à risque et les
		patients atteints de MC vers les dispositifs de
	3.1 - Améliorer la prise en charge psychologique, médicosociale (handicap, vieillissement) et sociale	prise en charge adaptés :
		Médecins
		Infirmières
		Pharmaciens
		Service médical assurance maladie etc
		3.1.2 Créer un parcours attentionné pour les
		personnes atteintes de maladies chroniques.
		Cibler les populations vulnérables en priorité pour cet objectif
3 – Améliorer la		3.2.1 Renforcer la détection et le signalement
qualité de vie des		précoce des personnes présentant un risque de
personnes	3.2 - Prévenir la désinsertion	désinsertion professionnelle
atteintes de	sociale et professionnelle	3.2.2 Répondre de façon coordonnée et précoce,
maladies	(Cellule Régionale PDP de la	au sein du réseau de l'Assurance Maladie et avec
chroniques	CGSS, médecins du travail,	les partenaires externes, aux salariés dont
	services sociaux, MDPH)	l'emploi est menacé par des difficultés de santé
		3.2.3 Prévenir la désinsertion professionnelle des
		salariés les plus exposés à ce risque.
	3.3 - Aider les « aidants familiaux »	3.3.1 Repérer les aidants familiaux, en liaison
		avec les acteurs de terrain (2 associations
		d'aidants, association pour handicapés, prof de
		santé, CG, les CCAS, la MADPH)
		3.3.2 Développer des formations en lien avec les
		réseaux de santé pour ces aidants
		3.3.3 Améliorer les conditions de vie à domicile
		des aidants ayant à leur charge un parent ou un
		enfant dépendant

#### 2. <u>Périnatalité et petite enfance</u>

PRIORITES	OBJECTIFS GENERAUX	OBJECTIFS SPECIFIQUES
	1.1 Mieux connaître les déterminants et les facteurs de	1.1.1 Organiser l'exploitation régionale des données disponibles (RIN, PMI, PMSI,) pour assurer un suivi rapproché des indicateurs autour de la périnatalité (observatoire santé Martinique, commission spécialisée)
	risque à l'origine de ces indicateurs défavorables et les faire savoir.	1.1.2 Mener des études complémentaires régionales sur :
		<ul> <li>les causes de mortalité périnatales, de prématurité,</li> <li>sur les facteurs conduisant au recours à l'IVG</li> </ul>
1 - Agir sur les indicateurs régionaux défavorables de mortalité périnatale, de naissance prématuré et d'IVG	1.2 – Assurer à chaque jeune martiniquais une connaissance suffisante pour gérer sa vie sexuelle et reproductive	1.2.1 Diminuer le nombre d'IVG et de grossesses non désirées
	1.3 - Organiser sur les 4 territoires de proximité, une approche multidisciplinaire coordonnant les missions des différentes structures et professionnels	1.3.1 Rechercher des solutions innovantes pour la mutualisation des ressources dans le domaine de la prévention, du diagnostic et du soin au service des femmes enceintes afin de faciliter leur suivi individuel pour éviter les naissances prématurées  1.3.2 Sécuriser les conditions de la naissance par une orientation optimale des grossesses, une élévation du niveau de qualification de tous les soignants en salle de naissance et le maintien d'un niveau technique adapté à l'état de l'enfant à naître.

PRIORITES	OBJECTIFS GENERAUX	OBJECTIFS SPECIFIQUES	
	2.1 Renforcer le dépistage et le suivi des enfants à risque de handicap		
2 - Développer une politique de dépistage et de suivi des enfants à risque de handicap	2.2 Déployer une organisation des soins au plus près du lieu de vie des parturientes et des enfants à risque	Privilégier le dépistage précoce et la prise en charge des troubles psycho-sociaux	
emants a risque de nandicap	2.3 Mettre en place des outils permettant la coordination des acteurs autour des enfants à risque de handicap (dossier médical partagé)	potentiellement générateurs de handicap	
3 – Piloter, coordonner et	3.1 Mettre en place un plan d'amélioration de la situation de la périnatalité en Martinique sur 5 Ans 3.2 Assurer le meilleur emploi	périnatale aux progrès de la	
évaluer régionalement la politique de périnatalité	des moyens disponible pour la périnatalité	- Coordonner les différents	
	3.3 Promouvoir des pratiques d'évaluation systématiques des politiques engagées	acteurs de terrain	

#### 3. Santé mentale

PRIORITES	OBJECTIFS GENERAUX	OBJECTIFS SPECIFIQUES
1 - Améliorer et développer le dispositif de prise en charge dans le champ de la santé mentale	1.1 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.	<ul> <li>1.1.1 Renforcer les prises en charge ambulatoires au sein des CMP</li> <li>1.1.2 Poursuivre l'adaptation des capacités d'hospitalisation complète</li> <li>1.1.3 Développer les alternatives à l'hospitalisation complète</li> </ul>
	1.2 Renforcer la dimension santé mentale dans le dispositif médico-social.	1.2.1 Répondre aux besoins en les coordonnant avec l'ensemble des acteurs concernés 1.2.2 Améliorer et adapter le niveau de réponse aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées avec l'ensemble des acteurs concernés 1.2.3 Adapter l'organisation de l'offre
	1.3 Coordonner la prise en charge des enfants et des adolescents.	1.3.3 Améliorer la prise en charge sanitaire précoce des enfants et adolescents pour mieux repérer les signes de souffrance ou de troubles psychiques  1.3.2 Favoriser les articulations entre les professionnels de la pédo-psychiatrie et de la pédiatrie, les médecins généralistes libéraux, les professionnels du champ social, médicosocial, éducatif et judiciaire  1.3.3 Structurer le dispositif de soins en psychiatrie infanto-juvénile avec l'hospitalisation complète, les alternatives à l'hospitalisation, l'ambulatoire et le dispositif médico-social diversifié
	1.4 Organiser en filière complète, allant de la prévention à la réinsertion sociale, la prise en charge des addictions, et de la toxicomanie.	1.4.1 Développer le réseau addictologie  1.4.2 Intégrer la santé mentale dans les priorités de développement des réseaux  1.4.3 Mettre en œuvre les orientations prévues au SROS III pour la prise en charge de la toxicomanie  1.4.4 Accompagner la formation des acteurs de santé  1.4.5 Améliorer la connaissance en santé mentale sur le plan de la santé publique, de l'épidémiologie et de la recherche  1.4.6 Développer un système de recueil de données sur l'usage des drogues illicites, la comorbidité

PRIORITES	OBJECTIFS GENERAUX
2. Inscrire la santé mentale dans les objectifs de	2.1 Inclure la santé mentale dans les priorités et les objectifs du schéma de prévention
promotion de la santé pour faire évoluer les représentations et les pratiques	2.2 Informer, sensibiliser le grand public aux problématiques de la santé mentale notamment sur les pathologies, les causes, les symptômes, les modes de traitement, les perspectives d'amélioration, le suivi, les professionnels et les structures de soins
3. Renforcer les droits des	3.1 Renforcer le soutien aux associations d'usagers en qualité d'acteurs et de promoteurs de réponses aux besoins de santé
malades et de leurs familles	3.2 Garantir la confidentialité et la non-stigmatisation des malades et notamment les enfants

#### 4. Handicap et vieillissement

PRIORITES	OBJECTIFS GENERAUX	OBJECTIFS SPECIFIQUES
1. Améliorer et développer les conditions de prise en charge des personnes âgées en tenant compte de l'évolution démographique de la Martinique	1.1 Améliorer le maintien à domicile	1.1.1 Développer les structures et services permettant le maintien à domicile 1.1.2 Accompagner les aidants intervenant auprès des personnes âgées à domicile 1.1.3 Accompagner la réflexion pour une adaptation du cadre de vie (habitat)
	1.2 Développer les prises en charge spécifiques	1.2.1 Favoriser l'information et la prise en charge des malades Alzheimer et troubles apparentés par des dispositifs adaptés  1.2.2 Etendre la prise en charge en établissements de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés
	1.3 Inciter et accompagner à la qualité de la prise en charge	1.3.1 Veiller au respect de la bientraitance dans la prise en charge des personnes âgées  1.3.2 Améliorer la connaissance des profils des publics accueillis dans les établissements
2. Renforcer l'autonomie de la personne en situation de handicap en complétant et en diversifiant l'offre et les modalités de prise en charge	2.1 Améliorer l'intégration des personnes en situation de handicap	2.1.1 Favoriser une dynamique d'insertion en milieu ordinaire 2.1.2 Favoriser les conditions permettant l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés
	2.2 Adapter l'organisation des établissements et services aux réalités spécifiques des handicaps	<ul> <li>2.2.1 Veiller à une diversification de l'offre adaptée et équilibrée</li> <li>2.2.2 Intégrer la qualité de prise en charge dans l'organisation des établissements et services en fonction des handicaps</li> </ul>
3. Assurer la couverture des besoins médico sociaux sur les quatre territoires de proximité	3.1 Poursuivre la mise en œuvre du plan de développement médicosocial arrêté par l'ARS	3.1.1 Créer les places prévues au PDMS 3.1.2 Articuler le PDMS au Projet de réorganisation hospitalière 3.1.3 Participer à la restructuration de la santé mentale
	3.2 Renforcer les partenariats avec les collectivités et les autres acteurs autour d'un parcours de santé	3.2.1 S'approprier les instances créées par la loi HPST pour asseoir les dispositifs partenariaux réglementaires 3.2.2 Accompagner la mise en œuvre des évaluations internes et externes des ESMS 3.2.3 Inscrire le parcours de santé dans une logique de territoire

#### 5. Risques sanitaires

PRIORITES	OBJECTIFS GENERAUX	OBJECTIFS SPECIFIQUES
1. Gérer et anticiper les risques infectieux, notamment épidémiques et émergents	1.1 Disposer d'un système de surveillance sensible et réactif	<ul> <li>1.1.1 Identifier et réagir de façon précoce aux signaux sanitaires</li> <li>1.1.2 Développer des partenariats dans le cadre du Règlement Sanitaire International</li> </ul>
	1.2 Garantir une prise en charge adaptée des patients contagieux	1.2.1 Améliorer la prise en charge des patients contagieux     1.2.2 Garantir l'isolement des patients contagieux
	1.3 Disposer d'une capacité de réponse aux phénomènes épidémiques réactive et adaptée	1.3.1 Tirer profit de l'organisation des acteurs en matière de gestion de la dengue à l'ensemble des pathologies infectieuses
	1.4 Prévenir pour améliorer les changements de comportement du grand	1.4.1 Développer la démarche de prévention dans la lutte contre les épidémies  1.4.2 Améliorer l'information et les
	public	changements de comportements
	2.1 Préparer le système de santé à la prise en charge d'un afflux massif ou prolongé de victimes	2.1.1 En temps normal, réduire le recours systématique aux services d'urgences  2.1.2 Organiser la mobilisation de places supplémentaires en situation de crise  2.1.3 Organiser une coopération sanitaire formalisée dédiée à la réponse aux afflux massifs ou prolongés de victimes  2.1.4 Disposer localement des capacités
2. Diminuer l'impact sanitaire lié aux risques majeurs	2.2 Rénover ou construire des établissements sanitaires et médico-sociaux capables de résister à des évènements majeurs	logistiques de réponse  2.2.1 Connaître la réalité des risques qui pèsent sur les établissements et leurs conséquences  2.2.2 Mettre en sécurité les établissements au vu des aléas identifiés  2.2.3 Garantir une autonomie minimale des établissements
	2.3 Préparer les acteurs de santé à la réponse aux situations de crise	<ul> <li>2.3.1 Planifier la réponse aux situations de crise</li> <li>2.3.2 Organiser un système de surveillance adapté aux situations de crise</li> <li>2.3.3 Former les professionnels de santé à la gestion des situations de crise</li> </ul>
	2.4 Impliquer la population générale dans la conduite à tenir	2.4.1 Former et informer le public 2.4.2 Préparer la population générale aux risques majeurs

PRIORITES	OBJECTIFS GENERAUX	OBJECTIFS SPECIFIQUES
3. Gérer les conséquences des pollutions et créer un cadre de vie favorable à la santé	3.1 Gérer les pollutions et les nuisances	<ul> <li>3.1.1 Améliorer la gestion des déchets</li> <li>3.1.2 Améliorer la gestion des eaux usées</li> <li>3.1.3 Réduire les nuisances sonores</li> <li>3.1.4 Gérer les conséquences de la pollution par le chlordécone</li> </ul>
	3.2 Gérer l'espace naturel et les ressources	3.2.1 Protéger la ressource en eau potable et garantir de façon pérenne sa qualité jusqu'au robinet  3.2.2 Améliorer la maitrise de l'espace et des voies de communication  3.2.3 Maitriser la consommation énergétique  3.2.4 Améliorer la connaissance du risque sanitaire lié à la qualité de l'air
	3.3 Créer un cadre de vie durable et favorable à la santé	3.3.1 Protéger les zones à enjeux 3.3.2 Lutter contre l'habitat insalubre 3.3.3 Intégrer les préoccupations sanitaires et environnementales dans les politiques publiques 3.4.1 Informer le public sur les actualités de
	3.4 Former et informer le public, acteur de sa santé	santé  3.4.2 Aboutir à des changements de comportements

### ANNEXE 3 DES DIAGNOSTICS PAR TERRITOIRES DE PROXIMITE

### Tableau comparatif des diagnostics par territoire de proximité

Les cases grisées correspondent à des données actuellement non recensées au niveau des territoires de proximité et qui seront recherchées dans le cadre de l'axe 5 du schéma régional de prévention

		CENTRE	NORD CARAIBE	NORD ATLANTIQUE	SUD
Description gé	nérale				
Superficie (km²	<sup>2</sup> )	171	210	338	409
Nombre de cor	mmunes	4	8	10	12
Nombre d'hab	itants (%)	167 961 (42%)	23 796 (6%)	86 704 (22%)	119 261 (30%)
<b>Evolution</b> sur les	20 dernières années	→ (+2%)	→ (+1.4%)	↑ (+10%)	↑ <b>(+52%)</b>
Densité (habita	ants/km²)	987	113	257	289
Description de	la population				
% familles mor	noparentales	40%	39%	37%	35%
% bénéficiaires	s RMI	7%	6%	9%	8%
Personnes âgé	<b>es</b> de plus de 75 ans	6%	7.7%	7.7%	5.5%
Bénéficiaires CMUc (2007)		30%	31%	39%	34%
Nombre de nai	issances en				
2009 5171					
Economie					
Répartition des	s emplois	61%	4%	15%	20%
Principaux sect	teurs d'activité	Tertiaire	Tertiaire, agriculture	Tertiaire, agriculture	Tertiaire
Taux de chôma	age (2006)	22.4%	22.4%	30.4%	25.3%
Etat de santé					
Couverture vaccinale					
Enfants MSM <sup>10</sup>	DTP4 <sup>11</sup> (DTP3)	85.7% (95.9%)	76.1% (82.1%)	90.9% (97.0%)	88.9% (97.2%)
(résultats provisoires 2011)	RRO <sup>12</sup> 2(RRO1)	81.6% (91.8%)	67.2% (82.1%)	83.3% (93.9%)	83.3 (91.7%)

Enfants scolarisés en moyenne section de maternelle (5 ans)

11 DTP= vaccin Diphtérie, Tétanos, Polio, le numéro associé correspond au nombre de doses reçues, pour être à jour un enfant âgé de 5ans devrait avoir reçu 4 doses

<sup>12</sup> RRO = vaccin Rougeole, Rubéole, Oreillons le numéro associé correspond au nombre de doses reçues, pour être à jour un enfant âgé de 5ans devrait avoir reçu 2 doses

		CENTRE	NORD CARAIBE	NORD ATLANTIQUE	SUD
Morbidité					
Cancer du sein	Incidence <sup>13</sup> (taux pour 100 000) Rang	255 (92) 4°	25 (68) 1°	106 (76) 2°	148 (80) 3°
2008	DO <sup>14</sup> Taux et <i>Rang</i>	51.3% 3°	52.7% 1°	49.1% 4°	51.5% 2°
Cancer du col	Incidence	NC	NC	NC	NC
de l'utérus 2008	DO <sup>15</sup> Taux et <i>Rang</i>	16.1 % 4°	17.5% 2°	19.3% 3°	20.5% 1°
Cancer colo	Incidence (taux)	223 (hommes : 46 ; femmes :43)	22 (hommes : 41 ; femmes :22)	98 (hommes : 29 ; femmes :43)	126 (hommes : 40 ; femmes : 31)
rectal 2008	Rang	(hommes : 4° ; femmes :3°)	(hommes : 2° ; femmes :1°)	(hommes : 1°; femmes :4°)	(hommes : 3°; femmes : 2°)
2000	DO Taux et <i>Rang</i>	28.9 % 3°	29.4% 2°	27.9% 4°	30.9% 1°
Cancer de la pri incidence et ta	rostate ux (2006-2008)	639 (280)	120 (355)	391 <i>(301)</i>	449 (267)
Surpoids Obési Un enfant sur 4, u					
<b>Diabète</b> Escal 2004 : prévalence 5.1%					
<b>HTA</b> Escal 2004 : prévalence 22% chez les adultes					
<b>Drépanocytose</b> 1800 personnes atteintes					

la Incidence= nombre de nouveaux cas.

14 DO= dépistage organisé. Les taux indiqués sont les taux de participation aux dépistages organisés, en fonction de la population concernée définie par l'Insee

15 DO= dépistage organisé. Les taux indiqués sont les taux de participation aux dépistages organisés, en fonction de la population concernée définie par l'Insee

	CENTRE	NORD CARAIBE	NORD ATLANTIQUE	SUD
Asthme Escal 2004 : prévalence 17.3% chez les enfants				
Insuffisance rénale chronique 2010 : 450 patients dialysés, 250 patients greffés Nb d'IVG/ Nb de grossesses 31% en 2003 Nombre de naissances prématurées				
Infection par le VIH 516 nouveaux de 2003 à 2010 SIDA 722 (InVS) cumulés de puis T0 Cohorte corevih en 2010 816				
Mortalité  Mortalité générale  Taux standardisé pour 100 000 hbts 2004-2007	802 3° place, causes: 1. Maladies de l'appareil circulatoire 2. Tumeurs 3. Causes externes de blessures et empoisonnements	878 1° place, causes: 1. Tumeurs 2. Maladies de l'appareil circulatoire 3. Causes externes de blessures et empoisonnements	764 4° place 1. Tumeurs 2. Maladies de l'appareil circulatoire 3. Causes externes de blessures et empoisonnements	856 2° place, causes: 1. Tumeurs 2. Maladies de l'appareil circulatoire 3. Causes externes de blessures et empoisonnements

	CENTRE	NORD CARAIBE	NORD ATLANTIQUE	SUD
Mortalité prématurée <sup>16</sup>	206	215	167	202
Taux standardisé	2° place, causes :	1° place, causes :	4° place	3° place, causes :
pour 100 000 hbts	1. Tumeurs	1. Tumeurs	1. Tumeurs	1. Tumeurs
2004-2007	2. Causes externes de	2. Maladies de	2. Maladies de	2. Causes externes de
Près d'une personne sur 4 est	blessures et	l'appareil	l'appareil	blessures et
décédée avant l'âge de 65 ans	empoisonnements	circulatoire	circulatoire	empoisonnements
en Martinique	3. Maladies de l'appareil	3. Causes externes de	3. Causes externes de	3. Maladies de
(hommes : 1/3, femmes : 1/5)	circulatoire	blessures et	blessures et	l'appareil
Destruction and the second 2000		empoisonnements	empoisonnements	circulatoire
Professionnels de santé 2008				
Effectifs et				
densité pour 100 000 habitants				
nabitants	154	16	51	85
Généralistes	92	67	59	71
	171	1	16	18
Spécialistes	102	4	18	15
	285	43	163	224
Infirmiers	170	177	188	177
	119	19	65	82
Kinésithérapeutes	71	80	75	69
	90	6	24	43
Dentistes	54	25	28	36
	69	9	31	40
Pharmacies	41	38	36	34
Offre médicosociale	41	30	30	34
Maisons de retraite	15	2	2	8
Maisons d'accueil spécialisées	13	_	0	2
Etablissements travail	6	3	1	2
Liabii33Ciliciit3 ti avaii	0	3	1	

\_

<sup>&</sup>lt;sup>16</sup> décès survenus avant l'âge de 65 ans

		CENTRE	NORD CARAIBE	NORD ATLANTIQUE	SUD
protégé					
Instituts médic	o éducatifs	2	2	1	4
Offre de préve					
promotion de l					
Nombre d'action					
Nutrition et	Nombre d'actions <i>(et</i>	14	11	12	8
activité physique	Nombre habitants)	8.3	46.2	13.8	6.7
priysique	Publics plus souvent visés	Essentiellement 6- 18 ans	Essentiellement 6-18 ans	Essentiellement 6- 18 ans Mais aussi tous publics	Essentiellement 6- 18 ans Mais aussi tous publics
Diabète-HTA-	Nombre d'actions <i>(et</i>	5	3	2	2
maladies cardio	pour 100 000 habitants)	3.0	12.6	2.3	1.7
vasculaires	Publics plus souvent visés	Tous publics	Tous publics	Tous publics	Tous publics
	Nombre d'actions <i>(et</i>	4	2	2	2
Prévention	pour 100 000 habitants)	3.0	8.4	2.3	1.7
des cancers	Publics plus souvent visés	Jeunes, professionnels de l'éducation, tous publics Et actions de l'AMREC sur le dépistage organisé	Actions de l'AMREC sur le dépistage organisé	Actions de l'AMREC sur le dépistage organisé	Actions de l'AMREC sur le dépistage organisé
VIH SIDA et	Nombre d'actions <i>(et</i>	13	5	8	8
IST	pour 100 000 habitants)	7.7	21.0	9.2	6.7

		CENTRE	NORD CARAIBE	NORD ATLANTIQUE	SUD
	Publics plus souvent visés	Tous publics plus actions en direction des personnes en difficulté socio économiques	Tous publics plus actions en direction des personnes en difficulté socio économiques	Tous publics plus actions en direction des personnes en difficulté socio économiques hommes	Hommes Personnes en difficultés économiques Tous publics
	Nombre d'actions	14	1	4	3
Handicap et vieillissement	Publics les plus souvent visés	Personnes âgées de plus de 55 ans et personnes en difficultés socio économiques	Personnes âgées de plus de 55 ans	Personnes âgées de plus de 55 ans	Personnes âgées de plus de 55 ans
Cantá	Nombre d'actions	16	5	9	8
Santé mentale	Publics les plus souvent visés	Adolescents et adultes	Adolescents 12/18 ans Adultes dans une moindre mesure	Adultes 18/55 Dans une moindre mesure, adolescents	Adultes 18/55 Dans une moindre mesure, adolescents
Périnatalité	Nombre d'actions	12	4	4	1
et petite enfance	Publics les plus souvent visés	Femmes	Femmes enceintes	Femmes enceintes	Femmes
	Nombre d'actions	6	2	3	2
Sexualité	Publics les plus souvent visés	Adolescents 13/18 ans	Préadolescents, adolescents, professionnels de l'éducation	Préadolescents, adolescents, professionnels de l'éducation Etudiants, apprentis	Jeunes Professionnels de l'éducation Etudiants,
Conclusion : Points de vigilance					
		Territoire de proximité le mieux pourvu en professionnels de santé et	Territoire de proximité dans lequel la densité de médecins et notamment de	Une faible densité médicale mais une densité de professionnels de santé	Une situation le plus souvent dans la moyenne du département, avec un

CENTRE	NORD CARAIBE	NORD ATLANTIQUE	SUD
pour lequel on note	spécialistes est la plus faible,	paramédicaux dans la	croissance importante de la
néanmoins une plus faible	et dans lequel on observe le	moyenne, une faible	population qui comporte le
adhésion aux actes de	taux de mortalité	adhésion au dépistage	plus faible taux de personnes
prévention tels que le	prématurée le plus élevé du	organisé mais une	âgées de plus de 75 ans.
dépistage organisé et la	département. Les tumeurs	couverture vaccinale des	
vaccination des enfants, et	en étant la première cause,	enfants meilleure que dans	
dans lequel on observe un	l'accent devrait être mis sur	le reste du département,	
taux de mortalité prématuré	la promotion et la facilitation	une mortalité prématurée	
parmi les plus élevés.	de dépistage organisé des	plus faible: situation	
	cancers.	contrastée à étudier plus	
		finement .	
	La proportion importante de		
	personnes âgées de plus de	La proportion importante de	
	75 ans doit inciter à	personnes âgées de plus de	
	intensifier les actions en leur	75 ans doit inciter à	
	faveur	intensifier les actions en leur	
		faveur	

### **ANNEXE 4**

# ELEMENTS CLE SUR LES QUESTIONNAIRES ADRESSES AUX REFERENTS COMMUNAUX



# Enquête auprès des référents territoriaux

### Méthode

Une enquête a été menée auprès des référents territoriaux de la Martinique en octobre 2011 afin de recueillir leur avis sur les particularités de leur territoire en matière de santé.

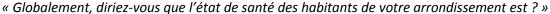
Il existe 68 référents territoriaux, 2 par commune (1 élu et 1 administratif). Tous ont été contactés par mail, les relances ont été faites par mail et par téléphone.

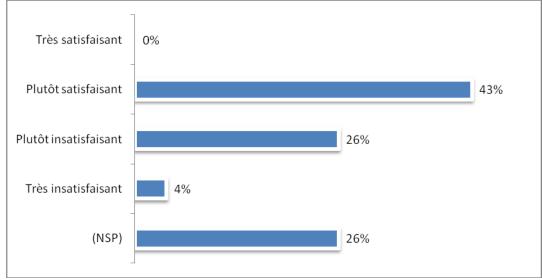
Après plusieurs relances, il a été possible de recueillir 23 questionnaires (+ 1 en attente de FDF) correspondant à 22 communes sur les 34 (1 questionnaire par commune sauf pour St Joseph où les 2 référents ont répondu à l'enquête).

La répartition sur l'ensemble des 4 territoires de proximité de Martinique est la suivante :

- Nord Atlantique : 8 communes répondantes sur 10 communes (80 %)
- Nord Caraïbe : 4 communes répondantes sur 8 communes (50 %)
- Centre : 3 communes répondantes (4 questionnaires) sur 4 communes (75 %)
- Sud: 7 communes répondantes sur 12 communes (58 %)

# Etat de santé global

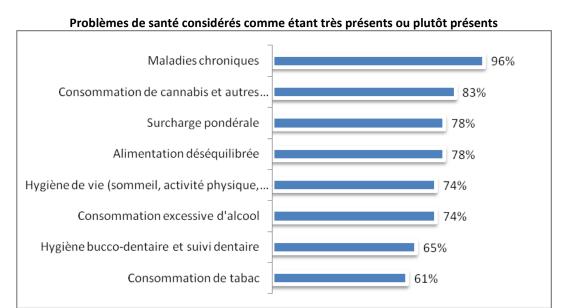




Base : 23 référents territoriaux

## A. La population générale

« D'après ce que vous pouvez en juger au contact de la population, certains problèmes vous paraissent-ils plus particulièrement présents dans l'ensemble de la population de votre arrondissement ? »



Base : 23 référents territoriaux

Les autres thématiques proposées sont considérées comme plutôt rares ou très rares :

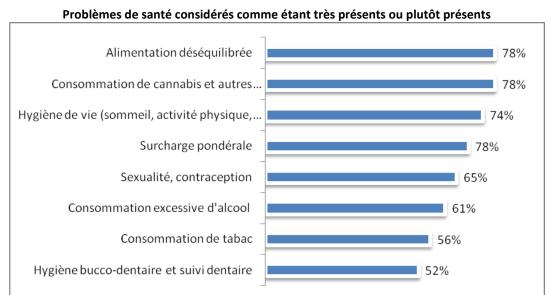
- Chute des personnes âgées : 74 % des référents ont répondu que ce problème était plutôt rare ou très rare sur leur commune
- Accidents de la route : 69 %
- Mal-être, souffrance psychologique : 52 %
- Dengue: 52 %
- Drépanocytose : 43 %

D'après les référents territoriaux, les 5 problèmes de santé qui doivent être des **priorités** en matière de prévention en population générale sont :

- Consommation de cannabis
- Maladies chroniques
- Alimentation déséquilibrée
- Consommation excessive d'alcool
- Surcharge pondérale

# B. Les enfants, les adolescents et les jeunes : principaux problèmes de santé

« D'après ce que vous pouvez en juger au contact de la population, certains problèmes vous paraissent-ils plus particulièrement présents chez les enfants et les jeunes de votre arrondissement ? »



Base : 23 référents territoriaux

Les autres thématiques proposées sont considérées comme plutôt rares ou très rares :

- Accidents domestiques : 87% des référents ont répondu que ce problème était plutôt rare ou très rare sur leur commune
- Accidents de la route: 78 %
- Conduites à risque, accidents de sport et de loisirs : 65 %

Pour les référents territoriaux, les 5 problèmes de santé qui doivent être des **priorités** en matière de prévention chez les enfants, les adolescents et les jeunes sont :

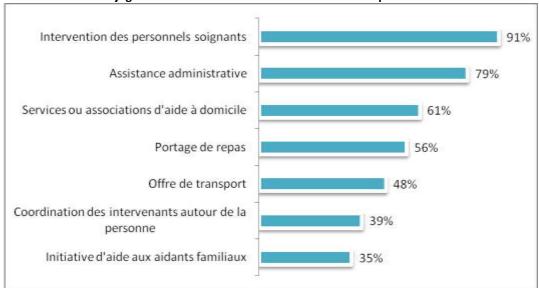
- Consommation de cannabis
- Alimentation déséquilibrée
- Surcharge pondérale
- Consommation excessive d'alcool
- Sexualité, contraception

# C. Les personnes âgées et/ou handicapées : principaux problèmes rencontrés en matière de prise en charge dans ce domaine

« Tenant compte des ressources locales sur votre commune/arrondissement et de celles existant à distance acceptable (dans un rayon de 15 km), comment jugez-vous la situation dans les domaines suivants ? »

### Maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie

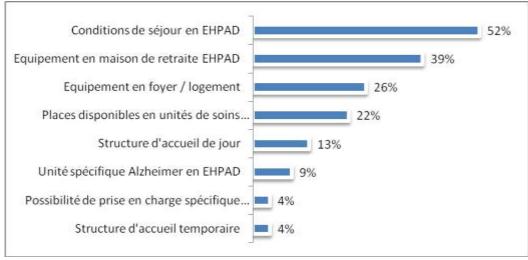
Situations jugées comme étant tout à fait satisfaisante ou plutôt satisfaisante



Base : 23 référents territoriaux

### Hébergement des personnes âgées

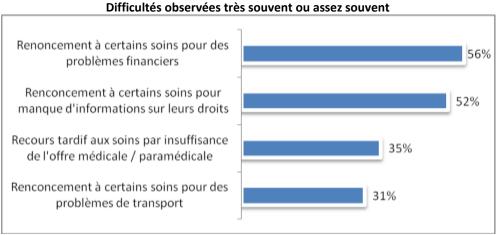
Situations jugées comme étant tout à fait satisfaisante ou plutôt satisfaisante



Base: 23 référents territoriaux

#### Les difficultés d'accès aux soins

« Observez-vous des difficultés particulières d'accès aux soins chez certaines personnes ? »



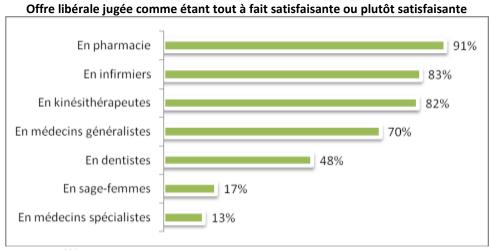
Base: 23 référents territoriaux

D'après les répondants, le renoncement à certains soins s'observe très souvent ou assez souvent pour des problèmes financiers ou pour des manques d'information sur leurs droits.

Le recours tardif aux soins par insuffisance de l'offre médicale ou paramédicale (très souvent ou assez souvent) est cité par 35 % des référents. Par contre, 70 % observent rarement un renoncement à certains soins pour des problèmes de transport.

### D. L'offre libérale : professions médicales et paramédicales

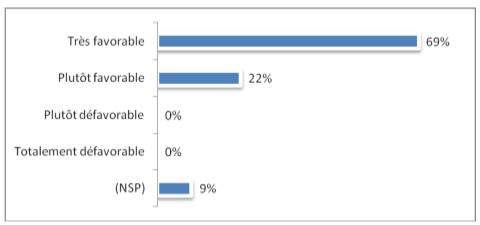
« Actuellement, d'après ce que vous pouvez observer et compte tenu du nombre d'habitants de votre arrondissement comment qualifierez-vous la situation relative à l'offre libérale proposée sur votre arrondissement ? »



Base : 23 référents territoriaux

# E. Opinion sur la création d'une maison de santé pluridisciplinaire

« Quelle est votre opinion sur la création d'une maison de santé pluridisciplinaire sur votre arrondissement ? »



Base: 23 référents territoriaux

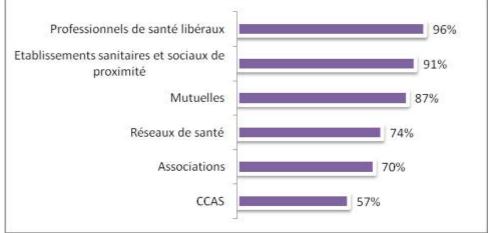
### **Avantages retenus**

- Intérêt pour la population
- Organisation de la permanence des soins
- Mutualisation

# F. Les acteurs de la prévention

« D'après ce que vous observez actuellement, à quelle fréquence les acteurs suivants réalisent-ils des actions de prévention sur votre arrondissement ? »

Acteurs réalisant des actions de prévention rarement ou pas du tout



Base: 23 référents territoriaux

D'après les référents territoriaux, les acteurs sont peu présents sur leur territoire pour réaliser des actions de prévention, avec toutefois des réponses un peu moins marquées pour le CCAS et les associations, puisque la grande majorité des répondants pensent que les acteurs interviennent rarement ou pas du tout.

Les référents pensent que les acteurs les plus à même de mener des actions de prévention sur leur territoire sont les CCAS, les associations et les réseaux de santé.

**Pour conclure**, la majorité des référents territoriaux pense que l'aménagement de leur territoire crée des conditions de vie favorables à la santé des habitants (2 tiers répondent oui tout à fait ou oui plutôt à cette question).

# **ANNEXE 5 : GLOSSAIRE**

ACSé	Agence nationale neur le cohécien sociale et l'égalité des chances
	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
ADUAM	Agence départementale
AFOC	Association force ouvrière consommation
ALD	Affection de longue durée
AMREC	Association Martiniquaise pour la Recherche Epidémiologique en Cancérologie
ARS	Agence régionale de santé
ASEVE	Association des responsables des Services compétents en Environnement et en Développement Durable des collectivités territoriales
AVC	Accident vasculaire cérébral
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
CAESM	Communauté d'agglomération de l'Espace Sud de la Martinique
CCAS	Centre communal d'action sociale
ССР	Commission de coordination des politiques de prévention
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CDST	Centre de découverte des sciences de la terre
CEMAGREF	
CESC	Comité d'Education à la santé et à la citoyenneté
CG	Conseil Général
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CIDDIST	Centre d'information et de dépistage des infections sexuellement transmissibles
CIRE	Cellule inter régionale d'épidémiologie
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination,
CLS	Contat local de santé
CMU	Couverture maladie universelle
CNFPT	Centre National de la Fonction Publique Territoriale
COREVIH	COordination RÉgionale de lutte contre l'infection à VIH
СРОМ	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CRV	commission régionale de la vaccination
CSAPA	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CUCS	Contrats urbains de cohésion sociale
DAAF	Direction de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
DEAL	Direction de l'environnement de l'aménagement et du logement
DGARS	Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DIECCTE	Direction des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DJSCS	Direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DO	Déclaration Obligatoire
DOM	Département d'Outre Mer
DPVSS	Direction de la prévention de la veille et de la sécurité sanitaire
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EPS	Education pour la santé
	•

ERI	Espace Rencontre Information
ESCAL	Etude sur la santé et les consommations alimentaires en Martinique
ETP	Education thérapeutique du patient
FEJ	Fonds d'expérimentation pour la Jeunesse
FIQCS	Fonds d'Intervention pour la Qualite et la coordination des soins
	Fonds National de Prévention et d'Education en Information Sanitaire
FNPEIS	
GIP-RAM	GIP-Réseau Addictions Martinique
GRSP	Groupement régional de santé publique
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HPST	Hôpital patient santé territoire
HTA	Hypertension artérielle
IFMS	Institut de formation aux métiers de la santé
IMC	Indice de masse corporelle
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INRA	Institut scientifique de recherche agronomique
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IRC	Insuffisance rénale chronique
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
JDC	Journée défense et citoyenneté
LPO	Ligue pour la protection des animaux
MDO	Maladie à déclaration obligatoire
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Insertion
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ORS	Observatoire régional de la santé
OSCARS	Outil de Suivi cartographique des actions régionales de santé
OSM	Observatoire de la santé de Martinique
PARADSS	Pôle d'accueil en réseau pour l'accès aux droits sociaux
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PDS	Promotion de la santé
PDP	Prévention à la Désinsertion Sociale et Professionnelle (Dispositif PDP de la CGSS)
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNA	Programme National pour l'Alimentation
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PNSE	Plan national santé environnement
РО	Plan obésité
PODIUM	Prévalence de l'Obésité, de sa Diversité et de son Image Ultra Marine
PPS	Prévention et promotion de la santé
DDADC	Decree of the self-like of the self-self-self-self-self-self-self-self-
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
PTS	Projets Territoriaux de Santé
RMI	Revenu minimum d'insertion
RP	Recensement de la population
RRO	Rougeole Rubéole Oreillons
RSA	Revenu de solidarité active
RSMA	Régiment du service militaire adapté
SCHS	Service Communal d'Hygiène et de Santé
SESAG	Service d'Etude Statistiques Antilles Guyane
SHM	Société d'hygiène de la Martinique
SIDA	Syndrôme d'immunodéficience acquise
SROMS	Schéma régional d'organisation médico- sociale
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SRP	Schéma régional de prévention
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à domicile
UAG	Université Antilles Guyane
URPS	Union régionale des professionnels de santé
VAGUSAN	Veille alerte et gestion des urgences sanitaires
VIH	Virus de l'immunodéficience Humaine