

SCHEMA REGIONAL DE SANTE

PROJET REGIONAL DE SANTE DE MARTINIQUE

2023 - 2027

Schéma régional de santé

2023-2027

Sommaire

INTRODUCTION	3
AXE 1 : RENFORCER LA MAITRISE DES RISQUES SANITAIRES LIES A L'ENVIRONNEMENT ET ACCOMPAGNER L'ADOPTION DE COMPORTEMENTS FAVORABLES A LA SANTE.....	12
OBJECTIF 1.1 : INTERVENIR DE MANIERE GLOBALE EN PROMOTION DE LA SANTE.....	12
OBJECTIF 1.2 : RENFORCER LES DISPOSITIFS DE PREVENTION PRIMAIRE, SECONDAIRE ET TERTIAIRE.....	14
OBJECTIF 1.3 : PROMOUVOIR UNE APPROCHE GLOBALE DES ENJEUX DE SANTE ET DES ENJEUX ENVIRONNEMENTAUX	17
OBJECTIF 1.4 : RENFORCER LA PREPARATION AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES.....	21
AXE 2 : FAVORISER L'ACCES A LA SANTE EN PROXIMITE ET ACCOMPAGNER LA STRUCTURATION DE PARCOURS DE SANTE GRADUES ET COORDONNES	23
OBJECTIF 2.1 : RENFORCER L'ACCESSIBILITE DE L'OFFRE DE SANTE VIA LE RENFORCEMENT DU MAILLAGE TERRITORIAL ET DE L'ALLER-VERS	23
OBJECTIF 2.2 : ASSURER LA REPONSE AUX BESOINS DE SOINS URGENTS ET DE SOINS NON PROGRAMMES ..	26
OBJECTIF 2.3 : RENFORCER LA COORDINATION DES ACTEURS AUTOUR DU PATIENT	29
OBJECTIF 2.4 : AMELIORER LA VISIBILITE ET LA LISIBILITE DE L'OFFRE DE SANTE ET RENDRE LES MARTINIQUAIS ACTEURS DE LEUR SANTE	31
OBJECTIF 2.5 : STRUCTURER DES PARCOURS EN SANTE DANS 8 DOMAINES PRIORITAIRES	33
AXE 3 : POURSUIVRE L'AMELIORATION DE LA QUALITE, DE LA SECURITE ET DE LA PERTINENCE DU SYSTEME DE SANTE	37
OBJECTIF 3.1 : DEPLOYER LA POLITIQUE REGIONALE DE RESSOURCES HUMAINES EN SANTE	37
OBJECTIF 3.2 : ASSURER LA PERTINENCE, L'EFFICIENCE ET LA SECURITE DES SOINS	40
OBJECTIF 3.3 : ACCOMPAGNER LE RENFORCEMENT D'UNE CULTURE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX....	43
ANNEXES	45
ANNEXE 1 - DECLINAISON DES PARCOURS DE SANTE PRIORITAIRES.....	45
MALADIES CHRONIQUES	45
OBESITE	50
CANCERS.....	53
ADDICTIONS	56
SANTE MENTALE	59
PARCOURS PERINATALITE / ENFANTS / SANTE MATERNELLE.....	62
PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES AGEES	66
PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP.....	70

ANNEXE 2 : FEUILLES DE ROUTE TERRITORIALES	73
TERRITOIRE DE PROXIMITE DU CENTRE	73
TERRITOIRE DE PROXIMITE DU NORD CARAÏBE	75
TERRITOIRE DE PROXIMITE DU NORD ATLANTIQUE	77
TERRITOIRE DE PROXIMITE DU SUD	79
ANNEXE 3 : INDICATEURS DE SUIVI.....	81
INDICATEURS DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE.....	82
INDICATEURS DU PROGRAMME REGIONAL D'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS	85
ANNEXE 4 - ACTIVITES DE SOINS / EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS ET FILIERES DE SOINS.....	87
OBJECTIFS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS DES ACTIVITES DE SOINS STRUCTURANTES POUR LES PARCOURS DE SANTE	87
OBJECTIFS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS DES EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS DONNANT LIEU A AUTORISATION	125
ANNEXE 5 - GLOSSAIRE	127

Introduction

Le Projet régional de santé de troisième génération (PRS 3) couvre la période 2023-2027 et se compose des documents suivants :

- Le Cadre d'orientation stratégique (COS), valable 10 ans et arrêté en 2018, qui fixe trois grandes orientations pour notre région : 1) Développer une culture partagée de la promotion de la santé permettant à chacun de devenir co-auteur de sa santé; 2) Viser l'excellence du système de santé Martiniquais; 3) Assurer la fluidité des parcours de santé par la définition d'une offre de santé graduée et intégrative en favorisant la coordination des acteurs en tout point du territoire.
- Le Schéma régional de santé (SRS), présent document, décliné en trois axes stratégiques correspondant aux parcours de santé en population générale et permettant d'agir sur l'organisation transversale du système de santé bénéficiant à tous, et de 8 parcours de santé spécifiques.
- Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et Aux Soins des plus démunis (PRAPS), qui décline les objectifs du SRS au regard des difficultés particulières des publics qu'il vise.

➤ La méthode

Le Schéma Régional de Santé définit **la stratégie en santé de l'Agence** à 5 ans (2023-2027).

Fruit d'un travail de co-construction engagé en 2022, articulé avec la démarche du **Conseil National de la Refondation**, le contenu du Schéma Régional de santé a été élaboré avec l'aide d'une trentaine de groupes de travail, réunis chacun à une ou deux reprises. Ces groupes de travail techniques associant des professionnels de santé, professionnels du secteur social ou médico-social, et des représentants des usagers ont travaillé sur une vingtaine de thématiques de santé pour analyser les besoins de santé en regard de l'offre existante et émettre des préconisations portant sur l'adaptation du système de santé martiniquais aux besoins objectifs.

Des réunions de partage et de concertation ont été menées, au premier semestre 2023, associant élus locaux et partenaires, pour croiser les regards et compléter les propositions des groupes de travail. Le présent Schéma intègre également **des projets issus des réunions de co-construction menées dans le cadre du « CNR Santé » et du « CNR Bien Vieillir »¹, en collaboration étroite avec le Conseil Territorial de Santé**. Ces réunions, conduites entre le 28 novembre et le 9 février 2023, ont permis d'échanger avec près de 500 participants, majoritairement des professionnels de santé, mais également des élus et des citoyens.

Ces travaux d'élaboration du PRS 3 ont été présentés et validés par les membres du comité de pilotage du PRS (parlementaires, élus de la collectivité territoriale, préfecture, CGSS, DRAJES, rectorat, université des Antilles, CRSA, CTS, IREPS, DPJJ...).

¹ Les projets qui ont émergé dans ce cadre sont identifiés dans le Schéma de la manière suivante : **CNR Santé / CNR Bien Vieillir**.

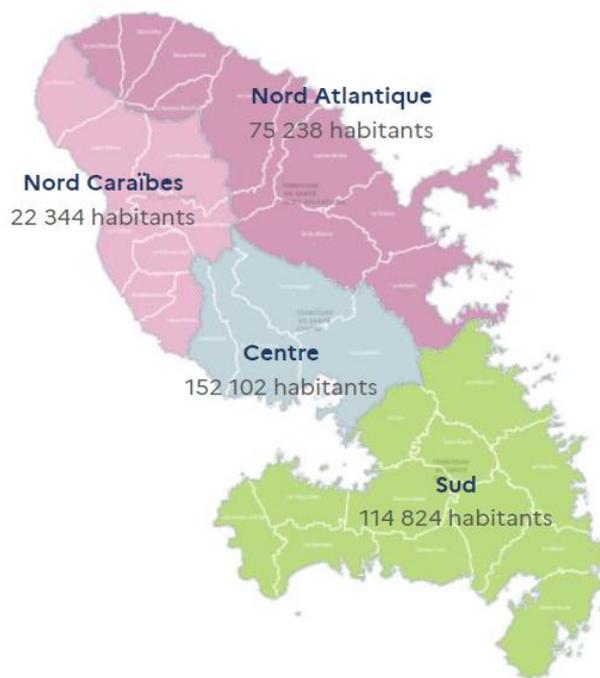
Les caractéristiques territoriales et socio-démographiques

La Martinique présente des singularités très marquées avec une population de 364 508 habitants², en diminution **et âgée** (baisse de -0,9% par an depuis 2013 qui s'explique selon les données de l'INSEE par des départs du territoire plus nombreux que les arrivées), **un taux de précarité élevé** et un **creusement des inégalités de revenus**. **27,4 %** des Martiniquais vivent ainsi sous le seuil de pauvreté qui est de 1 100 € par mois (2019) et 23,2 % de la population active est au chômage.

Bien que l'espérance de vie soit comparable à la moyenne nationale, le niveau de santé est perçu comme inférieur.

C'est aussi le département d'Outre-Mer le moins étendu (1 128 km²) et celui où la proportion de ménages possédant au moins une voiture est la plus forte (74 %), ce qui conduit à la saturation du réseau routier et complique les conditions d'accès aux soins des populations isolées (accès supérieur à 30 minutes d'un point d'urgence). A noter que la Martinique connaît des difficultés prégnantes d'organisation des transports en commun (malgré des efforts ces dernières années), notamment s'agissant des territoires Nord de l'île.

La configuration géographique, la répartition de la population et la concentration de l'offre de soins sur le centre de la Martinique ont conduit l'ARS de Martinique, pour une répartition homogène de l'offre, à n'identifier qu'un territoire unique de santé organisé autour de 4 territoires de proximité qui font face à une demande de soins supérieure à l'offre et une offre de proximité insuffisante.



Avec 14% de médecins de moins qu'au niveau national, la population ne peut s'appuyer sur l'offre libérale. On assiste alors à un sur-recours de la population aux urgences lié à cette intensification des déserts médicaux, à une coopération ville-hôpital encore trop limitée et un renoncement aux soins généralisé en population générale qui induit des prises en charge hospitalières dégradées.

² INSEE 2019

Enfin, l'île reste exposée cycliquement à des **risques environnementaux** (cyclones, tremblements de terre, sargasses...) et des crises sanitaires hors COVID (dengue, ...) ; qui impactent régulièrement les services d'urgence et désorganisent le système de santé.

Les enjeux identifiés en 2017 dans le cadre de l'élaboration du Projet Régional de Santé, et qui ont soutenu la définition du Cadre d'Orientation Stratégique, demeurent ainsi d'actualité :

- Un territoire insulaire plus exposé aux risques environnementaux
- Un vieillissement accéléré de la population et une population en diminution, inégalement répartie sur le territoire
- Des situations de forte précarité et d'importantes inégalités socio-économiques
- Une amélioration globale de l'état de santé de la population mais des indicateurs de santé qui restent inquiétants (santé périnatale ; obésité – surpoids et ses comorbidités ; cancers)

Principaux indicateurs de santé

La population Martiniquaise est impactée par des problématiques de santé, qui marquent tout l'enjeu de la poursuite et du renforcement d'une stratégie de Promotion de la Santé et de Prévention :

- Chez les adultes de 16 ans et plus, la surcharge pondérale touche 52 % d'hommes contre 64 % de femmes en 2013. Chez les enfants, la prévalence de cette surcharge pondérale est de 35 %, dont près de 10 % d'obèses (Enquête Kannari, 2013). Parallèlement, on observe une plus grande sédentarité de la population. Les femmes et les enfants pratiquent moins d'activité physique que dans l'Hexagone (expertise collective IRD 2021)
- En corrélation, le poids des maladies chroniques est plus important qu'en moyenne nationale, avec 12% de femmes se déclarant diabétiques et 10,8% d'homme, tandis que 31,4% de femmes et 24,1 % d'hommes se déclarent hypertendus (Baromètre santé 2021). La prévalence du diabète se conjugue aussi parfois avec une incidence et une prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) plus élevées.

La dernière enquête périnatale (2021) montre par ailleurs que :

- 52,5 % des femmes sont en surpoids ou obésité avant la grossesse (37 % en France Hexagonale)
 - 7,8 % des femmes sont hypertendues en cours de grossesse (4,3 % en France Hexagonale)
 - Et que 10,3% des femmes sont concernées par un diabète gestationnel au cours de leur grossesse (vs 16,4 % France Hexagonale), soit deux fois plus en proportion qu'en 2016.
- Le cancer reste la principale cause de mortalité sur notre territoire

5 principales causes de mortalité (2020) (Taux standardisés pour 100 000 hab.)

	Martinique		France entière	
	Homme	Femme	Homme	Femme
Tumeurs	288	166	316	179
Maladies de l'appareil circulatoire	222	137	220	131
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	87	55	37	25
Maladies du système nerveux et des organes des sens	66	56	52	43
Maladies de l'appareil respiratoire	56	29	70	35

Source : INSERM-CepiDc 2020

- Le taux de mortalité des pathologies liées directement à l'alcool est environ 20 fois inférieur à celui de la France Hexagonale, chez l'homme et la femme, et les niveaux de consommation d'alcool sont davantage préoccupants chez les jeunes avec une consommation hebdomadaire d'alcool chez les 18-30 ans plus élevée qu'en Hexagone (47,7 % contre 32,5 %) et une expérimentation à 17 ans plus importante.
- Si la consommation de tabac est la plus faible de France (taux de tabagisme quotidien de 15% contre 28,6% en Hexagone), l'usage régulier de cannabis est quasi-équivalent à celui de l'Hexagone (de l'ordre de 3%). La Martinique est aussi parmi les territoires français les plus touchés par la consommation de crack (0,5% d'initiés), principalement chez les personnes les plus marginalisées.
- Le territoire Martiniquais est par ailleurs très fortement impacté par des problématiques environnementales à risque potentiel sur la santé : contamination des sols par la chlordécone, échouages massifs d'algues sargasses sur les côtes atlantiques notamment et brume de sable.

Les enjeux du PRS 2023-2027

Ce nouveau projet régional de santé s'inscrit dans une vision actualisée des besoins et des enjeux pour le territoire de la Martinique. Les fragilités du système de santé demeurent en sortie de la crise sanitaire du COVID-19, et si le territoire a fait preuve de résilience, certaines ont été exacerbées. Comme dans d'autres régions, la Martinique doit faire face à une problématique de renforcement des ressources humaines en santé, dans un contexte insulaire, de vieillissement de la population et de croissance des maladies chroniques.

Soigner autrement est donc un impératif de santé publique, mais aussi économique, compte tenu de la difficulté à financer les dépenses de santé. Ce sont autant de défis qui appellent à trouver de nouvelles solutions et de nouveaux leviers.

Les 6 principes définis à 10 ans dans le Cadre d'Orientations Stratégiques continueront à guider l'action de l'ARS et de ses partenaires pour la période 2023-2027 :

- Un système de santé **tourné vers la promotion de la santé et la prévention**
- Un système de santé **transversal et coordonné** à l'échelle régionale et à l'échelle territoriale
- Un système de santé **performant, innovant et attractif**
- Un système de santé **réactif**
- Un système de santé **qui place l'utilisateur au cœur des préoccupations**
- Un système de santé **lisible pour les usagers comme pour les professionnels**

Mais ce nouveau projet régional de santé entend leur donner une dimension opérationnelle et une résonance territoriale forte, autour des axes suivants :

- Renforcer la place donnée aux espaces de démocratie en santé,
- Rendre effective et visible l'approche territoriale des politiques de santé,
- Renforcer et continuer à garantir la qualité du système de santé et la maîtrise des risques, notamment ceux liés à l'environnement et agir sur le renforcement de l'offre de soins
- Innover et accompagner la montée en compétences et le développement des connaissances en santé
- Renforcer la communication et la valorisation de l'existant pour rendre plus lisible l'offre du territoire

La démocratie en santé au cœur de la politique régionale de santé

« La démocratie en santé est une démarche qui vise à associer, dans un esprit de dialogue, de concertation et de réflexion partagée, l'ensemble des acteurs et usagers du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé ».

La démarche du Conseil National de la Refondation (CNR) a permis de donner une dimension plus « terrain » et plus concrète à notre approche de la démocratie sanitaire.

Pour l'Agence, il s'agira d'abord d'accentuer l'accompagnement et le soutien aux instances et de développer la participation de l'ensemble des acteurs du système de santé (professionnels de santé, usagers et élus) en structurant le débat public et les consultations citoyennes, en dynamisant la concertation dans le cadre des démarches participatives (CNR, CLS, CLSM, ASV), leviers de démocratie en santé, et en associant plus systématiquement aux décisions les instances de la démocratie en santé (CRSA, CTS).

Il s'agira aussi de promouvoir plus directement la place et le rôle du patient dans le système de santé. S'il faut assurer un meilleur accès à l'information et le respect des droits des usagers, leur participation plus active à l'écologie du système de santé, au travers notamment des patients-experts, doit devenir une dimension essentielle.

La territorialisation des politiques de santé : l'enjeu majeur du PRS

Il ne s'agit plus seulement de décliner les politiques dans les territoires, mais de faire émerger les attentes et les propositions des territoires.

Enjeu majeur du Projet régional de Santé, la territorialisation des politiques de santé se traduit en 3 grandes orientations :

Renforcer la capacité d'action de l'ARS en proximité

Le PRS comportera une feuille de route qui sera animée, discutée et suivie dans chacun des quatre territoires de proximité (Centre, Nord Caraïbe, Nord Atlantique et Sud) ; l'échange, la co-construction avec la population, les différents acteurs en santé et les élus et la transparence seront au cœur de la démarche.

Des **Comités de Territoires** (COTER) seront remis en place pour porter cette approche.

L'organisation de l'ARS va également être adaptée pour accentuer sa présence sur les territoires de proximité, s'inscrire dans les dynamiques locales, et apporter une réponse adaptée aux besoins des acteurs locaux en matière de portage des projets de santé dans leurs lieux de vie.

Instaurer une culture partagée de l'animation territoriale

La stratégie de territorialisation, outre les COTER qui en seront le lieu de pilotage et d'échange, doit s'appuyer sur les outils existants.

Les Contrats Locaux de Santé devront être plus largement déployés et intégrer l'ensemble des dimensions de la santé de la prévention à l'organisation de l'offre de soins.

Améliorer la visibilité et la lisibilité des actions de l'ARS

Il s'agit d'adopter une communication plus adaptée aux enjeux du territoire, à son histoire, sa culture, ses modes de vie, dans une démarche d'« aller vers » permettant de mieux porter à la connaissance des élus et partenaires, les politiques de santé et l'action de l'ARS. En particulier, la communication vers les élus doit être développée et plus systématique.

Garantir un haut niveau de qualité et de maîtrise des risques en santé

Accentuer les efforts en faveur de la qualité et de la pertinence du système de santé

L'**accès à des soins de qualité, dans des conditions de sécurité optimale**, est un défi pour la Martinique, comme pour les autres régions ultramarines, du fait à la fois de l'éloignement géographique, d'inégalités sociales et territoriales de santé, des ressources limitées par la taille du territoire. Faire face à cet enjeu implique de **renforcer l'offre de soins**, développer **l'attractivité médicale du territoire**, utiliser la télémédecine et les technologies de l'information, **sensibiliser et éduquer** la population, et favoriser la **collaboration**, la coordination et l'échange de bonnes pratiques entre professionnels de santé, entre départements français des Amériques, comme avec ceux de métropole mais aussi plus largement ceux de l'Arc Caraïbe.

La **pertinence des soins** constitue elle aussi un **axe fort de la maîtrise du risque assurantiel**, elle vise à garantir le bon service de santé, pour la bonne personne au bon moment. Cela implique d'évaluer les besoins de santé locaux, de former les professionnels de santé, d'accéder aux technologies médicales appropriées, de promouvoir la prévention et de surveiller les pratiques de soins.

La **plus grande implication des usagers du système de santé**, composante essentielle de la démocratie sanitaire, constitue par ailleurs un levier de renforcement de la qualité, dont l'ARS et ses partenaires sont convaincus.

Mieux maîtriser les risques en santé, en s'appuyant sur une appréhension plus globale de la santé

La Martinique est un territoire spécifique, soumis à des risques multiples : naturels (tempêtes et cyclones, risque sismique, ...), épidémiques (maladies vectorielles, arbovirose, ...), environnementaux (sargasses, chlordécone, mais aussi pollution de l'air, des eaux, des sols...). Plus qu'ailleurs, l'enjeu de la maîtrise des risques implique une approche globale, appelant à un renforcement des capacités de veille et d'anticipation des acteurs du système de santé d'une part, mais aussi des acteurs de l'économie globale dont les activités influent sur l'état de santé final des populations.

Reconnaître l'interconnexion de l'ensemble de ces dimensions selon le principe « **Une seule santé** » (« One Health »), c'est adopter une approche intégrée, pluridisciplinaire et globale de la santé publique (humaine animale, environnementale). C'est sur cette approche qu'est structuré le 4^{ème} Plan National Santé Environnement et que seront mises en œuvre les actions de l'ARS et de ses partenaires pour les prochaines années.

La maîtrise des risques en santé, c'est enfin aussi se préparer et anticiper pour conforter les capacités de réponse du système de santé martiniquais aux situations sanitaires exceptionnelles et à la gestion de crise.

Innovier pour monter en connaissances et en compétences

Promouvoir l'e-santé, pour améliorer l'efficacité et l'efficience du système de santé

Le terme e-santé a une acception très large puisqu'il désigne tous les aspects numériques touchant de près ou de loin la santé. Elle englobe aujourd'hui les innovations d'usages des technologies de l'information et de la communication à l'ensemble des activités en rapport avec la santé.

L'e-santé, avec les grands chantiers en cours comme le Ségur numérique ou les deux premières feuilles de route du numérique en santé, contribue à apporter **des réponses concrètes, qui permettent de préserver les bases de notre système de santé, tout en améliorant le service rendu tant pour les professionnels que pour les patients.**

L'e-santé touche toutes les activités du champ de la santé et va continuer à profondément **modifier les pratiques des professionnels et des citoyens** pour contribuer à -

- Garantir un accès aux soins et de qualité pour tous (ex : prise de rendez-vous en ligne, identifications de créneaux préférentiel, téléconsultations, ...),
- Garantir le partage fluide, sécurisé et instantané des données de santé entre professionnels comme pour le patient, avec les standards de sécurité du « Ségur Numérique », services et référentiels socles,
- Renforcer la prévention et la médecine prédictive avec notamment « Mon Espace Santé » et « l'Intelligence Artificielle »,
- Renforcer les citoyens dans leur position d'acteur et de les mettre en capacité de faire des choix favorables de leur propre santé.

Innover et expérimenter des solutions nouvelles

Le présent Schéma Régional de Santé poursuit une politique de soutien aux **expérimentations et à la capacité d'innover des acteurs Martiniquais**. Outre les innovations technologiques, les transformations organisationnelles du système de santé et les nouvelles formes d'intervention, dépassant les cadres de travail traditionnels, sont soutenues, dès lors qu'elles permettent de répondre aux besoins de la population.

Transversale à l'ensemble des axes du SRS, cette capacité à innover en région et dans les territoires pourra être davantage soutenue et renforcée à l'avenir, avec la structuration d'espaces de recherches et de réflexion, comme la mise en place d'un Gérontopôle ou d'une commission régionale de l'innovation en Promotion de la santé.

Accompagner la montée en compétences des acteurs

Innover et expérimenter impliquent de conforter les compétences en ingénierie de projet et la culture de l'évaluation, dans un objectif plus large de montée en compétences des acteurs de la santé.

Des actions de **formations, d'observation et de développement des connaissances** dans le champ de la santé continueront à être menées, avec l'appui de nouvelles structures. La mise en place d'un centre régional d'Etudes d'Actions et d'Informations (CREAI), ou la Structure Régionale d'Appui (SRA) engagée dans l'amélioration continue de la qualité des soins et la sécurité des patients contribueront à cette montée en gamme.

Un travail de **renovation et de renforcement des outils d'Observation en santé** présents sur le territoire sera également engagé, en capitalisant sur les ressources existantes et en favorisant une approche partagée coordonnée et partenariale.

Communiquer de manière adaptée et inclusive

Les réunions de concertation organisées dans le cadre du Conseil National de la Refondation (CNR Santé) comme les groupes de travail du PRS ont fait émerger des constats communs :

- Une partie de la population Martiniquaise, en situation de précarité, manque de moyens pour mettre en œuvre les conseils de prévention et est souvent contrainte à placer d'autres sujets au rang de préoccupations prioritaires, devant la santé (logement, alimentation, ...).
- Une partie de la population se sent peu concernée par les actions de prévention qui selon elle, se font toujours aux mêmes endroits, sur les mêmes thématiques
- La communication est jugée globalement peu adaptée aux habitudes et à la réalité locale.

Adapter les stratégies de communication

Pour plus d'efficacité dans la diffusion des messages de prévention, le projet régional de santé veut mettre en œuvre plusieurs principes:

- Partir des connaissances des populations

- Respecter les principes de la littératie en santé, c'est-à-dire communiquer de manière positive et compréhensible par tous,
- Prendre en compte la dimension culturelle et historique, proposer une traduction des messages en créole,
- Diversifier les outils (visuels, audio, vidéos...) et canaux de communication,
- Diversifier aussi les canaux de communication locaux et proches de la population (radios locales, bulletins municipaux, télévisions associatives, relais sur le terrain...),
- Co-construire les messages de communication avec des représentants des publics concernés.

Ces principes guideront les actions de communication déployées sur le territoire, que ce soit dans le champ de la prévention ou de l'accès aux soins.

Un besoin d'assurer une plus grande lisibilité et visibilité de l'existant

Le sujet de la communication englobe également celui de la lisibilité de l'offre.

C'est un objectif transversal à l'ensemble des axes du SRS. Elle passera à la fois par une **meilleure valorisation des actions** menées par les acteurs de santé, par une plus grande **pédagogie** dans la présentation des actions et dispositifs, d'autant plus indispensable dans un contexte en évolutions rapides, et par une **centralisation des informations et des ressources au sein d'espaces et d'outils déjà existants**, au niveau local ou bien national (par exemple, le site « sante.fr » ou le dispositif « La Boussole des Jeunes »).

Axe 1 : Renforcer la maîtrise des risques sanitaires liés à l'environnement et accompagner l'adoption de comportements favorables à la santé

Objectif 1.1 : Intervenir de manière globale en promotion de la santé

Contexte

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. Cette démarche relève d'un concept définissant la "**santé**" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut :

- D'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et,
- D'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci.

La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour **viser le bien-être**.

Au regard des enjeux relatifs au vieillissement de la population et au poids des maladies chroniques, la promotion de la santé occupe une place centrale en Martinique.

Depuis 2018, les actions de sensibilisation et de formation des instances de coordination sur les grands sujets de santé, les travaux avec les partenaires et l'engagement des collectivités dans le **déploiement des Contrats Locaux de santé (CLS)** ont favorisé la diffusion d'une culture de « promotion de la santé » dans les territoires.

De nombreuses actions de prévention sur les sujets prioritaires (nutrition, addictions, santé sexuelle, chlordécone, ...) ont également été mises en œuvre, en cohérence avec les objectifs définis dans le précédent Schéma Régional de Santé.

Dans la continuité des orientations du PRS 2, l'ARS et ses partenaires soutiennent l'adoption d'une **approche globale et intégrée**, mobilisant tous les déterminants de santé en associant les acteurs de divers secteurs (éducation, environnement, urbanisme, etc.).

Les actions prévues pour les 5 années à venir reposent ainsi sur plusieurs principes fondamentaux :

- La **montée en compétence** des acteurs dans le champ de la promotion de la santé,
- La prévention et l'éducation à la santé, relatives à **tous les déterminants de santé**,
- Le **développement des compétences psychosociales** pour promouvoir l'autonomie des individus dans la gestion de leur santé,
- La territorialisation et le soutien aux interventions de proximité, dans la perspective de **réduire les disparités et les inégalités socio-territoriales en santé**.

Nos priorités à 5 ans

- Amener la Prévention et l'Éducation à la Santé au plus près des populations et soutenir les acteurs
- Accompagner le développement d'actions de renforcement des Compétences psychosociales de manière coordonnée
- Sensibiliser les acteurs et la population à l'ensemble des facteurs pouvant avoir un effet sur la santé (approche des « déterminants de la santé »)

Déclinaison opérationnelle – projets structurants et actions prioritaires

1 Amener la Prévention et l'Éducation à la Santé au plus près des populations et soutenir les acteurs

- ✓ **Construire un parcours de prévention et d'éducation pour la santé à la disposition des acteurs de proximité** : identifier les associations « labellisées » pour intervenir sur le terrain en promotion de la santé et en mesure d'offrir une offre de prévention couvrant différents volets d'ingénierie et leviers méthodologiques (formation / accompagnements / ateliers / mise en situation) ...
- ✓ **Soutenir le déploiement de dispositifs reconnus et méthodologies validées en promotion de la santé** sur le territoire au travers des démarches d'AAP ou de conventions partenariales : santé communautaire, Lieux de santé sans tabac, Lieux de santé promoteurs de santé, Evaluations d'impacts en santé...
- ✓ **Etablir un plan de montée en compétences** pour les professionnels, acteurs de terrain et élus, sur les outils et méthodes en Promotion de la Santé (santé communautaire, One Health, Urbanisme Favorable à la Santé, Evaluations d'Impact Sanitaire, ...)

2 Mettre en place une commission régionale de l'innovation en Promotion de la santé, réunissant les porteurs et financeurs d'actions de prévention et promotion de la santé

Ses missions : identifier, prioriser, valider, financer, susciter l'innovation, valoriser et communiquer.

- ✓ Repérer / recenser les actions innovantes sur l'ensemble des territoires
- ✓ Proposer le renforcement / l'expérimentation d'actions innovantes cofinancées de manière partenariale (ou bien via AAP ou bien sur la base du diagnostic réalisé)
- ✓ Déployer les actions innovantes validées, prioritairement sur les territoires du Nord
- ✓ Assurer l'évaluation de ces actions.

3 Accompagner la déclinaison territoriale de la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes

Les compétences psychosociales (CPS) sont l'ensemble de compétences sociales, émotionnelles et cognitives qui concourent à améliorer les relations à soi et aux autres. Facteur clé de la santé, du bien-être et de la réussite éducative et sociale, le développement des CPS est un des 5 axes d'action de la promotion de la santé et une stratégie majeure en prévention pour prévenir les conduites à risque (addictions, santé sexuelle, santé mentale, ...).

En déclinaison de l'instruction interministérielle du 19 août 2022 relative à la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037, il s'agira pour l'ARS d'impulser une coordination en engageant en particulier le Rectorat, la CTM et d'autres partenaires, pour assurer :

- ✓ La réalisation d'un diagnostic territorial partagé (offre / besoins en matière de CPS)
- ✓ L'élaboration d'un plan d'actions
- ✓ L'outillage des acteurs
- ✓ Le suivi du déploiement des actions et leur évaluation

Objectif 1.2 : Renforcer les dispositifs de prévention primaire, secondaire et tertiaire

Contexte

En complément des actions de promotion de la santé, l'ARS et ses partenaires souhaitent **renforcer le déploiement et l'accès aux dispositifs de prévention primaire, secondaire et tertiaire.**

La prévention primaire englobe l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire la survenue ou l'incidence des maladies, des accidents et des handicaps, en travaillant, entre autres, à la prévention des conduites individuelles à risque. La prévention secondaire vise à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Elle recouvre les actes destinés ou bien à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou bien à faire disparaître les facteurs de risque identifiés dans une population donnée. Enfin, la prévention tertiaire intervient après la survenue de la maladie et tend à réduire les complications et les risques de rechute.

L'ARS Martinique a mis en place durant la période du PRS 2 (2018-2022) plusieurs programmes de prévention : dépistage des cancers, promotion de la nutrition-santé, repérage des maladies chroniques, programme « 1000 premiers jours » de l'enfant, dosage de la Chlordéconémie, promotion de la santé sexuelle, prévention des violences envers les personnes, vaccination, développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et de l'activité physique adaptée, etc.

Ces actions doivent être poursuivies et renforcées en facilitant l'accès des personnes vulnérables à cette offre, dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé, et dans une logique d'« aller-vers ». La mise en place des « **rendez-vous de prévention** », prévus par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2023, aux âges clés de la vie, constitue un levier important pour répondre à cet objectif. La poursuite des efforts engagés en faveur de la **nutrition** est par ailleurs indispensable pour diminuer les facteurs de risques liés à une mauvaise alimentation ou l'insuffisance d'activité physique - le surpoids en premier lieu. Le **renforcement et la promotion de l'ETP** constituera également un axe clef pour les 5 prochaines années ; la vaccination également.

Nos priorités à 5 ans

- Renforcer les actions dans le champ de la nutrition (alimentation et activité physique)
- Renforcer le dépistage précoce des maladies chroniques aux âges clés de la vie
- Renforcer le recours au dépistage organisé des cancers
- Renforcer la couverture vaccinale obligatoire et recommandée
- Développer et faciliter l'accès à l'offre d'éducation thérapeutique du patient

Déclinaison opérationnelle – projets structurants et actions prioritaires

1 Promouvoir une alimentation favorable à la santé

- ✓ Mettre en œuvre, suivre et évaluer le **Volet Outre-Mer du Programme national nutrition-santé**
- ✓ **Promouvoir cette nutrition favorable à la santé dès les 1000 premiers jours de l'enfant et tout au long de la vie** : réduire l'exposition aux pesticides ; poursuivre et renforcer les actions en milieu scolaire (école promotrice de santé) et auprès des jeunes ; relayer la semaine nationale de dénutrition ; Protéger les enfants et jeunes du marketing défavorable à la santé en partenariat avec l'ARCOM notamment : encourager les médias à s'engager dans des Chartes santé en partenariat avec l'ARCOM. Conventionner entre l'ARS et les radios associatives pour des temps d'antenne sur la santé
- ✓ **Effectuer une campagne de communication** en population générale sur la nutrition, adaptée aux spécificités locales
- ✓ Poursuivre l'animation territoriale en santé autour de « La Martinique bouge »

2 Renforcer la promotion d'une activité physique en prévention primaire, secondaire et tertiaire

- ✓ **Intégrer l'activité physique dans le parcours de santé des personnes**
 - Accompagner le renforcement et la **structuration des Maisons Sport Santé (MSS)** sur le territoire en lien avec la nouvelle procédure d'habilitation des MSS définie au niveau national (*Arrêté du 25 avril 2023 portant cahier des charges des maisons sport-santé et contenu du dossier de demande d'habilitation et de renouvellement d'habilitation*)
 - Intégrer l'activité physique adaptée au parcours de soins des patients en surpoids, en obésité et atteints de maladies chroniques, enfants et adultes
 - Poursuivre et renforcer l'inscription du sport-santé dans les Contrats Locaux de Santé
- ✓ **Encourager au sport-santé en milieu professionnel** : promouvoir le label PNNS-administration ou entreprise

3 Favoriser l'accès précoce à la prévention et au dépistage aux âges clés de la vie, en priorité pour les publics vulnérables

- ✓ **Se saisir de la mise en place des « rendez-vous de prévention » pour renforcer le dépistage et la prévention autour des priorités de santé Martiniquaises.**
 - Prévus par la Loi de Financement de la Sécurité Social (LFSS), les « rendez-vous de prévention » aux âges clés de la vie (20-25 ans, 40-45 ans et 60-65 ans) « peuvent donner lieu à des consultations de prévention et à des séances d'information, d'éducation pour la santé, de promotion de la santé et de prévention. Ces rendez-vous de prévention doivent aussi être le lieu de repérage des violences sexistes et sexuelles et des risques liés à la situation de proche aidant. ». Dans le respect des éléments de cadrage quant au déploiement de ces « rendez-vous de prévention » attendus au niveau national, les acteurs régionaux souhaitent se saisir de cette nouvelle offre de prévention pour renforcer :
 - L'accès au dosage de la chlordécone
 - Le dépistage des maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, respiratoires et rénales), de l'obésité et du surpoids
 - L'éducation à la vie affective et sexuelle (IST dont VIH, questions du genre, aspects éthiques, stigmatisation, etc.)
 - Prévention/dépistage des addictions
 - Prévention/dépistage des vulnérabilités psychiques
 - Par ailleurs, la structuration de « filières » d'accès à ces « rendez-vous de prévention », sera à envisager pour les publics les plus éloignés d'un parcours de soin (**=> voir PRAPS**)

- ✓ Garantir l'accès des jeunes suivis par la PJJ aux examens de prévention en santé (EPS) afin de repérer leurs problématiques de santé (bilan somatique et psychiatrique, addiction, santé mentale, etc.) (=> voir PRAPS).

4 Renforcer la couverture vaccinale obligatoire et recommandée de la population

- ✓ Déployer la vaccination contre les papillomavirus en milieu scolaire
- ✓ Communiquer auprès de la population et les professionnels de santé sur la vaccination
- ✓ S'appuyer sur les PMI, centres de vaccination publics et professionnels de santé en général pour renforcer la couverture vaccinale
- ✓ Coordonner les acteurs dans le cadre d'une commission régionale de vaccination

5 Renforcer l'accès à l'offre d'éducation thérapeutique du patient

- ✓ **Mettre en place un « pôle ressources ETP » ou « Maison de l'ETP »** : ses missions :
 - Faciliter l'accès à l'ETP pour la population
 - Accompagner les porteurs de projets d'ETP dans le montage des projets
 - Fédérer les acteurs formés à l'ETP,
 - Développer l'offre d'ETP
 - Favoriser le déploiement de l'ETP sur tout le territoire avec des actions d'aller-vers en prenant en considération les spécificités de chaque territoire,
 - Communiquer sur l'offre d'ETP auprès des professionnels et du grand public.
 - Secteurs clefs : maladies neuro-évolutives / surpoids et obésité / diabète / maladies cardiovasculaires / maladies rénales / maladies respiratoires/ santé sexuelle/apnée du sommeil et problèmes respiratoires liés à l'obésité/ maladies neuro-évolutives/ Drépanocytose adulte/ asthme adulte/ cancérologie/ endométriose

Feuilles de route / programmes associés

Feuille de route régionale de lutte contre les cancers

Volet Outre-Mer du Programme national nutrition-santé

Programme autour des 1000 premiers jours de l'enfant

Stratégie nationale de santé sexuelle

Objectif 1.3 : Promouvoir une approche globale des enjeux de santé et des enjeux environnementaux

Contexte

L'environnement est un déterminant majeur de notre santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime en effet que **les facteurs environnementaux sont responsables de 23% des décès et 25% des pathologies chroniques dans le monde**. Sur cinq nouvelles maladies humaines qui apparaissent chaque année, trois sont d'origine animale. La crise de la Covid-19 a ainsi remis en avant liens étroits entre notre santé, la santé animale et la santé des écosystèmes. Il apparaît désormais essentiel de reconnaître l'interconnexion de l'ensemble de ces dimensions selon le principe « **Une seule santé** » (« One Health ») qui propose une approche intégrée et unifiée de la santé publique, animale et environnementale, au fondement des orientations du 4^{ème} Plan National Santé Environnement.

Le concept « Une seule santé » appelle à sortir d'une logique anthropocentrée de la santé humaine. Il reconnaît **l'interconnexion étroite entre la santé humaine, animale et environnementale**, soulignant qu'elles sont indissociables et interdépendantes. Il invite à adopter une approche intégrée, pluridisciplinaire et globale des enjeux de santé et justifie pleinement la prise en compte de déterminants multiples et variés (sociaux, environnementaux, économiques, accès aux services de santé...).

L'ARS et ses partenaires s'appuient sur cette approche pour la construction de la stratégie régionale dans le champ de la santé environnementale. Il s'agira de passer du concept « Une seule santé » à son intégration réelle dans les politiques locales via la création de processus permettant une collaboration interdisciplinaire et une communication ouverte entre les professionnels de la santé, les scientifiques, les vétérinaires, les écologistes et d'autres parties prenantes. L'approche « Une seule santé » constitue un socle sur lequel seront menées les actions de renforcement de la surveillance environnementale, de sensibilisation de la population, de prévention et de contrôle des maladies, en particulier celles qui sont transmises par des vecteurs tels que les insectes, particulièrement présentes en Martinique. D'autres problématiques spécifiques au territoire sont identifiées et feront l'objet d'actions sur les 5 prochaines années :

- Les échouages massifs d'algues sargasses
- La pollution atmosphérique
- Les maladies infectieuses comme la dengue, la leptospirose, la chikungunya, le zika

Nos priorités à 5 ans

- Actualiser et assurer le pilotage du Plan de surveillance d'alerte et de gestion des épidémies (PSAGE) sur le volet arbovirose
- Renforcer la sensibilisation et la mobilisation citoyenne autour du concept « Une seule santé »
- Renforcer la stratégie territoriale de lutte antivectorielle

Déclinaison opérationnelle – projets structurants et actions prioritaires

1 Favoriser le développement d'une culture globale et intersectorielle autour du concept d'« Une seule santé »

- ✓ Décliner le **Projet Régional de Santé Environnement 4** (démarrage 2024) fondé sur le concept d'« Une seule santé », une approche renouvelée de la santé environnement
- ✓ **Intégrer le concept « Une seule santé » dans les Contrats Locaux de Santé (CLS)**
 - Articuler les objectifs du CLS relatifs à la Lutte antivectorielle avec les autres politiques environnementales au niveau des communes et des intercommunalités,
 - Désigner un référent technique au sein de l'ARS qui veille à la mise en œuvre des mesures identifiées dans le CLS en lien avec la coordination ARS et ville déjà existante
 - Porter la réflexion Santé à l'échelle intercommunale via les CLSI
- ✓ **Former les opérateurs de l'aménagement à la notion « d'urbanisme favorable à la santé »** et réaliser des « Evaluations d'impacts en santé » sur des projets structurants

2 Améliorer la prévention des maladies à transmission vectorielle

- ✓ **Elaborer une stratégie de communication territoriale sur la Lutte Antivectorielle et le concept « Une seule Santé »**
 - Sensibiliser de manière récurrente la population (jeunes, adultes, personnes âgées, personnes en situation de handicap, élus, les décisionnaires, etc.) à la lutte antivectorielle en organisant des actions adaptées à chaque public cible : publicité, spot radio, événement public, communication sur les réseaux sociaux, etc.
 - Impliquer les acteurs du premier recours et de proximité à cette sensibilisation : médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, laboratoires.
- ✓ **Développer une mallette pédagogique d'éducation à la lutte antivectorielle et au concept d'« Une seule santé » à destination des enseignants en primaire et collège**
 - Capitaliser sur les supports existants en les actualisant et les adaptant si besoin,
 - Associer l'ARS, la CTM, le Rectorat, les acteurs de la santé publique, animale et végétale, le conseil des jeunes et toutes les communes à la construction de la mallette pédagogique,
 - Former les enseignants au concept « d'une seule santé » et à l'utilisation de la mallette,
 - Former les enfants à devenir des ambassadeurs « environnement »
 - Evaluer cette action dans un objectif d'amélioration des pratiques et de pérennisation.
- ✓ **Mobiliser les citoyens dans la lutte antivectorielle**
 - Sensibiliser les acteurs intervenant au domicile des personnes (SAAD, SSIAD, portage des repas, etc.) au repérage du risque et à son signalement
 - Promouvoir une attitude écoresponsable (méthodes alternatives qui minimisent l'utilisation de produits chimiques nocifs pour l'environnement, gestion intégrée des vecteurs qui vise à réduire les vecteurs nuisibles tout en préservant les espèces bénéfiques, etc.) dans la lutte antivectorielle.

3 Développer une offre de formation universitaire dans le domaine de la lutte antivectorielle

- ✓ **Créer une formation universitaire de lutte antivectorielle**
 - Cette formation peut intégrer plusieurs modules (obligatoires et complémentaires), à adapter en fonction des besoins des acteurs et de chaque territoire de proximité,
 - Elle peut être portée par les experts, les acteurs et les spécialistes sur le sujet, les universités des Antilles (à déterminer).
- ✓ **Créer des formations continues** pour les référents de la lutte antivectorielle leur permettant d'actualiser leurs connaissances, d'en acquérir des nouvelles et de développer leurs compétences.

4 Améliorer la surveillance des maladies à transmission vectorielle

- ✓ **Renforcer le réseau de médecins sentinelles**, par le recrutement d'autres médecins généralistes, en particulier dans les zones sous-dotées du territoire. Dans ce cadre, sensibiliser les cliniciens à l'importance de la surveillance des maladies vectorielles
- ✓ **Faire évoluer le PSAGE dengue en plan arbovirose** => Stratégie de diagnostic, filière de prise en charge, enquêtes entomo-épidémiologiques
- ✓ **Rendre opérationnel le dispositif intégré de surveillance, prévention de la leptospirose** (DISP Lepto)

5 Renforcer les mesures de prévention et de réductions des risques liés à la qualité de l'air intérieur et extérieur

- ✓ **Développer les mesures citoyennes de la qualité de l'air afin de sensibiliser et informer efficacement les Martiniquais et aider à changement de comportement** : mettre en place des campagnes de mesures citoyennes (PM10 et COV) en prenant en compte les conclusions de l'expérimentation réalisée dans le PRSE3, notamment à destination des populations vulnérables
- ✓ **Engager des actions d'amélioration de la qualité de l'air intérieur**
 - des établissements accueillant des populations sensibles en continu et notamment aux moments clef de la vie du bâtiment ;
 - des logements insalubres.
- ✓ **Mise en place d'une « Force d'intervention rapide » pour mesurer en urgence les polluants dans l'air**
- ✓ **Evaluer les polluants émergents dans l'air** : mesurer les perturbateurs endocriniens et les microplastiques dans l'air
- ✓ **Recenser les nuisances olfactives dans l'air** à travers une plateforme collaborative de recensement des nuisances olfactives et visuelles (signal'air)
- ✓ **Poursuivre la surveillance des pollens et moisissures dans l'air** : pérenniser la mesure des pollens et moisissures dans l'air afin de créer un calendrier pollinique, créer des pollinariums
- ✓ **Evaluer l'impact de la pollution atmosphérique sur la biodiversité**, développer la bio-indication de la pollution de l'air : mettre en place des bio indicateurs végétaux ou animaux dans des jardins partagés ou autres, à proximité des zones impactées par la pollution atmosphérique
- ✓ **Financer les CEI** (Conseiller en Environnement Intérieur) et sensibiliser les médecins généralistes à leur prescription, pour les patients atteints de pathologies respiratoires chroniques (Asthme, BPCO, pneumopathie d'hypersensibilité...), d'allergies ou de tout autre symptôme semblant être en lien avec leur logement. Le rôle des CEI est de réaliser un audit de l'environnement du patient et de délivrer des conseils aux occupants du logement pour limiter voire supprimer les polluants de l'air intérieur.

6 Poursuivre les actions relatives à la prévention et la maîtrise des risques liés à l'exposition aux pesticides

- ✓ **Mieux connaître l'exposition aux pesticides des populations vivant à proximité de zones agricoles et non-agricoles** : mener une étude sanitaire pour savoir s'il existe une différence entre l'exposition aux pesticides des personnes vivant près des cultures et de celles vivant loin de toute culture (sur le modèle de PestiRiv).
- ✓ **Poursuivre et renforcer les actions santé du plan chlordécone IV**

7 Rechercher des solutions concrètes pour soustraire les populations aux risques liés à l'exposition aux sargasses

- ✓ **Evaluer les autres composés gazeux (autres que H2S et NH3) et particulaires pouvant être émis par la décomposition des sargasses** : mesure des autres composés à proximité des zones d'échouements
- ✓ **Définir des niveaux d'exposition des populations en fonction des zones d'échouements à partir des capteurs et des investigations complémentaires** : Cartographier les niveaux d'exposition des populations aux concentrations en H2S, en fonction d'une méthodologie statistique. La méthodologie tiendrait compte des concentrations mesurées par les capteurs, les données de la spatialisation, les zones d'échouements et la direction des vents
- ✓ **Préconiser des bonnes pratiques pour limiter l'exposition aux émanations des algues sargasses dans les bâtiments à ventilation naturelle** (projet AQACIA)

Feuilles de route / programmes associés

Projet Régional de Santé Environnement 4

Plan de surveillance d'alerte et de gestion des épidémies

Objectif 1.4 : Renforcer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles

Contexte

Les récentes crises sanitaires dont la pandémie COVID-19 ont démontré la nécessité d'une montée en puissance de manière graduée et coordonnée du système de santé.

La Martinique est par ailleurs exposée à de nombreux risques majeurs : naturels (cyclones, séismes, éruption, tsunami), technologiques (accidents industriels, incendie, déversement de toxique etc.) et sociaux (blocages prolongés d'accès et/ou d'approvisionnement).

Pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE), pouvant être provoquées par les risques majeurs, la coordination des acteurs de santé doit pouvoir s'appuyer un dispositif d'organisation de la réponse du système de santé : le dispositif ORSAN (« Organisation de la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle »). Elaboré par l'ARS, « ORSAN » constitue le cadre de réponse opérationnelle du système de santé face aux situations sanitaires exceptionnelles.

Cette planification prédéfinit les parcours de soins des patients à partir des scénarii de situations susceptibles d'impacter le système de santé. Elle doit reposer sur une mobilisation intersectorielle et coordonnée des professionnels de santé (établissements de santé, établissements médico-sociaux, soins de ville dont particulièrement les structures d'exercice coordonné et la CPTS).

L'instruction du 26 juillet 2019 transforme les six volets ORSAN existants (AMAVI, EPI-VAC, CLIM-E, UMP, NRC et BIO³) en cinq volets (AMAVI, EPI-CLIM, UMP, NRC et REB). Ce changement de doctrine intervenant juste avant la crise Covid a entraîné la suspension de l'élaboration du dispositif ORSAN. Actuellement, un peu plus de la moitié des plans ORSAN ont été élaborés en région. En 2021, un volet « ORSAN COVID » a également été élaboré.

Parallèlement à la finalisation des volets « ORSAN », le développement de comportements adaptés face aux crises et améliorer la coordination des acteurs de santé face aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE) constitue un axe de travail pour les années à venir.

Nos priorités à 5 ans

- Finaliser l'élaboration des volets du dispositif ORSAN
- Accroître les compétences et la mobilisation des professionnels de santé dans la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles

³ - Plan d'accueil massif de victimes (ORSAN AMAVI) prenant en compte le parcours de soins spécifique aux blessés notamment par armes de guerre ;

- Plan de prise en charge médico-psychologique de nombreuses victimes (ORSAN MÉDICO-PSY) pour la prise en charge immédiate, post-immédiate et le suivi des blessés psychiques et des proches des victimes ;

- Plan de gestion des tensions dans l'offre de soins provoquées par une épidémie saisonnière ou un phénomène climatique et/ou environnemental (ORSAN EPI-CLIM) pour la prise en charge des patients notamment les plus fragiles dans le système de santé ;

- Plan de gestion du risque épidémique et biologique connu ou émergent (ORSAN REB) pour la prise en charge des patients infectés par un agent infectieux à risque épidémique potentiel ou avéré ;

- Plan de gestion du risque NRC (ORSAN NRC) pour la prise en charge des patients victimes d'un agent chimique ou radiologique mais aussi l'accueil et la prise en charge dans les établissements de santé de nombreuses victimes contaminées.

Déclinaison opérationnelle – projets structurants et actions prioritaires

1 Accroître l'efficacité et la coordination de la réponse sanitaire aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE)

- ✓ **Finaliser l'élaboration des volets du dispositif ORSAN en y associant les acteurs des 3 secteurs de santé** (ambulatoire, hospitalier et SSR; Etablissements et services médico-sociaux) : améliorer la connaissance de l'impact des risques majeurs sur le système de santé, identifier les points de rupture du système de santé et formaliser la déclinaison des doctrines stratégiques
- ✓ **Accompagner les établissements dans leur démarche d'élaboration de leurs plans de crise** : mettre en place un dispositif d'appui aux établissements en lien.
- ✓ **Accompagner la formation des acteurs de santé à la gestion de crise**
- ✓ **Optimiser la maintenance régulière et la mobilisation des lots PSM** : développement des SI de gestion des stocks et recherche pour la centralisation des stocks stratégiques
- ✓ **Formaliser la stratégie et les modalités de mobilisation des renforts locaux, zonaux et nationaux** : disposer d'une cartographie actualisée des renforts locaux

2 Accroître la culture et les compétences des professionnels de santé aux risques majeurs

- ✓ **Associer les acteurs du système de santé aux exercices de gestion de crise** : veiller à la participation de chaque secteur du système de santé (ES et ESMS, secteur libéral) à au moins un exercice par an.
- ✓ **Promouvoir l'évaluation des pratiques par des retours d'expériences systématiques** : formaliser un cadre commun de rédaction des retours d'expérience.
- ✓ **Garantir des formations régulières aux risques spécifiques (NRBC, Damage Control) et aux risques majeurs** : mettre en place un plan de formation régionale et/ou zonal

3 Formaliser et renforcer l'implication du secteur libéral dans la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles

- ✓ **Accompagner la formation et le déploiement d'outils** visant à faciliter et sécuriser la mobilisation des professionnels de santé libéraux
- ✓ **Associer le secteur libéral aux exercices de crise**

Feuilles de route / programmes associés

Plans ORSAN

Axe 2 : Favoriser l'accès à la santé en proximité et accompagner la structuration de parcours de santé gradués et coordonnés

Objectif 2.1 : Renforcer l'accessibilité de l'offre de santé via le renforcement du maillage territorial et de l'aller-vers

Contexte

La question de l'accessibilité à l'offre – dans ses différentes dimensions – est ressortie comme **une préoccupation importante des Martiniquais** dans le cadre de la démarche du « Conseil National de la Refondation – Santé ». La Martinique se caractérise en effet par des **inégalités sociales et territoriales dans l'accès aux soins et à la prévention**. Ces inégalités peuvent être le reflet de différents freins à l'accès à l'offre existante, des freins géographiques mais également financiers ou socio-culturels.

Le PRS 2 mettait déjà l'accent sur l'objectif de **renforcement du maillage territorial** de l'offre et le développement de **dispositifs favorisant « l'aller-vers »**.

Dans le cadre du PRS 3, ces deux objectifs sont maintenus : outre la mise en place **d'équipes mobiles** dans différents champs, permettant d'améliorer la fluidité des parcours de santé⁴, plusieurs actions seront poursuivies pour lever les freins géographiques à l'accès aux soins. Le développement de la **télésanté** constitue par exemple un des leviers qui sera activé permettant également de favoriser l'accès à certaines offres et expertises. Le renforcement du maillage territorial des **structures d'exercice coordonné**, dont les Maisons de Santé Pluridisciplinaires, améliorera l'accès aux soins de premier recours, mais aussi à la prévention, composante essentielle des projets de santé de ces structures.

Un travail visant à développer le maillage de l'offre de prévention, via l'identification de **relais de proximité**, au plus près des populations, sera également engagé. Ce travail devrait permettre, d'une part d'améliorer l'efficacité des actions de prévention et la délivrance des messages, d'autre part de contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Enfin, **l'accès territorial à l'offre de prise en charge de la douleur** sera renforcé, dans la continuité des réflexions déjà menées dans le cadre du PRS 2, et en cohérence avec les principes de démocratie en santé et de respect des droits des malades.

Nos priorités à 5 ans

- Réduire le non-recours aux soins en déployant une stratégie territorialisée de déploiement de l'offre de premier recours
- Réduire la part de la population n'ayant pas de médecin traitant
- Développer l'aller-vers et la médiation en santé pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé

⁴ Voir la partie dédiée à la structuration des parcours de santé (objectif 2.5)

Déclinaison opérationnelle – projets structurants et actions prioritaires

1 Développer l'accès territorial aux soins de premier et second recours en proximité

- ✓ **Développer les structures d'exercice coordonnées**
 - Accompagner les porteurs de projets pour la constitution de structures associant plusieurs professionnels de santé
 - Accentuer le partenariat entre ARS et Assurance Maladie pour fluidifier l'instruction des projets d'exercice coordonné
 - Faciliter en lien avec la CGSS l'accès au médecin traitant
- ✓ **Accroître l'offre de consultations avancées au plus proche de la population**
 - S'appuyer sur le Groupement Hospitalier de Territoire, ou des partenariats public-privé, pour déployer des consultations de spécialistes et une offre spécialisée (chirurgie dentaire notamment) dans les établissements de proximité
 - Inclure des consultations avancées dans les projets de santé des structures d'exercice coordonné
- ✓ **Déployer des solutions innovantes pour faciliter l'accès aux soins**
 - Expérimenter des solutions de pratique médicale mobile dans le champ de l'imagerie, de l'optique
 - **CNR Santé** Expérimenter le déploiement de consultations avancées de médecine générale en association avec une offre de transport solidaire

2 Accompagner le développement de la télésanté pour pallier les difficultés d'accès aux ressources en santé

- ✓ **Faire émerger de nouveaux services de télémédecine pour pallier les difficultés de la région (manque d'expertises, inégalités d'accès aux soins, etc.)**
 - Développer la télésanté dans les zones sous-denses
 - Soutenir & évaluer la télésanté au service des parcours de santé prioritaires
 - Réguler les outils de télésanté pour les rendre davantage interoperables, sécurisés & éthiques
- ✓ **Structurer l'offre de télésanté en intra-Martinique & en interrégion**
 - Développement des usages entre la ville et l'hôpital, ouverture de nouveaux services à l'hôpital, extension à d'autres Centres Hospitaliers
 - Développement de l'activité de coopération Antilles-Guyane

3 Développer la médiation en santé et l'aller-vers

La médiation en santé constitue un outil important de lutte contre les inégalités sociales de santé. Sur la durée du Schéma régional de santé, deux actions sont envisagées, visant à renforcer la démarche « d'aller-vers » les publics éloignés – d'un point de vue géographique ou socio-culturel - de l'offre de santé existante :

- ✓ **CNR Santé Expérimenter le recrutement de médiateurs* en santé:** expérimentation sur 3 ans, la mise en place d'équipes de médiateurs en santé territorialisées visant à accompagner les populations en situation de fragilité ou éloignées du système de santé, dans des parcours de santé. Ces équipes joueront le rôle d'interface, en proximité, entre ces populations et les acteurs du système de santé dans ses différentes dimensions (accès aux soins, aux dispositifs de prévention, aux droits).
- ✓ **CNR Santé Organiser un réseau de professionnels « relais de prévention » pour mailler le territoire :** identifier les relais de proximité existants et potentiels, les faire monter en compétences sur les thématiques de santé prioritaires du Schéma Régional de Santé, les outiller ; construire et assurer

l'animation des réseaux de « relais », insérés dans l'écosystème des acteurs présents en proximité des populations (CCAS, Espaces d'Animation et de Vie Sociale...).

- ✓ Créer des équipes mobiles de prévention, dépistage, prise en charge et ETP sur les maladies chroniques

4 Développer l'accès territorial à l'offre de soins palliatifs et de prise en charge de la douleur

- ✓ **Créer une Equipe Mobile territoriale de Soins Palliatifs (EMSP), intra, inter et extrahospitalière**
 - L'EMSP a pour mission d'apporter une aide, un soutien, une écoute active, des conseils aux soignants qui prennent en soins des patients en fin de vie dans d'autres services. La mission de l'EMSP concerne : la prise en soins globale du patient et de son entourage familial, la prise en soins de la douleur et des autres symptômes, l'accompagnement psychologique et psychosocial, le rapprochement, le retour et le maintien à domicile, la sensibilisation aux soins palliatifs et à la réflexion éthique.
 - Elle joue un rôle essentiel pour faciliter l'intégration et le développement de la démarche palliative dans les soins donnés aux malades, quel que soit le lieu de prise en soins. La formation des acteurs de santé est un levier majeur.
 - L'EMSP interviendra à la fois en milieu hospitalier et au sein d'établissements sociaux et médico-sociaux, sur les territoires Nord Caraïbe, Nord Atlantique et Centre, le territoire Sud étant déjà couvert par l'Equipe Mobile Inter Hospitalière de Liaison (EMIL), permettant ainsi d'assurer une couverture globale de la région.

- ✓ **Améliorer le recours à la prise en charge de la douleur chronique sur l'ensemble du territoire**

Objectif 2.2 : Assurer la réponse aux besoins de soins urgents et de soins non programmés

Contexte

Les services d'urgences ont pour mission de prendre en charge 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, en priorité :

- Les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences,
- Et les besoins de soins urgents qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir.

La prise en charge des « soins non programmés » vise à répondre aux besoins des patients souffrant d'un problème de santé dont la prise en charge ne peut être ni anticipée ni retardée au-delà de 48h mais qui ne relève pas de l'urgence vitale et ne nécessite pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences. Elle nécessite l'implication des professionnels de santé de ville qui s'organisent pour couvrir la prise en charge entre 7H et 19H hors « Permanence des Soins Ambulatoires ». Les « soins non programmés » permettent de proposer des soins de proximité et rapides, et évitent le recours aux urgences. Ils favorisent l'accès à des soins de qualité, sont adaptés aux besoins de la population et permettent un parcours plus fluide.

Le système de santé Martiniquais fait face à plusieurs enjeux :

- Une offre de soins de ville mise en difficulté par une **sous-densité médicale de ville**.
- Une **paupérisation de la population** et un important renoncement aux soins.
- Un **difficile accès à une offre de diagnostic de ville** conduisant la population à **recourir aux urgences par substitution** et entraînant des retards de soins et par conséquent une dégradation de la santé, voire des fuites vers l'Hexagone
- Une **rationalisation des sites d'urgence** conjuguée à des **durées de transports trop longues**
- Une **régulation pré-urgences trop longue et parfois complexe**
- Des durées moyennes de séjours (**DMS**) **élevées dans les services de médecine en raison parfois de manque de solutions d'aval, dont d'hébergement, associées à des délais administratifs incompatibles avec le temps médical**

Le déploiement progressif du Service d'Accès aux soins (SAS 972), la Martinique ayant fait partie des territoires expérimentaux, constitue une avancée importante dans l'organisation de l'accès aux soins non programmés en coordination avec la régulation des urgences hospitalières. Le SAS, dispositif prévu par le Pacte de refondation des urgences en 2019, constitue en effet un nouveau service d'orientation de la population dans leur parcours de soins. Il repose sur une collaboration étroite de l'ensemble des professionnels de santé du territoire, qu'ils relèvent de la filière de l'aide médicale urgente (AMU) ou de celle de médecine générale. Cette collaboration se traduit par la mise en place d'un plateau de régulation des appels du SAS, accessible 24H/24 et 7J/7, auquel participent les deux filières : d'une part, la régulation médicale de l'aide médicale urgente (SAMU) 24H/24 et 7J/7, et d'autre part, une régulation de médecine générale en journée pour les soins non programmés, accessible de 7H

à 19H du lundi au vendredi et de 7H à 13H le samedi. Cette dernière est portée à la fois par des médecins régulateurs et des opérateurs de soin non programmés (OSNP). La poursuite du déploiement du SAS constitue un axe de travail structurant sur la durée du SRS.

Les orientations pour les 5 années à venir s'inscrivent en outre dans un contexte en évolution :

- Réflexions nationales qui ont eu ou pourront avoir un impact sur le cadre réglementaire de fonctionnement des soins non programmés et des soins urgents : Pacte de refondation des urgences (2019), Plan Braun (mission flash 2022) ;
- Révision du cahier des charges relatif à la PDSA afin de prendre en compte les nouvelles évolutions organisationnelles et règlementaires ;
- Réforme des autorisations de la médecine d'urgence.

La poursuite et la consolidation des réflexions engagées, notamment au travers du COPIL « Urgences et soins non programmés », permettra d'apporter des réponses aux difficultés mises en évidence : le **renforcement de l'offre d'urgence et de soins non programmés**, la **coordination des acteurs** de santé impliqués et la **sensibilisation et l'éducation de la population** au bon usage des services d'urgences.

Nos priorités à 5 ans

- Déclinaison de la feuille de route urgences / soins non programmés / PDSA
 - Améliorer l'offre de prise en charge des Soins Non Programmés (SNP)
 - Améliorer l'offre de soins d'urgence
 - Mettre en place un observatoire régional des urgences
 - Renforcer la communication institutionnelle autour des urgences / SNP

Déclinaison opérationnelle – projets structurants / actions prioritaires

1 Poursuivre la structuration et le renforcement des dispositifs d'accès aux soins non programmés

- ✓ **Renforcer l'articulation entre SAS et PDSA** pour une meilleure régulation des demandes de soins non programmés
- ✓ **Améliorer la régulation à l'entrée et l'accueil des maisons médicales de garde (MMG)**
- ✓ **Compléter les possibilités d'orientation et de régulation offertes via le SAS** (mobilisation de transports, accès à des avis spécialisés ou des plateaux techniques en ville...) / **Expérimenter le SAS psychiatrie entre AMU et CHMD**
- ✓ Organiser une **offre des SNP dentaires**
- ✓ **Renforcer l'offre d'effection mobile de médecine générale et paramédicale libérale** ^{CNR Santé}, dans le Sud et le Nord principalement
- ✓ **Développer l'offre de véhicules légers infirmiers** sur les territoires plus difficilement accessibles et éloignés d'un service d'urgences : permettre selon les situations, de différer les passages aux urgences voire d'organiser l'hospitalisation du patient dans les hôpitaux périphériques

2 Améliorer l'offre de soins d'urgence

- ✓ Organiser des **filières courtes** en accès direct sans passer par les urgences
- ✓ **Donner aux médecins généralistes un accès direct aux avis des spécialistes du CHU** (« CHUM line » à élargir à d'autres spécialités que celles déjà ciblées)

- ✓ **Compléter l'offre de soins non programmés** : CH du Marin et à la Clinique Saint-Paul (selon les possibilités offertes par les textes qui régissent l'activité de soins de médecine d'urgence), voire dans le Nord Caraïbe
- ✓ Création d'un « **Bed management** » territorial externalisé à l'échelle du GHT, en lien avec l'outil d'orientation ViaTrajectoire
- ✓ Conforter la **position de la HAD au sein des urgences du CHUM**
- ✓ Mettre en place des **services post-urgences** (« unités tampons ») pour des publics identifiés avant admission en service spécialisé : gériatrie, psy...
- ✓ **Améliorer l'offre et la régulation des transports sanitaires** notamment la coordination des transports inter-établissements (GHT) :
 - Dématérialisation des outils de commande de transport
 - Gestion de l'urgence préhospitalière dématérialisée
 - Géolocalisation des ambulances de garde
 - Structuration des EVASAN

3 Renforcer le pilotage et le suivi des parcours d'accès aux soins non programmés urgents et non urgents

- ✓ **Se doter d'outils d'analyse et de pilotage des parcours d'accès aux SNP** : mettre en place des outils de quantification des patients pris en charge en SNP dans les cabinets médicaux libéraux
- ✓ Structurer et partager les données issues des différents acteurs
- ✓ Mettre en place un **Observatoire régional des urgences**

4 Renforcer la sensibilisation des professionnels de santé et l'éducation du grand public sur l'organisation des soins urgents et des soins non programmés

- ✓ Sensibiliser le grand public sur le fonctionnement des différents dispositifs en place (SNP, soins urgents, SAS...) et sur le bon usage des services d'urgences et l'accès aux soins de manière non programmée
 - Adapter les campagnes nationales de communication pour limiter le recours au 15 et aux services d'urgences pour des soins pouvant être différés
 - Faire évoluer les modalités de communication selon les spécificités locales, pour toucher davantage de Martiniquais (ex: diffusion en créole)
- ✓ Renforcer la communication et la **visibilité du maillage local** en offre de SNP et sur les dispositifs en place **auprès des professionnels de santé**
 - Structurer la communication des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) dans la relation ville-hôpital
- ✓ Mettre en place une stratégie de communication autour des événements majeurs du territoire : Carnaval, Course des Yoles, festivals...

Feuilles de route / programmes associés

Feuille de route Urgences / Soins non programmés / PDSA

Objectif 2.3 : Renforcer la coordination des acteurs autour du patient

Contexte

Au cœur de la stratégie nationale « Ma Santé 2022 », l'amélioration de l'organisation et de la coordination des professionnels de santé autour des usagers vise à réduire les ruptures de prise en charge, à définir et apporter des réponses adaptées aux besoins de chaque personne, et à replacer le patient au cœur du soin, dans le cadre d'un parcours coordonné entre les professionnels.

Ce mouvement nécessite de **transformer l'organisation territoriale des soins** pour permettre une plus grande coopération entre la ville et l'hôpital. La mise en place des parcours de santé doit s'appuyer sur une **coordination fluide entre l'ensemble des acteurs et professionnels**.

Cela s'avère d'autant plus indispensable dans un contexte de vieillissement et de développement des maladies chroniques, dont les prises en charge nécessitent de coordonner les acteurs du champ sanitaire, à l'hôpital ou en ambulatoire, du médico-social et du social.

Plusieurs projets illustrent cette évolution et seront poursuivis sur la durée du SRS : la mise en œuvre du projet du Groupement Hospitalier de Territoire et des filières de prise en charge impliquant la coordination de différents acteurs en ville comme à l'hôpital ; le développement des liens entre professionnels libéraux et hospitaliers, notamment dans le cadre de la structuration du Service d'Accès aux Soins.

Cela implique également de mettre en place des **dispositifs de collaboration** entre les différents professionnels de santé, les établissements de soins, les services médico-sociaux et les acteurs sociaux – dans la continuité des travaux initiés par le PRS 2 : élaboration de la **stratégie régionale e-Santé et déploiement du service numérique d'appui à la coordination** – et de **structurer l'organisation des acteurs de la coordination** (DAC, CPTS, etc.) dans l'écosystème de santé.

Nos priorités à 5 ans

- Déployer les outils numériques de coordination de parcours de santé auprès des acteurs de la coordination
- Développer les relations entre les acteurs de la ville et de l'hôpital au service de parcours de santé coordonnés

Déclinaison opérationnelle – projets structurants / actions prioritaires

1 Améliorer la coordination ville-hôpital

- ✓ Développer les liens entre CPTS, Hôpitaux de proximité et structures de prévention (maisons sport-santé, maison 1000 premiers jours, CEGIDD, structures en addictologie, etc.) pour favoriser le parcours patient.
- ✓ Rédiger un protocole Ville/hôpital sur la prise en charge des maladies chroniques (diabète, HTA, maladies rénales chroniques, asthme)
- ✓ Renforcer la prise en charge en libéral pour les patients qui le nécessitent en sortie SMR.
- ✓ Engager une réflexion autour de chirurgie ambulatoire (orthopédie / ophtalmologie) en cabinet ou salles blanches en cours avec l'Assurance Maladie (expérimentation)
- ✓ Définir un protocole partagé pour la prise en charge du pied diabétique
- ✓ Renforcer les centres périnataux de proximité avec diversification des activités pré et post partum.
- ✓ Déployer la téléconsultations et télésurveillance au service des femmes enceintes.

- ✓ Développer les solutions pour désengorger la maternité de la MFME (hôtels hospitaliers, lien avec les sage-femmes libérales).
- ✓ Faciliter l'accès pour les examens complémentaires orienté par des médecins de ville (accès aux plateaux techniques – avis spécialistes)
- ✓ Mettre en place un bus itinérant en radiologie conventionnelle au domicile, un bus optique (attention: dérogation nécessaire) et un bus santé

2 Mieux coordonner les parcours de santé grâce au numérique (E-parcours)

- ✓ **Déployer les outils numériques de coordination de parcours de santé** avec le programme E-parcours et en lien avec la feuille de route du Numérique en santé (2023-2027)
 - Plateforme e-Parcours @nsamn Martinique pour le DAC et les parcours de santé :
 - Outiller la coordination complexe (DAC et parcours)
 - Articuler la solution régionale avec le socle et la solution de coordination usuelle des libéraux (Entr'Actes)
 - Développer les usages et accompagner la conduite du changement
 - Intégrer de nouveaux parcours et adapter la solution à leurs besoins
 - Dossier Communicant de Cancérologie régional pour le GIP PROM et les professionnels hospitaliers
 - Mettre en œuvre la solution sur la partie gestion des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires
 - Déploiement sur le GIP PROM et les RCP
 - Mise en œuvre de la version cible et déploiement sur les volets DCC et PPCS

3 Améliorer la coordination des acteurs autour des situations complexes

- ✓ **Poursuivre le déploiement du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) :**
 - Poursuivre et améliorer la coordination avec les acteurs
 - La structuration et l'organisation du DAC étant opérationnelles depuis 2022, l'objectif est désormais de le faire connaître dans l'écosystème de santé et définir les modalités de coopération avec les acteurs en charge de la coordination des parcours de santé : médecins traitants (1ere ligne), MSP / CPTS / ESP (2e ligne).
 - Investir progressivement la mission d'animation territoriale visant l'amélioration des parcours de santé complexes, dévolue au DAC.

Objectif 2.4 : Améliorer la visibilité et la lisibilité de l'offre de santé et rendre les Martiniquais acteurs de leur santé

Contexte

L'amélioration de la visibilité et de la lisibilité de l'offre de santé a été identifiée comme un enjeu primordial du PRS par l'ensemble des acteurs mobilisés dans le cadre de la concertation. Par ailleurs, la **lisibilité de l'offre est une condition importante pour faciliter sa mobilisation** par les professionnels mais également les usagers du système de santé. En effet, il est essentiel que chaque personne puisse accéder facilement à une information adaptée sur l'offre de santé : prévention, différents niveaux de prise en charge, professionnels de santé et leurs spécialités, établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, etc.

Les actions définies ci-après visent à faciliter l'accès à ces informations en capitalisant sur les ressources existantes. Il s'agira de continuer à développer les outils numériques et d'accompagner leur usage pour **faciliter le repérage des Martiniquais dans le système de santé**. Le déploiement et la montée en charge de Mon Espace Santé constitue par exemple un levier important permettant de rendre chacun acteur de son parcours de santé, contribuant à l'exigence de démocratie en santé.

Trois dimensions, qui se rejoignent, seront travaillées :

- La visibilité de l'offre pour les professionnels ;
- La visibilité et la lisibilité de l'offre pour le grand public ;
- L'inscription, dans la durée et les pratiques, de la concertation citoyenne comme levier d'amélioration de l'offre de santé.

Nos priorités à 5 ans

- Accompagner le déploiement de Mon Espace Santé et son utilisation
- Développer les outils numériques et cartographiés de connaissance de l'offre de santé
- Renforcer les espaces et les modalités de concertation citoyenne permettant de mieux identifier les attentes des Martiniquais

Déclinaison opérationnelle – projets structurants et actions prioritaires

1 Généraliser l'ouverture & l'usage de Mon Espace Santé et accompagner tous les citoyens dans le virage du numérique en santé

- ✓ **Assurer la promotion auprès des Martiniquais, de Mon Espace Santé**, service numérique de confiance (garantie de la protection de la donnée et la préservation du secret médical) qui permet d'avoir à portée de main les documents et informations utiles pour leur santé et de gérer l'accès aux informations aux professionnels de santé.
- ✓ **Accompagner son utilisation auprès des personnes les plus éloignées du numérique via la mobilisation des ambassadeurs MES**, dont la mission est d'accompagner les utilisateurs dans la prise en main de l'outil, de les sensibiliser aux avantages de la digitalisation de leur parcours de soins et de les aider à devenir autonomes dans la réalisation de leurs démarches en ligne.
- ✓ **Structurer les liens entre organismes de santé et structures de médiation numérique**
- ✓ **Former les médiateurs numériques et sociaux**
- ✓ **Accompagner les citoyens dans la prise en main et l'utilisation du numérique en santé**

2 Accompagner l'actualisation et la promotion du site « sante.fr » pour en faire un espace de référence pour se repérer dans l'offre de santé en Martinique

- ✓ **Recenser les annuaires existants et les intégrer à l'outil « sante.fr »**
- ✓ **Mettre à jour régulièrement les données** et assurer leur actualisation dans l'outil
- ✓ **Communiquer auprès des professionnels et de la population** sur l'outil et son utilisation

3 Améliorer la visibilité de l'offre de santé à destination des jeunes

Accompagner le Comité Local pour le Logement Autonome des Jeunes (CLLAJ) dans le déploiement du volet « santé » du dispositif « La Boussole des Jeunes » à destination des jeunes de 16 à 30 ans afin de faciliter la mise en relation des jeunes avec les structures existantes selon leurs besoins.

4 Améliorer la stratégie de consultation citoyenne en santé

- ✓ **Coordonner et mutualiser** : mettre en commun toutes les consultations existantes, en exploiter les résultats et les partager pour alimenter les travaux, réflexions et outils de planification portés par les différentes institutions
- ✓ Partager une **culture commune de la consultation** et de ses enjeux pour le territoire
- ✓ Définir les modalités innovantes et adaptées d'une consultation régionale
- ✓ Travailler en collaboration avec le CTPS (Centre Territorial de Promotion de la Santé)

Feuilles de route / programmes associés

Stratégie régionale e-santé 2019-2023 / feuille de route nationale du numérique en santé 2023/2027

Objectif 2.5 : Structurer des parcours en santé dans 8 domaines prioritaires

Un parcours s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux. Le parcours peut avoir de multiples déclinaisons. Trois niveaux de prise en charge sont habituellement identifiés :

- **Les parcours de santé**, qui articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile ;
- **Les parcours de soins**, nécessitant la structuration d'une offre de prise en charge graduée, du premier recours au second recours voire à une prise en charge plus spécialisée en troisième intention ;
- **Les parcours de vie**, qui envisagent la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...

Ceci nécessite une évolution assez majeure de notre système de santé pour réunir prévention, soins, suivi médico-social voire social. Le parcours nécessite en effet de travailler de concert en tant que professionnels, en fonction des compétences de chacun et avec, au centre, le consentement de la personne concernée et ses choix éclairés.

Dans le cadre de ce projet régional, la structuration des parcours de santé présentée ci-après s'appuie sur plusieurs dimensions clés :

- La prévention et le repérage
- La structuration d'une offre graduée de prise en charge
- La coordination, notamment dans sa dimension ville-hôpital
- La montée en compétence des professionnels
- L'observation et la connaissance

La combinaison de ces différentes dimensions au sein d'un même parcours favorise une approche globale et intégrée de la santé visant à améliorer la qualité, l'accessibilité et la pertinence des soins.

Huit parcours sont déclinés ci-après : **5 concernent des problématiques de santé identifiées comme prioritaires** pour la Martinique et **3 parcours « populationnels »**, :

- Maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle, maladies rénales chroniques, asthme, drépanocytose, SIDA, etc.)
- Obésité
- Cancers
- Addictions
- Santé mentale
- Périnatalité / santé maternelle et santé des jeunes enfants
- Personnes âgées
- Personnes en situation de handicap

Pour chacun de ces parcours, des priorités sont définies sur la durée du schéma régional de santé, pouvant porter sur tout ou partie des dimensions clés d'un parcours de santé. Les programmes d'actions pour chacun des parcours sont présentés en annexes.

Nos priorités à 5 ans

Maladies chroniques

- Prévenir et repérer le plus précocement possible et en proximité les maladies chroniques
- Améliorer la prise en charge, notamment de proximité, des patients atteints de maladies chroniques
- Renforcer la coordination des professionnels et des parcours
- Développer la recherche dans le champ des maladies chroniques
- Renforcer la visibilité de l'offre pour les professionnels et la population



Obésité

- Structurer le Centre spécialisé dans la prise en charge de l'Obésité (CSO) et le parcours « Obésité »
- Renforcer la prévention et le repérage du surpoids et de l'obésité



Cancers

- Renforcer la prévention et le dépistage
- Améliorer la coordination entre les acteurs pour un meilleur suivi et une qualité de vie accrue pour les patients
- Réduire les délais de prise en charge pour garantir une égalité des chances.



Addictions

- Développer et diversifier l'offre de prise en charge des personnes souffrant d'addictions
- Renforcer le repérage précoce
- Améliorer la coordination des acteurs en faveur de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes souffrant d'addictions



Santé mentale

- Finaliser le projet d'établissement unique de santé mentale
- Améliorer les liens ville-hôpital dans la prise en charge en santé mentale



Périnatalité / santé maternelle et santé des jeunes enfants

- Repérer de la période préconceptionnelle, à l'accouchement et durant la période néonatale les facteurs qui peuvent affecter la santé des individus en âge de procréer et le développement psychomoteur des enfants
- Améliorer la prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né
- Structurer la filière endométriose
- Renforcer l'observation en périnatalité



Personnes âgées

- Renforcer et mieux coordonner l'offre de prévention de la perte d'autonomie sur le territoire
- Renforcer le repérage précoce des situations de fragilités
- Favoriser le virage domiciliaire des personnes âgées
- Renforcer l'offre de services à destination des personnes âgées sur le territoire et améliorer la qualité de l'accompagnement
- Renforcer la coordination entre les acteurs accompagnant les personnes âgées

- Améliorer l'observation et la recherche dans le champ du vieillissement



Personnes en situation de handicap

- Développer la prévention et l'éducation à la santé de façon adaptée aux besoins des personnes handicapées
- Structurer le parcours des troubles du neurodéveloppement (TND, dont troubles dys) et renforcer le repérage pour intervenir précocement
- Transformer l'offre médicosociale afin de mieux répondre aux aspirations des personnes et d'améliorer la qualité de l'accompagnement proposé sur le territoire
- Faciliter l'accès aux soins courants à tous types de handicap



Axe 3 : Poursuivre l'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence du système de santé

Objectif 3.1 : Déployer la politique régionale de ressources humaines en santé

Contexte

Le fonctionnement et la qualité du système de santé reposent sur les professionnels de santé, dont les effectifs sont de plus en plus fragiles.

La question de la démographie des professionnels de santé est déterminante pour la Martinique qui se caractérise par **une offre de soins globalement insuffisante du fait d'un manque de médecins ainsi que des inégalités territoriales marquées**. Pourtant, les besoins en soins et accompagnements n'ont jamais été aussi importants, sous l'effet notamment du vieillissement de la population, du développement des maladies chroniques et de la forte progression des personnes dépendantes.

Dans ce contexte, **l'attractivité des métiers médicaux et paramédicaux constitue un enjeu majeur pour l'amélioration du système de santé** martiniquais, ce qui en fait une des priorités de ce PRS. Ainsi, plusieurs leviers seront activés afin d'améliorer les conditions d'exercice des métiers et fidéliser les étudiants qui font le choix d'exercer en Martinique.

Nos priorités à 5 ans

- Renforcer l'attractivité des métiers de la santé
- Accroître l'attractivité du territoire pour l'exercice soignant, qu'il soit médical ou paramédical
- **CNR Bien-Vieillir** Structurer et promouvoir (formation, orientation, attractivité, appui aux opérateurs, partenariats) les filières professionnelles de la géronto-croissance, en particulier les métiers du soin et des accompagnements des seniors et plus globalement les activités de la Silver économie.

Déclinaison opérationnelle – projets structurants et actions prioritaires

1 Assurer la mise en œuvre de la feuille de route « Attractivité médicale »

Celle-ci est structurée autour de 4 objectifs :

1- Mieux communiquer auprès des professionnels de santé, en mettant notamment en place une plateforme de recrutement couvrant l'ensemble des disciplines médicales, afin de permettre d'améliorer la mise en relation de l'offre et de la demande.

2- Mieux accueillir et accompagner nos professionnels de santé, notamment avec la mise en place d'un service de conciergerie pour faciliter l'arrivée sur le territoire, ou encore un partenariat ARS / Pôle Emploi pour faciliter l'implantation familiale des professionnels de santé.

3- Dynamiser les modes d'exercice, notamment au travers du soutien à la mise en place d'équipes de soins primaires pour favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire et sécuriser l'exercice professionnel.

4- Installer une gouvernance régionale, la Commission régionale d'Attractivité associant tous les partenaires institutionnels.

Au-delà de la feuille de route attractivité médicale, il conviendra de mobiliser les leviers réglementaires disponibles pour faciliter et sécuriser le recrutement des Praticiens à diplômes hors Union Européenne relevant du décret n° 2020-377 du 31 mars 2023 et les accompagner dans leur exercice professionnel.

2 Elaborer la feuille de route « Attractivité des métiers du médico-social »

Cette feuille de route sera élaborée de manière collégiale avec les partenaires de l'ARS concernés par cette problématique. Les axes stratégiques seront centrés sur **tous les aspects susceptibles d'influencer l'attractivité des métiers du médico-social** tels que les conditions de travail, les perspectives de carrière, la formation continue, les conditions de stages, la valorisation sociale des professionnels, etc.

CNR Bien-Vieillir La structuration de cette feuille de route pourra s'appuyer sur les propositions mises en exergue par des acteurs du territoire, par exemple dans le cadre de la démarche « CNR Bien Vieillir » :

- Développer la **professionnalisation des intervenants au domicile et l'attractivité des métiers** grâce aux moyens renforcés pour l'accompagnement des demandeurs d'emploi. Ces intervenants forment une pluralité d'acteurs, dont les métiers méconnus demandent à être **répertoriés dans le CASF**.
- **Développer les démarches d'amélioration de la Qualité de Vie et des Conditions de Travail** qui visent simultanément l'amélioration du « bien-être au travail » et la « performance des organisations », et qui ont montré leur efficacité dans les établissements et structures médico-sociales.
- **Définir les « métiers du bien vieillir »** en lien avec **l'éducation nationale**, et inclure les jeunes dans le processus de valorisation des métiers du bien vieillir

3 Renforcer les coopérations interprofessionnelles et le déploiement de la pratique avancée infirmière

La démographie encore favorable observée en Martinique sur certaines professions paramédicales (IDE, Kinésithérapeutes notamment) ouvre des possibilités de déploiement de protocoles de coopération dans le cadre d'un exercice coordonné ou en équipe, indifféremment du mode d'exercice (salarié ou libéral) et du cadre d'exercice (établissements de santé, centres de santé, cabinet libéral, maisons de santé pluriprofessionnelles...).

Dans ce contexte, les objectifs seront de :

- **Accompagner la constitution d'équipes territoriales souhaitant entrer dans des protocoles de coopération susceptibles de rendre plus attractif l'exercice paramédical et médical** et d'améliorer l'accès à certaines activités ou actes de prévention, de diagnostic et de soins ;
- **CNR Santé Renforcer l'offre en Infirmier-ère-s en Pratique Avancée (IPA)**, notamment en soutenant la mise en place d'une formation IPA à l'Université des Antilles, et développer le protocole de délégation sur les territoires;
- **CNR Santé Promouvoir le dispositif des infirmier-ère-s de santé publique Asalé-e-s** auprès des médecins du territoire.

Feuilles de route / programmes associés

Feuille de route « Attractivité médicale »

Feuille de route « Attractivité du secteur médico-social »

Objectif 3.2 : Assurer la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins

Contexte

Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé est au cœur de l'action de l'ensemble des acteurs de santé. Cette « doctrine » a fait l'objet d'un axe au sein de la stratégie nationale de santé 2018-2022 et a été déclinée au sein du PRS2. L'évolution des maladies chroniques nous oblige à sans cesse mettre en avant ce triptyque (qualité, sécurité et pertinence).

La pertinence des actes est également une thématique du plan triennal ONDAM, décliné par les agences régionales de santé à travers le **plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS)** ainsi que ses modalités d'élaboration et d'évaluation. La **pertinence des soins renvoie à la notion de « juste soin »**, c'est-à-dire un soin approprié, adapté aux besoins individuels des patients en évitant les traitements injustifiés, et conforme aux meilleurs standards cliniques.

La pertinence des soins constitue à la fois un **levier d'amélioration de la qualité et de la sécurité** des soins – les traitements inadéquats ou les interventions excessives du système de santé étant porteurs de risques potentiels pour les patients – et un levier d'efficacité du système de santé, en évitant des dépenses inutiles pour la collectivité. Dans le cadre du projet régional de santé, ces notions se déclinent prioritairement dans le champ de l'activité d'imagerie.

Par ailleurs, en complément des efforts visant l'amélioration de la pertinence des soins, **l'e-santé constitue une opportunité majeure pour accompagner le renforcement de l'efficacité et de l'efficacité** du système de santé. Cependant, le développement des services numériques en santé et de leur usage doit se faire selon un cadre défini, en termes de règles socles et de sécurité des données des patients et des systèmes informatiques des établissements sanitaires et médico-sociaux, en cohérence avec les grands chantiers en cours comme le Ségur numérique ou les deux premières feuilles de route nationales du numérique en santé.

Nos priorités à 5 ans

- Améliorer la pertinence des actes et l'efficacité des services de santé
- Redonner du temps aux professionnels de santé et améliorer la prise en charge des personnes grâce au numérique
- Renforcer la cybersécurité de notre système de santé

Déclinaison opérationnelle – projets structurants et actions prioritaires

1 Relancer la culture de la pertinence et renforcer le rôle de l'instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS).

Cette dernière contribue à l'amélioration de la pertinence des prestations, des prescriptions et des actes dans la région en prenant appui sur les constats régionaux.

2 Mettre en œuvre et déployer les leviers existants contribuant à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

- ✓ Actualiser le plan d'action pour l'amélioration de la pertinence de soins (PAPRAPS)

- ✓ **Accompagner les établissements, et notamment le CHUM, dans une démarche d'amélioration de leur fonctionnement pour gagner en efficacité, en qualité des soins et en qualité de vie au travail pour les professionnels y travaillant.** Dans ce cadre, les établissements pourront s'appuyer sur les outils mis à disposition par l'ANAP et ponctuellement sur des missions d'accompagnement sur des chantiers prioritaires (virage ambulatoire, fonctionnement et organisation des blocs opératoires, optimisation des parcours patients : secrétariat médicaux / consultations externes...)
- ✓ **Mettre en œuvre le contrat tripartite d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES).** Ce dispositif de contractualisation uniquement incitatif, s'inscrit dans une démarche globale de recherche de pertinence, d'efficacité et de régulation de l'offre de soins et constitue le support d'un dialogue de gestion annuel entre l'établissement, l'ARS et la caisse d'assurance maladie. Il peut comporter un ou plusieurs volets relatifs :
 - au bon usage des médicaments, produits et des prestations,
 - à l'amélioration de l'organisation des soins portant notamment sur les transports,
 - à la promotion de la pertinence des actes, prescriptions et prestations

3 Renforcer la pertinence et l'efficacité de l'activité d'imagerie

- ✓ **Optimiser l'utilisation du parc d'IRM présents en Martinique via :**
 - **Le renforcement du pilotage et du suivi de l'utilisation des équipements :**
 - Mettre en place un observatoire de l'activité en partenariat ARS/Assurance Maladie/Etablissements ;
 - Piloter la mise en place des nouvelles autorisations, en fonction des données d'utilisation remontées
 - **Le développement des partenariats public / privé** favorisant l'utilisation des équipements installés (montage juridique et conventionnel à définir), dans l'objectif de **réduire les délais d'accès ;**
 - **L'harmonisation des outils, protocoles et transferts de données** et le déploiement du projet national DRIM-M (Data Radiologie Imagerie Médicale & Médecine Nucléaire) permettront aux professionnels de santé de visualiser un examen réalisé n'importe où sur le territoire et de prendre connaissance de l'antériorité des examens du patient afin d'**éviter les examens redondants** et de réduire ainsi l'exposition du patient aux radiations.

4 Poursuivre le déploiement et l'usage des services numériques socles au service de la prise en charge des patients

- ✓ **Harmoniser les solutions logicielles référencées Ségur des professionnels de santé**
 - Sensibiliser et informer l'écosystème sur l'échange et le partage de données de santé
 - Promouvoir l'adoption et contribuer au déploiement des solutions référencées Ségur
- ✓ **Favoriser les usages, notamment dans les services et référentiels socles**
 - Promouvoir les usagers numériques (Dossier médical partagé, messageries sécurisées de santé...)
 - Engager les établissements de santé dans SUN-ES et les ESMS dans « ESMS numérique »
 - Généraliser l'alimentation et la consultation de Mon Espace santé par les professionnels
 - Généraliser l'enregistrement dans RPPS + (Répertoire Partagé des professionnels de santé)

5 Renforcer la cybersécurité de notre système de santé

- ✓ **Renforcer la cybersécurité et la résilience des établissements et structures de santé**
 - Elaborer un schéma directeur cyber pluriannuel

- Mise en œuvre d'une gouvernance adaptée à chaque échelon
 - Mettre en œuvre le triptyque (prévenir / détecter / réagir)
 - Enrichir le centre de ressources régional cyber
- ✓ **Poursuivre la convergence des SI du GHT de Martinique**
- Structurer la DSI de territoire
 - Déployer le DPI de territoire au sein du GHT
 - Définir la trajectoire de convergence des autres outils (GAM, RH etc.)

Feuilles de route / programmes associés

Stratégie régionale e-santé 2019-2023 / feuille de route nationale du numérique en santé 2023/2027

Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS)

Objectif 3.3 : Accompagner le renforcement d'une culture de la qualité et de la sécurité des soins au sein des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux

Contexte

L'une des ambitions du Cadre d'Orientation Stratégique (COS) est de « renforcer en continu la qualité et l'efficacité du système de santé, et adapter l'offre aux besoins de santé ». A ce titre, les acteurs de santé Martiniquais ont souligné la nécessité de poursuivre les efforts engagés en faveur de l'amélioration de la qualité, qui constitue une attente légitime des usagers.

L'amélioration continue de la qualité au sein des établissements de santé et médico-sociaux s'inscrit en cohérence avec les **évolutions et les réformes engagées au niveau national** :

- La réforme des autorisations d'activités de soins pour mieux prendre en compte les critères de qualité,
- La refonte du dispositif IFAQ visant à introduire une part de financement à la qualité dans les modèles de financement des établissements de santé et dont l'enveloppe a évolué (700 millions d'euros en 2022 contre 50 millions en 2018),
- La révision de la procédure de certification des établissements de santé en 2020,
- La réforme du dispositif d'évaluation des établissements et services médico-sociaux et l'élaboration d'un nouveau référentiel par la HAS, applicable à partir de janvier 2023.

Au-delà de la mise en application des nouveaux référentiels HAS, la qualité du système de santé repose sur **un principe et une exigence d'amélioration continue** qui pourra notamment passer par **une meilleure implication des citoyens** dans ce processus, dans une logique de transparence. La mise en place d'une **Structure Régionale d'appui** dédiée sera facilitante pour accompagner la diffusion d'une « culture qualité » en Martinique.

Nos priorités à 5 ans

- Mettre en place une Structure régionale d'Appui
- Renforcer la « culture qualité » auprès de l'ensemble des professionnels de santé, notamment au sein des ESMS

Déclinaison opérationnelle – projets structurants et actions prioritaires

1 Mettre en place une Structure régionale d'appui (SRA) engagée dans l'amélioration continue de la qualité des soins et la sécurité des patients

- ✓ La SRA devra être mise en place dans les conditions prévues par le cahier des charges défini par l'arrêté du 19 décembre 2017 et aura vocation à assurer les missions prévues par l'article R1413-75 du Code de la Santé publique.

2 Sensibiliser les professionnels et le grand public autour de la qualité des soins

- ✓ Renforcer le partenariat et les interventions de France Asso Santé
- ✓ Animer une journée régionale dédiée à la qualité des soins et visant à sensibiliser sur les droits des usagers, et les enjeux de « qualité »

- ✓ Profiter du déploiement de la nouvelle certification HAS pour renforcer l'implication des usagers au sein des établissements dans la gestion et le suivi des sujets « qualité »

3 Renforcer le suivi des plans d'actions et mesures correctives définies par les établissements suite à une inspection

- ✓ Mettre en place un comité de suivi interne à l'ARS, visant à assurer le suivi des établissements inspectés, en priorité ceux pour lesquels une mise en demeure ou une injonction a été formulée.

4 Sensibiliser les professionnels aux vigilances relatives aux produits de santé

- ✓ Mettre en place une formation à l'intention des professionnels des établissements de santé visant à les sensibiliser et informer sur ce que recouvrent précisément les vigilances relatives aux produits de santé et à déclaration obligatoire. Cette formation pourrait être assurée par l'ARS.

ANNEXES

Annexe 1 - Déclinaison des parcours de santé prioritaires

Maladies chroniques

Contexte

La Martinique fait face à une **prévalence croissante des maladies chroniques**. Elle est particulièrement touchée par des pathologies telles que l'hypertension artérielle et le diabète, le plus souvent en lien avec le surpoids et l'obésité.

Les **maladies cardiovasculaires** font partie des principales causes de mortalité en Martinique. **L'hypertension artérielle** est la pathologie la plus souvent observée en population générale, notamment à partir de 50 ans où elle est présente chez un adulte sur deux aux Antilles ; sa particularité est de toucher plus fréquemment les femmes qu'en hexagone du fait d'une forte prévalence de l'obésité féminine.

Le **diabète de type 2** est très fréquent en outre-mer avec une proportion de personnes concernées jusqu'à deux fois plus élevée que la moyenne nationale. Comme en hexagone, le diabète de type 2 représente plus de 90 % des cas de diabète. Il est lié à l'évolution des habitudes de vie : activité physique insuffisante et sédentarité, alimentation déséquilibrée, surpoids et obésité, etc. Les femmes sont plus touchées que les hommes. La plaie du pied diabétique représente une complication fréquente et un problème de santé publique conduisant à de nombreuses hospitalisations (10% des séjours de patients diabétiques) et pouvant conduire à l'amputation.

La **maladie rénale** est également un problème de santé important en Martinique. En effet, elle connaît une prévalence deux fois plus élevée, avec une incidence de l'Insuffisance Rénale Chronique Terminale (IRCT) de 1,5 à 2 fois plus élevée que la moyenne nationale, en lien avec une prévalence du diabète et de l'HTA élevée.

La prévalence standardisée des personnes prises en charge pour la dialyse chronique en Martinique est de 1,9 ‰. Le nombre de patients en traitement par dialyse augmente de façon régulière (+6%) tous les ans. Ces chiffres d'incidence et de prévalence sont deux fois supérieurs au territoire hexagonal.

La prévalence de ces pathologies est en partie liée à des habitudes de vie (alimentation, sédentarité, etc.). Ainsi, il est essentiel de sensibiliser la population à ces facteurs de risque et de promouvoir des mesures préventives adaptées (voir Axe 1 du présent Schéma Régional de Santé).

Pour réduire la prévalence de ces pathologies et améliorer le parcours des maladies chroniques, plusieurs actions ont été mises en place sur la durée du PRS 2 (2018-2022). Ces actions ont concerné la sensibilisation des professionnels de santé à la culture de prise en charge et de suivi des maladies chroniques, l'amélioration de la prise en charge des patients en surpoids ou obèses, l'amélioration de l'accès au dépistage et à la prise en charge précoces des maladies rénales chroniques, le renforcement des actions en faveur de la prévention et de la prise en charge des risques cardio-vasculaires, l'amélioration de la coordination des acteurs du parcours

des patients avec une maladie chronique et l'amélioration du suivi, de la surveillance et la prise en charge des patients diabétiques.

Les objectifs identifiés par les acteurs pour les 5 années à venir visent à poursuivre cette dynamique en renforçant :

- **Le dépistage précoce** qui est crucial pour ralentir la progression de la maladie et réduire ses complications. Le dépistage précoce doit permettre d'identifier les personnes à risque pour les orienter vers les accompagnements spécialisés,
- **L'accompagnement et la prise en charge de proximité** des personnes concernées,
- **La lisibilité de l'offre** auprès de professionnels de la prévention et de la prise en charge ainsi qu'auprès des habitants,
- **La coordination des acteurs** accompagnant les maladies chroniques qui nécessitent souvent une approche multidisciplinaire pour une prise en charge efficace.

Nos priorités à 5 ans

- Prévenir et repérer le plus précocement possible les maladies chroniques
- Améliorer la prise en charge, notamment de proximité, des patients atteints de maladies chroniques
- Renforcer la coordination des professionnels et des parcours
- Renforcer la visibilité de l'offre pour les professionnels et la population
- Développer la recherche dans le champ des maladies chroniques

Déclinaison opérationnelle – projets structurants et actions prioritaires

Prévention / repérage	<ul style="list-style-type: none"> - Développer une équipe mobile de prévention et de dépistage des maladies chroniques pour mener des actions d'aller-vers, notamment vers les jeunes et le public vulnérable : <ul style="list-style-type: none"> o Elle sillonnera tout le territoire martiniquais et s'installera dans des espaces ciblés (centres commerciaux, intervention sous forme d'ateliers au sein des établissements scolaires partenaires, journée de sensibilisation dans les lieux fréquentés par les jeunes, etc.) o Lieu d'échanges et d'informations, cette équipe mobile aura pour objectif de réduire les inégalités sociales et territoriales en menant des actions d'information, de prévention et de dépistage des maladies chroniques (diabète, maladies rénales, respiratoires et cardiovasculaires), o Les résultats des dépistages positifs seront communiqués aux médecins traitants des patients qui en disposent, sinon à la CPTS Madinina qui se chargera de leur trouver un médecin traitant. - Etendre la compétence de la maison des 1000 premiers jours à la prévention, au dépistage, la prise en charge des maladies chroniques et l'ETP et/ou créer des maisons des maladies chroniques sur le territoire (1 par territoire de proximité et en priorité au Nord et Sud de l'île), dotées d'un système d'informations partagé entre la ville et l'hôpital, adossées à des établissements hospitaliers, à des maisons sport-santé, Centres de Santé ou Maisons de Santé pluridisciplinaires, maison des 1000 premiers jours. Parmi ses missions : favoriser le dépistage et la prévention des maladies chroniques, développer des stratégies et les compétences d'adaptation, accompagner vers
-----------------------	--

	<p>l'Activité Physique Adaptée (APA) et le lien social et culturel, limiter les ruptures de parcours et décloisonner les prises en charge (lien ville hôpital effectif), etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer l'offre d'Education Thérapeutique du patient, transversale aux 3 maladies chroniques (diabète, obésité et maladies rénales chroniques). Développer le concept du patient expert dans la prise en charge des maladies chroniques. => Voir axe 1, objectif 2 du SRS. - Renforcer la visibilité de l'offre : annuaire maladies chroniques à créer - Campagne de communication grand public adaptée aux spécificités locales - Agir en amont de l'apparition de l'insuffisance cardiaque chronique en mettant en place un protocole commun pour la prise en charge de l'hypertension artérielle entre la ville et l'hôpital. - Renforcer le dépistage de l'asthme et de l'insuffisance respiratoire chronique (qui est généralement dépistée lors du syndrome de l'apnée du sommeil) via : <ul style="list-style-type: none"> o Les actions communautaires comme les actions de sensibilisation et de formation de la population sur l'asthme, en s'appuyant sur l'éducation nationale pour le dépistage et l'orientation des enfants asthmatiques. o La sensibilisation et la formation des personnels de santé de premier recours : médecin traitant, IDEL et autres acteurs de santé de proximité. o L'élaboration d'un protocole de soins avec un parcours balisé pour la prise en charge. - Dépister les maladies rénales le plus précocement possible, notamment chez les personnes à risque : <ul style="list-style-type: none"> o Permettre le dépistage de l'insuffisance rénale chronique dans les laboratoires sans ordonnance gratuitement (comme pour le VIH et la Chlordécone), o Sensibiliser les professionnels de santé à promouvoir le dépistage des maladies rénales pour les personnes à risque (notamment les personnes diabétiques, avec HTA et obèses), o Mettre à disposition des laboratoires un outil d'orientation en cas de dépistage d'une atteinte rénale : médecin traitant du patient ou la CPTS pour les patients qui ne sont pas accompagnés, o Garantir l'accès aux structures d'aval suite au dépistage des maladies rénales, o Garantir pour les patients dépistés positifs l'accès à une consultation remboursée de diététique en ville ou à l'hôpital. o Renforcer la semaine du rein, dont l'un des objectifs est d'inciter les participants à se faire dépister, en ciblant également les personnes âgées de moins de 65 ans et les jeunes - Renforcer la communication et l'information sur la drépanocytose en population générale et auprès des professionnels de santé : <ul style="list-style-type: none"> o Développer des actions avec la médecine scolaire au moment de l'adolescence pour que chacun ait connaissance de son type d'hémoglobine
Offre graduée de prise en charge / filière de soin	<p>Maladies cardiovasculaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer la télésurveillance pour les patients atteints de maladies cardiovasculaires chroniques,

- Développer la **télé médecine** sur le territoire pour pallier les problématiques de l'attractivité des métiers de la santé. A noter qu'une expérimentation est en cours au CHU de la Martinique,
- Mettre en place un **parcours de soin pour les patients atteints d'une insuffisance cardiaque chronique**
- Développer les **consultations avancées en cardiologie dont l'onco-cardiologie** (les nouvelles préconisations encouragent un suivi cardiologique rapproché des patients oncologiques sous immuno/chimio thérapie) : installer ces consultations à Clarac avec des vacations tournantes en impliquant les cardiologues libéraux.

Insuffisance rénale chronique :

- Développer le parcours pluridisciplinaire (APA, diététique, social, etc.) du patient en Insuffisance Rénale Chronique, dans le cadre du protocole ville-hôpital
- Développer la greffe rénale en Martinique : informer le patient de la possibilité de s'inscrire sur la liste pour la greffe dès l'inclusion en centre de dialyse; effectuer une communication grand public sur le don du vivant, en lien avec l'agence de biomédecine et le CHU-M
- Développer la télé-expertise et un réseau de soin intégrant tous les acteurs de la néphrologie.
- Mettre en place une structure régionale liée à la maladie rénale chronique, rassemblant toutes les structures de Martinique, pour porter des actions et manifestations relatives à cette thématique depuis la prévention jusqu'à la greffe, en passant par la dialyse

Diabète

- Structurer une offre d'éducation à la santé à destination des femmes ayant développé un diabète gestationnel
- Améliorer le suivi, la surveillance et la prise en charge des patients diabétiques, notamment des femmes dépistées avec un diabète gestationnel,
- Améliorer la prise en charge du diabète : établir un protocole partagé ville/hôpital de prise en charge du diabète
- Améliorer la prise en charge du pied diabétique : réduire les délais d'accès à l'angiographie et aux biopsies osseuses,
- Améliorer le suivi, la surveillance et la prise en charge des patients diabétiques, notamment des femmes dépistées avec un diabète gestationnel

Maladies respiratoires :

- Développer une offre d'ETP dédiée à l'apnée du sommeil et aux problèmes respiratoires liés à l'obésité
- Améliorer la prise en charge en ville des maladies respiratoires, chez les enfants,
- Développer la télésurveillance des patients appareillés à domicile.

Drépanocytose :

- Continuer à assurer le fait que chaque enfant ait dans son carnet de santé les résultats du dépistage de la drépanocytose,
- Regrouper les services en charge de la drépanocytose sur le même site de PZQ : déménager le centre de drépanocytose et le laboratoire de référence situés à Mangot-Vulcin vers PZQ où se trouve la Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant (MFME), l'hospitalisation conventionnelle et les urgences,

Coordination ville - hôpital	<ul style="list-style-type: none"> - Établir un protocole partagé ville/hôpital de prise en charge du diabète capitalisant sur les coordinations déjà existantes, y compris sur la prise en charge du pied diabétique. Il existe ainsi une coordination entre le service d'endocrinologie du CHU et la CPTS via l'outil Entr'Actes. Aussi, la CPTS en partenariat avec les laboratoires se charge de trouver un médecin traitant aux patients dépistés positifs qui ne sont pas déjà accompagnés - Établir un protocole partagé de prise en charge ville/hôpital des maladies rénales - Renforcer la coordination ville-hôpital autour d'un véritable parcours de prise en charge de la plaie du pied diabétique en s'appuyant sur la délégation de tâches et des outils e-Santé avec les IDEL et en favorisant l'intégration de la problématique dans les projets de santé des structures d'exercice coordonné - Mettre en place une coordination de parcours régionale des maladies chroniques qui intègre tous les professionnels libéraux et hospitaliers, dont la gouvernance associera CPTS, CHU, et GHT.
Montée en compétence des professionnels / formation	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser et former les professionnels de santé à la prévention et au dépistage des maladies chroniques - Sensibiliser et former les professionnels aux risques et à la prise en charge du pied diabétique
Observation / connaissances	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer un protocole de recherche transversal aux maladies chroniques à soumettre à la Direction de la Recherche Clinique et de l'innovation (DRCI). Développer le concept du patient expert dans la recherche autour des maladies chroniques.

Feuilles de route / programmes associés

Projet médical GHT – Martinique

Projet CPTS Madinina

CPOM ARS/URML

Volet Outre-Mer du Programme national nutrition-santé

Programme autour des 1000 premiers de l'enfant

Obésité

Contexte

L'obésité est un problème de santé majeur en Martinique.

En effet, **53% des Martiniquais sont en surpoids ou en obésité** (contre 47% en France hexagonale) dont 20 % en état d'obésité (14% en France hexagonale). Les femmes sont plus concernées que les hommes par l'obésité (25 % des femmes contre 13 % des hommes) dans les DROM, phénomène observé aussi en France hexagonale⁵.

Concernant la population pédiatrique de moins de 15 ans : 9,4% sont en situation d'obésité en Martinique, 25% sont en situation de surpoids, soit un tiers en situation de surcharge pondérale (Chiffres tirés de l'étude Kannari de 2013 publiée en 2015).

De façon transversale, toutes les études nationales ont montré **une plus forte prévalence et progression du surpoids et de l'obésité dans les DROM et COM rendant la situation particulièrement préoccupante.**

Outre l'alimentation, d'autres facteurs peuvent interagir, tels que l'environnement social (famille, amis), physique proche (disponibilité et choix alimentaire au sein des écoles, lieux de travail, dispositifs publicitaires, infrastructures, les transports, la topographie de l'île...). De manière plus large, les facteurs structurants comme les normes sociales ou les revenus ont également un impact.

Il est donc important de disposer de mesures permettant d'accéder à une alimentation plus saine, et à un environnement physique favorable permettant de lutter contre la sédentarité dès le plus jeune âge et tout au long de la vie.

Le PRS 2018-2022 a permis la mise en œuvre de plusieurs actions pour améliorer cette situation : déploiement de plusieurs projets de prévention, installation d'une commission régionale du surpoids/obésité, partenariat ARS/CTM pour la lutte contre l'obésité, etc.

Cette dynamique est poursuivie en renforçant les actions de prévention du surpoids et de l'obésité (en lien avec l'Axe 1 du Schéma régional de santé), en structurant les filières, favorisant ainsi une meilleure prise en charge des patients tout en évitant les ruptures de parcours.

Nos priorités à 5 ans

- Structurer le Centre spécialisé dans la prise en charge de l'Obésité (CSO) et la filière « Obésité »
- Renforcer la prévention et repérage du surpoids et de l'obésité

Déclinaison opérationnelle – projets structurants et actions prioritaires

Prévention / repérage	<ul style="list-style-type: none">- Déployer l'équipe mobile de prévention contre l'obésité (M'OB KIDS)<ul style="list-style-type: none">○ Population cible : enfants (-18 ans)○ Les objectifs sont de sensibiliser le grand public aux questions du surpoids et de l'obésité dans la population pédiatrique, de renforcer le dépistage pondéral (mesure, taille, poids, impédancemétrie) et la prise en charge précoce (orientation vers un
-----------------------	--

⁵ : Insee Analyses Martinique n°46 – Septembre 2021

	<p>parcours de soin), de développer une prise en charge de proximité grâce à des équipes pluridisciplinaires mobiles adaptées aux spécificités d'âge et de mesurer l'impact sociétal, médical de ce genre de dispositif et identifier les leviers d'optimisation en vue d'un déploiement sur l'ensemble du territoire martiniquais,</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les lieux d'intervention de cette équipe mobile seront les centres commerciaux, les établissements scolaires identifiés et les plages ciblées par secteur (Nord Atlantique, Nord Caraïbe, Centre, Sud), ○ Orientation des patients en surpoids ou en obésité vers le premier et deuxième recours pour une prise en charge en les informant sur le parcours de soin qui leur est offert. <ul style="list-style-type: none"> - Dépister l'obésité chez les mères, dans la période des 1000 premiers jours de l'enfant et les prendre en charge de manière globale (suivi diététique, activité physique, accompagnement psychologique) - Dépistage systématique de l'obésité en milieu scolaire (maternelle, 6e et lycée), en partenariat avec les PMI pour les moins de 6 ans, suivi d'une prise en charge globale - Mettre en œuvre le programme « Retrouve ton cap » chez les enfants - Développer le projet « M'Ton corps », en partenariat avec l'assurance maladie, qui consistera à offrir tous les 3 ans une consultation de prévention du surpoids et de l'obésité, notamment au public éloigné des soins - Recenser et évaluer les pratiques de repérage des professionnels de premier recours dans un objectif de partage et d'amélioration des pratiques
Offre graduée de prise en charge / filière de soin	<ul style="list-style-type: none"> - Structurer le Centre spécialisé dans la prise en charge de l'Obésité (CSO) dont l'une des missions est de contribuer à l'organisation et la coordination de la filière de prise en charge de l'obésité. L'organisation de la filière doit répondre aux besoins suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ Prise en charge graduée en fonction de la gravité, la complexité de l'obésité et du risque de complications, ○ Formation, actualisation des connaissances pour contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles (graduation et pertinence des soins) ○ Diffusion d'informations visant à améliorer la lisibilité de l'offre de soins et de l'organisation de la prise en charge de l'obésité auprès du grand public, des patients et des professionnels de santé et de soins ○ Renforcement et développement des programmes d'éducation thérapeutique dont pré et post chirurgie bariatrique en associant les patients experts ○ Développement de l'offre de prise en charge sur tout le territoire avec des actions d'aller-vers et en intégrant le parcours des personnes en surpoids ou obésité dans les CLS.
Coordination ville - hôpital	<ul style="list-style-type: none"> - Structurer le CSO (voir ci-dessus) - Relancer les « Cotech » sur le parcours obésité (prévention, prise en charge, financement et recherche) en lien avec la Commission Régionale du Surpoids et de l'Obésité afin de favoriser la coopération des acteurs, - Communiquer de manière adaptée auprès des professionnels sur l'offre de prise en charge du surpoids et de l'obésité via l'élaboration d'un annuaire permettant d'identifier « qui fait quoi » à chaque étape du parcours

<p>Montée en compétence des professionnels / formation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les formations et les échanges de pratiques entre les acteurs, notamment auprès des patients experts. - Travailler en pluridisciplinarité sur des sujets prioritaires identifiés tels que : <ul style="list-style-type: none"> o Repérage des facteurs de risque du surpoids et de l'obésité o Prise en charge pluriprofessionnelle du surpoids et de l'obésité notamment chez les personnes en situation de handicap et les personnes présentant un trouble mental, o Prescription de l'Activité Physique Adaptée (APA), y compris pendant la grossesse et en post partum, o Accompagnement psychologique o Causes (notamment médicamenteuses : antidépresseurs, antipsychotiques, corticoïdes, etc.) et conséquences de l'obésité, o Questions relatives à la prévention de la stigmatisation, o Education Thérapeutique du Patient, o Prises en charge innovantes : thérapies cognitives par exemple o Approches décentralisées du poids dans la prise en charge.
<p>Observation / connaissances</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les causes profondes des rechutes ainsi que la pertinence de l'acte de chirurgie via l'étude des parcours des patients qui ont eu recours à plusieurs actes de chirurgie de l'obésité - Mieux connaître et suivre la prévalence du surpoids et de l'obésité des étudiants : recueil pluriannuel des données relatives à l'IMC des étudiants, en partenariat avec le Rectorat et Santé Publique France

Feuilles de route / programmes associés

Feuille de route nationale déclinée en feuille de route régionale

Programme National Nutrition Santé 4 (PNNS-4) 2019-2023, volet outre-mer

Contexte

En Martinique, si **les taux d'incidence et de mortalité par cancer sont globalement inférieurs à la moyenne nationale, ils sont majorés sur certaines localisations : Prostate, Estomac, Col de l'utérus, Myélomes multiples**. Cependant, la croissance du nombre de cancers du sein et du côlon diagnostiqués est plus rapide que la moyenne nationale.

Par ailleurs, certains **facteurs de risques sont sur-représentés** (surpoids/obésité, risque infectieux, Chlordécone).

La participation aux dépistages organisés des cancers féminins est particulièrement faible : le taux de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus est inférieur à 15 points par rapport à la moyenne nationale, de 8 points en ce qui concerne le cancer du sein. En 2019, 19 % des Martiniquaises de 55 à 74 ans n'ont jamais effectué de frottis cervico-utérin et 42 % des femmes de plus de 75 ans (contre 27 % des plus de 75 ans en France métropolitaine)

Concernant le dépistage du cancer colorectal, 34 % des 55-74 ans et 52 % des 75 ans et plus en Martinique n'ont jamais fait de dépistage de cancer colorectal par recherche de sang dans les selles (contre 66 % des 55-64 ans, 55 % des 65-74 ans et 54 % des 75 ans et plus en France métropolitaine)⁶.

On observe également **des délais d'attente importants** entre les étapes du parcours de soins dans un contexte de tensions sur les ressources médicales (médecine générale et spécialisée) nécessaires au diagnostic et à la prise en charge.

Plusieurs avancées ont toutefois été déterminantes ces dernières années et constituent des opportunités pour améliorer les parcours de diagnostic et de prise en charge :

- La poursuite du virage numérique : eParcours, de la dématérialisation des images dans le cadre du DOCS, renouvellement DPI régional, développement télé-expertise, téléconsultation et télé-RCP
- La coordination régionale des dispositifs en cancérologie assurée par la Plateforme Régionale d'Oncologie Martinique
- La mise en place d'un Dispositif d'Appui à la Coordination unifié
- Le pilotage structuré au sein d'une plateforme régionale

Depuis 2022, des travaux sont en cours visant à assurer la déclinaison régionale de la stratégie décennale de lutte contre les cancers, via l'élaboration de la **feuille de route régionale Cancer**. Celle-ci est structurée autour de 4 objectifs :

- 1) Mieux prévenir et dépister
- 2) Coordonner les acteurs pour un meilleur suivi et une qualité de vie accrue pour les patients
- 3) Réduire les délais de prise en charge

⁶ Insee Analyses Martinique, n° 46, Septembre 2021

4) Lutte contre les inégalités.

Le suivi et la mise en œuvre de cette feuille de route constitue le socle des interventions de l'ARS et de ses partenaires pour les 5 années à venir.

Nos priorités à 5 ans

- Renforcer la prévention et le dépistage
- Améliorer la coordination entre les acteurs pour un meilleur suivi et une qualité de vie accrue pour les patients
- Réduire les délais de prise en charge pour garantir une égalité des chances.

Déclinaison opérationnelle – projets structurants et actions prioritaires

Prévention / repérage	<ul style="list-style-type: none">- Organiser un maillage territorial des acteurs pour assurer l'information au plus près de la population- Développer les interventions d'aller-vers les populations cibles du dépistage organisé :<ul style="list-style-type: none">o Actions de dépistage en coordination avec le bus mis en place par la Collectivité Territoriale de Martiniqueo Actions d'aller vers pour la réalisation de frottis pour éviter les diagnostics tardifs- Impliquer davantage le réseau des professionnels de santé dans le dispositif de dépistage organisé des cancers :<ul style="list-style-type: none">o Information aux professionnels de santé pour inciter à la réalisation de frottiso Accompagner l'appui des pharmaciens d'officine comme relai des dépistages organiséso Visiter des centres d'imagerie médicale pour une meilleure intégration dans le DOCS- Déployer un Système d'information unique pour les dépistages organisés (DOCS, DOCCR, DOCCU)- Communiquer/sensibiliser la population sur les comportements ayant un impact favorable ou défavorable sur les cancers- Poursuivre les actions visant à faciliter l'accès aux soins oncologiques de support (référencement, publication dans un guide, formation des professionnels, etc.)
Offre graduée de prise en charge / filière de soin	<ul style="list-style-type: none">- Mettre en place des plages dédiées aux diagnostics cancers pour les examens d'imagerie- Analyser et identifier les filières les plus en difficultés et mettre en place des plans d'actions correctifs- Structurer des filières et identifier les voies de recours inter-régionales ou nationales- Formaliser des partenariats interrégionaux autour des activités de chirurgie carcinologique les plus fragiles (ORL, Gynéco / Ovaire, Viscéral / Œsophage, chirurgie pédiatrique)- Etendre les autorisations de chimiothérapie, notamment vers le domicile- Structurer un circuit pour la prise en charge des effets secondaires sans passage aux urgences- Mettre en place un système d'alerte et des procédures pour garantir la continuité en cas de crise

	- Développer une filière d'oncocardologie
Coordination ville - hôpital	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagner la définition des parcours : <ul style="list-style-type: none"> ○ Déployer le e-Parcours cancer et le DCC pour renforcer le suivi du parcours patient et mieux maîtriser les délais de prise en charge ○ Identifier les différents freins au parcours en termes de délais de prise en charge et proposer des actions de correction - Améliorer le fonctionnement des RCP en mettant l'accent sur la coordination parcours pour envisager les prises de rendez-vous au plus tôt <ul style="list-style-type: none"> ○ Faciliter l'accès pour les examens complémentaires orienté par des médecins de ville (accès aux plateaux techniques – avis spécialistes) ○ Faciliter l'accès à un avis spécialiste par les professionnels de ville
Montée en compétence des professionnels / formation	- Déployer des IPA en cancérologie facilitant la prise en charge suivi patients et la gestion de la toxicité des chimiothérapies
Observation / connaissances	- Renforcer la recherche, notamment par une approche sociologique, pour identifier les freins au dépistage et à la vaccination HPV

Feuilles de route / programmes associés

Feuille de route régionale de lutte contre les cancers

Addictions

Contexte

Dans le champ des addictions, l'ARS de Martinique développe une politique en matière de prévention et assure également la gestion, le suivi et le financement des structures médico-sociales et hospitalières en addictologie.

La Martinique présente quelques spécificités par rapport aux autres régions ultramarines et à l'hexagone. Tandis que les niveaux de consommation d'alcool et l'élargissement de la diffusion du cannabis sont particulièrement préoccupants chez les jeunes, la Martinique reste la région où la consommation de tabac est la plus faible.

Au-delà des consommations avec substances, des **inquiétudes sur la problématique des addictions sans substance sont remontées par les professionnels** (usage problématique des écrans, jeux d'argent et de hasard notamment). L'élargissement du périmètre du fonds de lutte contre les addictions aux addictions sans substances permet, depuis 2022, d'investir davantage ce champ. La Martinique fait figure d'exemple au niveau national en ce qui concerne la qualité de la collaboration entre ARS et MILDECA. En effet, depuis de nombreuses années, l'ARS et la MILDECA, sous l'autorité de la Préfecture, travaillent en coordination sur la question des addictions autour d'un projet commun : l'élaboration, l'animation et le suivi d'une stratégie régionale partagée.

Ainsi, dès 2014, des travaux de réflexion et d'animation conjoints ont permis l'élaboration du **Plan régional de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2015-2017** sous l'égide des deux administrations. Ce plan est venu concrétiser un travail de mise en commun des objectifs sur le territoire et des manières de collaborer pour les atteindre. Suite à cette première expérience et au bilan qui en a été tiré, l'ARS et la MILDECA se sont à nouveau engagées dans la rédaction d'une stratégie actualisée pour répondre aux enjeux du territoire.

Le plan régional de mobilisation contre les addictions 2019-2022 constitue le cadre de référence en matière de lutte contre les addictions en Martinique. La politique publique déployée en Martinique propose une mobilisation partagée et globale contre les addictions à travers une collaboration des deux administrations en lien avec les partenaires institutionnels et les acteurs de terrain. Le Plan régional cible en priorité les jeunes et les personnes vulnérables (personnes sous main de justice, personnes ayant des comorbidités psychiatriques, personnes en situation d'exclusion, femmes).

Actuellement en cours d'évaluation, l'élaboration du futur plan 2023-2027 est attendue fin 2023, et s'inscrit à la fois dans les orientations nationales et régionales, en cohérence avec le présent Schéma Régional de Santé et la feuille de route MILDECA.

Nos priorités à 5 ans

- Développer et diversifier l'offre de prise en charge des personnes souffrant d'addictions
- Renforcer le repérage précoce
- Améliorer la coordination des acteurs en faveur de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes souffrant d'addictions

Déclinaison opérationnelle – projets structurants et actions prioritaires

Prévention / repérage	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un plan de formation au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) et à l'entretien motivationnel à l'intention des professionnels de santé de premier recours de manière à renforcer le repérage précoce des problématiques addictives.
Offre graduée de prise en charge / filière de soin	<ul style="list-style-type: none"> - Développer et renforcer les dispositifs d'aller-vers, en complément de l'unité mobile du CAARUD - Mettre en place un dispositif de prise en charge adapté aux femmes ayant des problématiques d'addictions, en particulier les plus vulnérables. - Offrir une prise en charge spécifique pour les personnes vieillissantes ayant des problématiques addictives. Problématique émergente, qui risque de s'accroître dans les années à venir, nécessitant d'adapter les actions de repérage et de prise en charge pour un public en perte d'autonomie. - Renforcer la coordination psy et addicto pour la prise en charge des personnes présentant des comorbidités psychiatriques, par exemple via la création d'une nouvelle équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) intervenant sur l'ensemble des établissements de santé et mettant en œuvre une coordination Psy et Addicto renforcée - Développer des outils numériques de coordination entre professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire, en lien avec les réflexions autour de la structuration de « e-parcours » en addictologie - Mettre en place une communauté thérapeutique, un lieu d'accueil résidentiel mixte, proposant un accueil sur une période de 12 à 24 mois, ouvert à des personnes souhaitant s'engager dans une démarche de soin de leur addiction. La spécificité des communautés thérapeutiques, qui s'adressent à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psychoactives, est de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale avec l'objectif d'abstinence des substances psychoactives. La participation au groupe, selon des règles de vie collective, représente le moteur du changement, de l'abstention de toute consommation, de l'abandon des comportements associés et du maintien de comportements et de modes de vie adaptés. - Création d'un pôle sanitaire à orientation addicto (filière complète) au Centre Hospitalier Saint-Esprit - Créer une unité niveau 3 au CHUM, couvrant l'ensemble des missions dévolue à une prise en charge de niveau 3 - Impliquer les patients et usagers dans l'amélioration de nos parcours de prise en charge (patient-experts, prévention par les pairs...), en développant leurs compétences pour former des patients experts qui pourront mettre leur expérience au service de la collectivité et de leurs pairs (=> voir parcours « Santé mentale »)
Coordination ville - hôpital	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagner les usagers en post-cure pour limiter les risques de rechute. Assurer le lien avec le domicile et les acteurs de la ville (CSAPA, médecin traitant) et fournir un soutien motivationnel visant à soutenir l'abstinence - Améliorer la coordination des prises en charge des personnes sous main de justice avec une problématique d'addiction au moment des sorties pour prévenir les risques de ruptures de parcours : mise en

	<p>place d'une commission de préparation des sorties pour les détenus en situation « complexe » ; renforcement du CSAPA référent pénitentiaire en lien avec l'ouverture de la Structure d'Accompagnement à la Sortie (SAS) ; renforcement de la coordination entre CSAPA et PJJ (voir PRAPS).</p>
<p>Montée en compétence des professionnels / formation / Observation / connaissances</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les formations croisées (secteurs social, médico-social, sanitaire, éducation nationale, ...) pour accompagner la montée en compétence et favoriser l'interconnaissance des acteurs intervenant dans les parcours en addictologie - Continuer à réaliser des études permettant d'avoir une meilleure connaissance de la situation en Martinique, dans la continuité des actions menées au titre du PRS 2 et du Plan régional de mobilisation contre les addictions (=> voir PRAPS) - S'appuyer sur l'ethnopsychiatrie pour mieux comprendre la façon dont la population appréhende les problématiques de santé mentale et d'addictions sur les territoires de proximité, afin d'apporter des réponses adaptées. En ce sens, les réflexions sur l'utilisation de la pharmacopée locale doivent être approfondies (=> voir parcours « Santé mentale »).

Feuilles de route / programmes associés

Plan régional de mobilisation contre les addictions

Contexte

Selon l’OMS, 1 personne sur 4 est touchée par des troubles psychiatriques à un moment de sa vie. Ces troubles représentent aujourd’hui le premier poste de dépenses de santé en France avec un coût total de 23,4 milliards d’euros pour l’assurance maladie (14,5% des dépenses) et 30 milliards d’euros avec les aides indirectes (Indemnités journalières et aide sociale).

En Martinique, en 2019, 3,07% de la population (vs 4,22 % au niveau France entière) était prise en charge pour une maladie psychiatrique et 3,15% (vs 8,33% France entière) était sous traitement psychotropes.

Dans le cadre du PRS 2, des avancées importantes ont été réalisées avec :

- La **mise en place du dispositif Vigilans**, dispositif de veille et de re-contact téléphonique qui vise à maintenir le lien avec les patients ayant réalisé une tentative de suicide
- L’élaboration partenariale et la validation du **Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)** en 2020
- La **mise en place et le développement des conseils locaux de santé mentale (CLSM)**, qui constituent des espaces de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l’ensemble des professionnels du territoire. Les CLSM ont pour objectif de définir et de mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l’amélioration de la santé mentale des populations concernées
- Mise en place et **développement des équipes mobiles** (Equipe mobile de psychiatrie précarité, Equipe mobile de psychiatrie de la personne âgée, Equipe mobile de Suivis Intensifs dans le milieu de réhabilitation psychosociale, Equipe mobile premiers épisodes psychotiques)
- Développement des **alternatives à l’hospitalisation** (Habitat inclusif, ACT un chez soi d’abord, village du rétablissement)
- Création de la **Maison des Adolescents et des Jeunes adultes (MDAJA)** en 2021 et ouverture au public en 2022.

Les orientations prévues pour les années à venir s’inscrivent dans la continuité des actions déjà engagées et en cohérence avec les évolutions en cours au niveau national :

- La **feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie** qui vise l’amélioration des conditions de vie, de l’inclusion sociale et de la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique, de l’accès aux soins et aux accompagnements
- La **poursuite de la mise en œuvre et de l’animation du projet territorial de santé mentale**
- La **stratégie nationale de prévention du suicide**, visant à mettre œuvre de façon coordonnée dans les territoires un ensemble d’actions intégrées de prévention du suicide (Dispositif Vigilans, formation à la prévention du suicide, lutte contre la contagion suicidaire, Numéro national)

- **La feuille de route pour la prévention du mal-être et l'accompagnement des agriculteurs en difficulté** visant la coordination entre tous les acteurs pour accompagner les agriculteurs et salariés agricoles qui en ont besoin dans toutes les dimensions de leur vie (*économique, social, santé*)

Nos priorités à 5 ans

- Finalisation du projet d'établissement unique de santé mentale
- Améliorer les liens ville-hôpital dans la prise en charge en santé mentale

Déclinaison opérationnelle – projets structurants et actions prioritaires

Prévention / repérage	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser le grand public à la promotion de la santé mentale dans le cadre de la Semaine d'Information sur la Santé mentale tous les ans - Déployer la journée caribéenne annuelle du bien-être - Promouvoir la santé mentale par l'activité physique régulière - Repérer les problématiques de santé mentale en lien avec l'obésité, le surpoids, les problématiques de violences, d'endométriose, addictions et proposer un accompagnement global => poursuivre l'inclusion d'un volet psychologique dans les projets de prévention le nécessitant
Offre graduée de prise en charge / filière de soin	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagner la finalisation du projet d'établissement unique de santé mentale - Améliorer l'accès aux soins somatiques hospitaliers - Mettre en place un service d'accès aux soins psy - Développer et renforcer des équipes mobiles pour la prise en charge hors les murs de l'Etablissement Unique de Santé Mentale (pédopsychiatrie, EPIC...) - Développer la télémédecine et la téléexpertise - Organiser la prise en charge des patients comorbides (addicto/psy) (=> voir parcours « Addictions ») - Créer une unité d'hospitalisation de court séjour pour les personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques - Impliquer les patients et usagers dans l'amélioration de nos parcours de prise en charge (patient-experts, prévention par les pairs...), en développant leurs compétences pour former des patients experts qui pourront mettre leur expérience au service de la collectivité et de leurs pairs (=> voir parcours « Addictions »)
Coordination ville - hôpital	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le lien ville-hôpital en s'appuyant sur les textes réglementaires - Mise en place de comités techniques régionaux thématiques
Montée en compétence des professionnels / formation / Observation / connaissances	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des rencontres institutionnelles autour de la protection des majeurs - Former aux premiers secours en santé mentale - Donner les moyens à la Maison des Adolescents et des Jeunes Adultes (MDAJA) de porter la coordination et l'animation d'un réseau d'acteurs à destination des jeunes, au niveau régional et sur les territoires. Accompagner la mobilisation de co-financeurs et/ou la mobilisation des collectivités locales (communes, EPCI) pour la

	<p>mise à disposition de moyens nécessaires au déploiement territorial des missions de la MDAJA.</p> <ul style="list-style-type: none">- S'appuyer sur l'ethnopsychiatrie pour mieux comprendre la façon dont la population appréhende les problématiques de santé mentale et d'addictions sur les territoires de proximité, afin d'apporter des réponses adaptées. En ce sens, les réflexions sur l'utilisation de la pharmacopée locale doivent être approfondies (=> voir parcours « Addictions »).
--	---

Feuilles de route / programmes associés

Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)

Contexte

Le parcours de santé « Périnatalité / enfants / santé maternelle » couvre toute la période allant du désir de grossesse, en passant par la grossesse, la naissance et toute la petite enfance jusqu'à l'âge de 3 ans (1000 premiers jours).

La santé maternelle et infantile pendant cette période constitue un fondement pour la santé future de la population.

En Martinique, **les indicateurs en matière de périnatalité sont plus défavorables que dans l'Hexagone :**

- Un taux de mortalité périnatale de 13,5 ‰, supérieur à celui de la France hexagonale (8,5 ‰)⁷,
- Un taux de mortalité infantile de 7,2‰, supérieur à celui de la France hexagonale (3,6 ‰)⁸,
- Un taux de naissances prématurées qui a diminué entre 2016 (11,9%) et 2021 (8,6 %) mais qui reste toutefois supérieur à celui de la France hexagonale (7‰)⁹.

Cette situation pourrait s'expliquer, entre autres, par :

- L'augmentation de l'âge des mères (une moyenne de 31 ans, identique à France hexagonale)¹⁰
- Des facteurs liés à l'hygiène de vie des femmes enceintes (10% de diabète gestationnel en 2021 Vs 4,6% en 2016 ; 25% des femmes qui accouchent sont obèses Vs 14% en France hexagonale ; 7,7% des femmes enceintes touchée par l'Hypertension artérielle)¹¹
- La précarité : en 2020, 29% des Martiniquais vivaient en dessous du seuil de pauvreté contre 12,1% en France hexagonale. Aussi, la Martinique se caractérise par un fort taux de familles monoparentales (53,6 %, contre 26 % dans la région hexagonale la plus concernée), très majoritairement féminines¹² ;
- L'accès à la prévention et aux soins (démographie médicale).

Dans ce cadre, le PRS 2018-2022 avait pour priorités d'agir sur les facteurs qui peuvent affecter la santé et le développement psychomoteur des enfants et de garantir l'accès de la femme enceinte et du nouveau-né à une prise charge adaptée et coordonnée.

Les actions menées concernent principalement le risque lié à l'exposition à la chlordécone, le dépistage et la prise en charge de l'obésité chez les femmes, le déploiement de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) et la coordination entre les différents acteurs qui interviennent dans ce champ.

Dans cette même perspective et afin d'améliorer les indicateurs martiniquais en matière de périnatalité, les enjeux pour les 5 ans à venir consistent en priorité à poursuivre et renforcer le

⁷ Source : DREES 2017 - 2019

⁸ Source : Insee 2020

⁹ Source : ENP 2016 - 2021

¹⁰ Source : Santé publique France, 2021

¹¹ Ibid.

¹² Source : Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté 2019-2021

dépistage des vulnérabilités et leur prise en charge chez les individus en âge de procréer et de développer l'offre sanitaire.

Aussi, au regard des recommandations nationales, le développement de la filière endométriose est identifiée comme une mesure importante pour améliorer la prise en charge et la sensibilisation à cette affection gynécologique courante mais qui reste encore méconnue.

Nos priorités à 5 ans

- Repérer de la période pré conceptionnelle, à l'accouchement et durant la période néonatale les facteurs qui peuvent affecter la santé des individus en âge de procréer et le développement psychomoteur des enfants
- Améliorer la prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né
- Structurer filière endométriose
- Renforcer l'observation en périnatalité

Déclinaison opérationnelle – projets structurants et actions prioritaires

Parcours périnatalité

Prévention / repérage	<ul style="list-style-type: none"> - Faire connaître davantage la consultation préconceptionnelle pour en augmenter le recours - Augmenter le recours aux entretiens pré et post natals en lien avec la CTM, dans le cadre de la contractualisation ARS/DEETS/CTM en cours - Organiser des groupes de travail de structuration d'un parcours de repérage des facteurs de risques via les consultations/entretiens de prévention (consultations pré-conceptionnelles, bilan prénatal, entretien prénatal précoce, consultation post-natale, entretien post-natal) – avec les professionnels de santé, la CGSS, l'ARS et la PMI – afin de renforcer et d'améliorer le repérage des facteurs pouvant affecter la santé des individus en âge de procréer (accès à une Chlordéconémie, dépistage des maladies chroniques, du surpoids, etc.) (=> voir PRAPS)
Offre graduée de prise en charge / filière de soin	<ul style="list-style-type: none"> - Créer la maison des 1000 premiers jours de l'enfant : prévention primaire, dépistage, prise en charge périnatale et ETP pour les futurs parents et enfants jusqu'à 2 ans - Créer une maison de naissance en Martinique pour diversifier l'offre de prise en charge. Les « maisons de naissance » sont des structures autonomes qui, sous la responsabilité exclusive de sage-femmes, accueillent les femmes enceintes dans une approche personnalisée du suivi de grossesse jusqu'à leur accouchement, dès lors que celles-ci sont désireuses d'avoir un accouchement physiologique, moins médicalisé et qu'elles ne présentent aucun facteur de risque connu. Les conditions d'installation des Maisons de naissances sont définies dans le décret du 26 novembre 2021. - Mettre en place un hôtel hospitalier – près de la maternité de niveau 3 – pour les femmes enceintes avec une grossesse pathologique, financé par la sécurité sociale si leur domicile est à plus de 30 minutes de la maternité. - Renforcer les Centres Périnataux de Proximité (CPP) et optimiser leur fonctionnement (étendre les plages d'ouverture, renforcer les équipements minimaux, renforcer la coordination des acteurs, etc.), en lien avec le projet médical du CHUM
Coordination ville - hôpital	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la prise en charge des vulnérabilités repérées (psychologiques, psychiatriques, sociales, sanitaires) en renforçant le lien ville-hôpital (MFME, PMI, etc.) via la mise en œuvre de conventions de partenariat : le projet vise

	<p>à renforcer le lien entre les différents acteurs qui interviennent auprès des individus en âge de procréer via la mise en place de conventions de partenariat. Ces conventions permettront d'établir une collaboration étroite entre les structures de soins en ville et les hôpitaux, afin de faciliter la coordination des services et d'assurer un suivi sans rupture dans la prise en charge des vulnérabilités.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un dossier de suivi informatisé des grossesses, partagé entre tous les acteurs de la prise en charge (poursuite du « e-parcours » déjà engagé) - Elaborer un annuaire des ressources territorialisées sur les différents champs de la périnatalité à l'intention des professionnels - Mettre en place un réseau de suivi des enfants vulnérables (incluant l'accompagnement des enfants nés prématurés, des enfants à risque de troubles du neurodéveloppement, des enfants exposés in-utéro à la chlordécone, et de leurs parents)
Montée en compétence des professionnels / formation	
Observation / connaissances	

Filière endométriose

Prévention / repérage	<ul style="list-style-type: none"> - Cibler les populations et les départements dont la prise en charge est inégale grâce notamment au travail des associations de patientes et des observatoires régionaux de santé. Utiliser notamment le volet régional du dispositif Santé.fr, afin de relayer des campagnes de sensibilisation et de formation dans ces départements, - Mener des actions d'informations et de prévention en lien avec les associations de patientes, - Encourager l'intervention des associations de patientes dans les écoles, les entreprises, les associations sportives en lien avec l'ARS pour élaborer les messages de sensibilisation, - Favoriser l'organisation de groupes de parole en lien avec les associations de patientes.
Offre graduée de prise en charge / filière de soin	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser la structuration d'une offre de soins graduée sur l'ensemble du territoire via la mise en place d'une filière dédiée à la prise en charge de l'endométriose s'intégrant aux organisations et aux dispositifs de coordination préexistants, en assurer le suivi et l'évaluation. - Faciliter le recours à l'IRM en cas d'infertilité inexpiquée : réforme des autorisations (autorisation pour plusieurs équipements) - Développer et financer au sein des filières et en lien avec les associations des programmes d'ETP pour mieux prendre en charge la douleur : en cours de discussion pour un appel à projet dédié
Coordination ville - hôpital	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la collaboration des acteurs en mettant notamment en place des RCP communes et de recours - Mener un maillage territorial de RCP radio-cliniques : organisation de RCP radio cliniques pluridisciplinaires à visée diagnostique ou thérapeutique. Inciter les professionnels de santé à participer aux réunions de concertation pluriprofessionnelles

Montée en compétence des professionnels / formation	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles - Diffuser au sein des filières les bonnes pratiques en matière de prise en charge de l'endométriose qui pourra prendre la forme d'un programme de mentorat - Favoriser le déploiement de la formation continue, notamment au sein des filières - Favoriser les stages cliniques en centres multidisciplinaires - Promouvoir la participation des patientes expertes aux instances de concertation régionales
Observation / connaissances	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une action de recherche
Lisibilité de l'offre sur le territoire	<ul style="list-style-type: none"> - Diffuser les coordonnées des structures de prises en charge au niveau territorial. Lancement de travaux au national / Annuaire santé.fr. - Identification des centres imagerie par les filières : définis dans le cadre des niveaux de la filière.

Feuilles de route / programmes associés

Programme 1000 premiers jours de l'enfant

Parcours de santé des personnes âgées

Contexte

La Martinique fait partie des régions les plus âgées de France. En 2016, **un quart de la population de la Martinique est âgée de 60 ans et plus, soit 97 000 individus**. Cette proportion est similaire en Guadeloupe (24%) et en France métropolitaine (25%).

La Martinique se caractérise par des territoires inégaux face au vieillissement. Les personnes âgées de 60 à 74 ans se retrouvent principalement dans la Communauté d'Agglomération du Centre de la Martinique (CACEM) et l'Espace sud de la Martinique.

Bien qu'ayant été une des plus jeunes régions de France dans les années 1980, elle est de plus en plus touchée par le **vieillissement de sa population et pourrait ainsi devenir la région la plus âgée de France en 2050 avec plus de quatre personnes sur dix âgées de 65 ans et plus**. Sous l'effet du vieillissement, la population dépendante continuerait de croître. Les femmes, ayant une espérance de vie plus longue, seraient plus touchées par la dépendance.

L'impact du vieillissement est plus prononcé en Martinique en raison de plusieurs facteurs : une situation géographique spécifique pouvant exacerber les difficultés de mobilité, une offre d'accompagnement des personnes âgées et de leurs aidants plus faible (notamment à domicile), un taux de précarité des personnes âgées plus important, des difficultés d'appropriation et d'adoption de comportements de santé favorables qui exposent les Martiniquais aux affections de longue durée et à la perte d'autonomie plus précocement et plus fortement.

La croissance prévisible du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes à l'horizon 2030 et au-delà entraînera de nouveaux besoins humains, techniques et d'adaptation de l'habitat d'autant que le parcours résidentiel martiniquais est essentiellement centré sur le domicile. Cette problématique deviendra de plus en plus prégnante avec l'aggravation des situations de dépendance à domicile et l'affaiblissement de l'aide familiale, ce qui nécessite de mobiliser davantage des aides professionnelles.

Face à ces constats, l'enjeu pour la région est de renforcer sa stratégie d'accompagnement du vieillissement en développant à toutes les étapes du parcours de la personne une nouvelle culture du vieillissement avec une prise en charge en soins et un accompagnement gradués en fonction des problématiques rencontrées, dans le respect du projet de vie de la personne et du principe d'auto-détermination.

Nos priorités à 5 ans

- Renforcer et mieux coordonner l'offre de prévention de la perte d'autonomie sur le territoire
- Renforcer le repérage précoce des situations de fragilités
- Favoriser le virage domiciliaire des personnes âgées
- Renforcer l'offre de service à destination des personnes âgées sur le territoire
- Améliorer la qualité, l'accompagnement et le parcours de la personne âgée en amont et en aval et particulièrement d'une hospitalisation
- Renforcer la coordination entre les acteurs accompagnant les personnes âgées
- Améliorer l'observation et la recherche dans le champ du vieillissement

Déclinaison opérationnelle – projets structurants et actions prioritaires

Prévention / repérage	<ul style="list-style-type: none"> - CNR Bien-Vieillir Mettre en place le programme ICOPE de l'OMS, qui permet de dépister, à partir de 60 ans, les fragilités liées à l'âge pour prévenir, ralentir et limiter la perte de capacités sur les fonctions déterminantes. Déployer en articulation avec ce programme, le plan antichute : <ul style="list-style-type: none"> o Sensibiliser et former les professionnels du premier recours (y compris le secteur social) au repérage de la perte d'autonomie et des fragilités, o Créer des centres de prévention de la perte d'autonomie proposant aux personnes âgées de plus de 65 ans (à domicile et/ou en établissements) des bilans de santé réguliers avec des équipes pluridisciplinaires. Ces bilans auront pour objectifs de repérer les fragilités le plus précocement possible et d'orienter les personnes vers les prises en charge adaptées, o CNR Santé Renforcer les actions d'aller-vers pour le repérage des fragilités, o Déployer des actions de prévention coordonnées d'aller-vers, avec les partenaires de la prévention, pour toucher le public vulnérable (personnes isolées, personnes avec une mobilité réduite, etc.), o Mettre à disposition des acteurs des outils d'orientation permettant une prise en charge coordonnée des personnes repérées (aménagement du logement, prévention secondaire, tertiaire, aide aux repas, etc.). o Renforcer et mieux coordonner les actions de prévention de la perte d'autonomie : inscrire les actions de prévention de la perte d'autonomie dans les CPOM des ESSMS (en cours), pour promouvoir la bienveillance des personnes âgées dans les établissements et domicile, lutter contre l'isolement des personnes âgées - CNR Santé Mettre en place une action de repérage précoce et anticipation des dégradations de l'état de santé des résidents en EHPAD : développer les évaluations anticipées en EHPAD réalisées par l'HAD, pour repérer les résidents qui ne souhaitent pas être transférés à l'hôpital et dont l'état de santé est susceptible de se dégrader à courte échéance, et éviter les prises en charge tardives et les transferts aux urgences - CNR Bien-Vieillir Former les équipes des bailleurs sociaux au repérage des signes précurseurs des fragilités liées à l'âge afin de passer le relais aux partenaires (prévention et accompagnement) dont le maillage territorial doit être construit.
Offre graduée de prise en charge / filière de soin	<p>Renforcer et développer l'offre de soutien aux aidants non professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - CNR Bien-Vieillir Renforcer la communication sur les offres de répit pour les aidants, les développer et créer un parcours de répit avec toutes les formes disponibles : accueil de jour, baluchonnage et relayage. - Mettre en place une stratégie territoriale d'aide aux proches aidants : territorialiser l'offre d'aide aux aidants en fonction des besoins de chaque territoire de proximité (maison destinée au répit,

plateforme de répit, accueil de jour, soutien psychologique, écoute, formations, activités aidants-aidés, répit à domicile / hors domicile, etc.),

Accompagner le virage domiciliaire

- **Renforcer les actions d'adaptation du logement** en renforçant l'accès aux logements adaptés et l'acquisition des aides techniques, en lien avec les partenaires
- **Accompagner le développement des services autonomie à domicile (SAD)** en les incitant à conventionner pour bénéficier de la dotation complémentaire pour accompagner les usagers sur des horaires atypiques et renforcer les actions de prévention, etc.

Renforcer l'accompagnement en développant les SSIAD et SSIAD renforcés

- Accompagner la transformation des EHPAD en créant des **Centres de Ressources Territoriaux**. *Les Centres de Ressources Territoriaux ont pour objectif de permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile, lorsque l'accompagnement classique déjà assuré par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile n'est pas suffisant. Il s'agit, notamment, de développer une alternative à l'entrée en établissement. La mission de centre de ressources territorial est divisée en 2 volets : le premier propose un appui aux professionnels du territoire (formation des professionnels, appui administratif et logistique, mise à disposition de compétences et ressources gérontologiques, gériatriques et de ressources et équipements spécialisés ou de locaux adaptés ; et le second propose un accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD.*

Développer l'offre de solutions intermédiaires entre le domicile et l'établissement

- Diversifier l'offre intermédiaire et améliorer l'accès à l'offre d'accueil intermédiaire (accueil journalier, accueil temporaire notamment) en améliorant la mobilité des seniors sur le territoire.
- Créer des petites unités de vie (PUV),
- Développer des Unités Cognitivo Comportementale (UCC),

Renforcer l'accès aux soins et à la prévention

- Créer une unité d'hospitalisation de court séjour pour les personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques
- Poursuivre les travaux de renforcement de la filière gérontologique.
- **CNR Bien-Vieillir** Améliorer l'**hygiène bucco-dentaire des personnes âgées** avec l'instauration d'un examen dentaire obligatoire par an à partir de 62 ans (et à l'entrée en institution), la formation des personnels et accompagnants, et l'installation de cabinets dentaires en EHPAD.

Qualité de l'accompagnement et bientraitance

- Mettre en place des formations flash concernant les principes essentiels des prises en soins et des accompagnements des personnes âgées à travers des campagnes massives pour le développement de la culture de la bientraitance

<p>Coordination ville - hôpital</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une Equipe Régionale Vieillesse visant à coordonner les professionnels du territoire - Améliorer le retour à domicile après hospitalisation en lien avec le DAC pour les situations complexes (ex : personnes âgées sans hébergement) : étendre le PRADO à tous les établissements, accompagner les problématiques sociales (hébergement par exemple), introduire le suivi post hospitalisation dans le parcours de santé de la personne âgée, etc.
<p>Montée en compétence des professionnels / formation / Observation / connaissances</p>	<ul style="list-style-type: none"> - CNR Bien-Vieillir Envisager la structuration d'un gérontopôle articulé avec le CREAI, structure spécialisée dans le domaine du vieillissement et de la gériatrie (=> voir également le PRAPS). Ses objectifs seront : <ul style="list-style-type: none"> o D'objectiver les besoins et de suivre leur évolution, en intégrant, si possible une dimension de « parcours », o De soutenir la recherche sur le sujet du vieillissement en Martinique pour une meilleure connaissance des besoins.

Feuilles de route / programmes associés

CNR Bien vieillir

Feuille de route vieillissement

Personnes en situation de handicap

Contexte

La loi du 11 février 2005 pose les grands principes de la politique du handicap qui conjugue une stratégie d'accessibilité et une stratégie de compensation pour réduire les incapacités fonctionnelles des personnes.

Le PRS3 s'inscrit d'ores et déjà dans cette dynamique en continuité du précédent PRS avec :

- Un **repérage précoce** destiné à réduire le surhandicap notamment des enfants atteints de troubles du neurodéveloppement
- Une **société plus inclusive** avec une insertion en milieu ordinaire dès le plus jeune âge à travers la scolarité et qui se poursuit à l'âge adulte.
- Une attention particulière au public des personnes handicapées vieillissantes en établissement, au domicile, vulnérables, ou en errance – priorité développée dans le PRAPS.

Le PRS 2 a marqué également l'inscription de la Martinique dans la **feuille de route territoire 100 % inclusif** visant à améliorer la participation et la coordination de tous les acteurs engagés dans le parcours de vie d'une personne en situation de handicap afin de lutter contre les ruptures de parcours. Cela a permis d'inscrire au sein du PRS3, des projets innovants répondant à un besoin en terme d'offre, le territoire étant déficitaire sur le secteur adulte. Des dispositifs intégrés restent à développer autour du public enfants.

Nos priorités à 5 ans

- Développer la prévention et l'éducation à la santé de façon adaptée aux besoins des personnes handicapées
- Structurer le parcours des troubles du neurodéveloppement (TND, dont troubles dys) et renforcer le repérage pour intervenir précocement
- Transformer l'offre médicosociale afin de mieux répondre aux aspirations des personnes et d'améliorer la qualité de l'accompagnement proposé sur le territoire
- Faciliter l'accès aux soins courants à tous types de handicap

Déclinaison opérationnelle – projets structurants et actions prioritaires

Prévention / repérage	<ul style="list-style-type: none">- Renforcer l'accès des personnes handicapées à la prévention<ul style="list-style-type: none">o Développer les actions de prévention et d'éducation à la santé et former les réseaux d'acteurs par thématique de prévention pour répondre aux besoins identifiés.o Communiquer, informer et sensibiliser (notamment par les pairs) les personnes en situation de handicap aux dépistages organisés en adaptant et générant des messages, supports et d'outils accessibles et compréhensibles ;o Continuer à inscrire le dépistage des cancers dans les CPOM, dans les projets associatifs et d'établissements en les incitant à formaliser des conventions avec les cabinets de radiologie et le
-----------------------	--

	<p>Centre de coordination des dépistages des cancers (CRCDC – GIP ROM).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer et structurer le repérage des signes d’alerte d’un TND : <ul style="list-style-type: none"> o Organiser une démarche d’information sur le repérage auprès des acteurs en contact avec les enfants afin de faciliter leurs actions o Structurer le repérage en mettant à disposition des acteurs concernés des outils de repérage et d’orientation vers le dépistage et le diagnostic o Autoriser administrativement le CAMSP Nord Caraïbe et créer un CAMSP Sud
<p>Offre graduée de prise en charge / filière de soin</p>	<p><u>Accompagner la structuration des parcours et des filières de prise en charge</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Structurer la filière des troubles du langage et de l’apprentissage sur le territoire (du repérage à l’accompagnement, en passant par les diagnostics pluridisciplinaires) en 3 niveaux. Dans ce cadre, créer les Centres Ressources des Troubles du Langage et de l’Apprentissage (CRTL) afin de pouvoir intervenir en recours sur des situations difficiles qui ne répondent pas aux premières mesures mises en œuvre - Affirmer le parcours des TND, en 3 niveaux : repérage (voir partie prévention/repérage ci-dessus) ; dépistage et accompagnement. - Développer le parcours des personnes déficientes visuelles <p><u>Accompagner l’évolution de l’offre médico-sociale en faveur des personnes en situation de handicap</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer les dispositifs médico-sociaux intégrés sur le territoire afin d’apporter des réponses souples et individualisées. Ce mode d’organisation vise à décloisonner les structures, notamment entre le secteur médicosocial et l’éducation nationale, à donner de la souplesse pour une réponse adaptée aux besoins évolutifs de l’enfant ou adolescent. - Favoriser le regroupement des établissements d’accompagnement des personnes en situation de handicap afin d’optimiser leur organisation et leur fonctionnement et d’harmoniser les pratiques entre les établissements offrant le même type de service - Accompagner les transitions et prévenir les risques de rupture dans les parcours de vie : <ul style="list-style-type: none"> o Définir les besoins et les modalités d’accompagnement des personnes handicapées vieillissantes par les secteurs du grand âge et du handicap, o Favoriser la coordination entre les structures du handicap (SAVS, SAMSAH, établissements) et les acteurs du champ gérontologique (CCAS, DAC SAAD, médecins coordinateurs...) pour construire des réponses adéquates, o Poursuivre le développement de l’offre adulte ayant de faibles taux d’équipement pour éviter les ruptures de parcours, - Structurer la prise en charge coordonnée des situations de handicap individuelles complexes / critiques <ul style="list-style-type: none"> o Réaliser un état des lieux de toutes les situations complexes existantes sur le territoire, o Identifier les différents dispositifs mobilisables dans les situations critiques en lien avec les acteurs de la coordination : C360, DAC,

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Structurer des réponses graduées en fonction de chaque situation en identifiant le champ d'intervention de chaque acteur. Développer des offres innovantes pour accompagner les situations de handicap complexes : équipes itinérantes, équipes mobiles d'appui aux situations complexes, etc. ○ Former les professionnels à l'accompagnement pluridisciplinaire des situations complexes, ○ Développer / renforcer la coordination des acteurs dans l'accompagnement de ces situations via l'organisation de réunions régulières dédiées aux situations complexes du handicap pour recueillir les besoins des acteurs dans l'accompagnement de ces situations et partager les bonnes expériences. <p><u>Favoriser l'accès aux soins et à la prévention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'accès aux soins courants en déployant le dispositif Handiconsult - Sensibiliser les personnes au remplissage du questionnaire Handifaction afin d'améliorer les pratiques <p><u>Citoyenneté et inclusion sociale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap <ul style="list-style-type: none"> ○ Cartographier l'offre existante pour les bénéficiaires et les professionnels ○ Favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap, notamment en milieu ordinaire en créant des passerelles entre le milieu protégé et le milieu ordinaire
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser un séminaire annuel entre les acteurs accompagnant les personnes en situation de handicap (social, sanitaire et médicosocial) afin de favoriser leur interconnaissance et le partage des expertises et savoirs relatifs à l'accompagnement du handicap.
Montée en compétence des professionnels / formation / Observation / connaissances	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un CREAI (au sens de l'arrêté du Ministère de la Santé du 22 janvier 1964) (mise en œuvre prévue pour 2025) (=> voir PRAPS) - Mettre en place Handidonnées à l'échelle du territoire (projet validé en avril 2023). - Sensibiliser les acteurs au renseignement de la plateforme Viatrajectoire - Remobiliser les établissements à renseigner le tableau de bord ANAP afin d'exploiter les données publiées et partager les conclusions - Renforcer les compétences des professionnels dans les domaines du repérage, de l'orientation et de l'accompagnement des personnes en fonction des besoins et en lien avec les thématiques prioritaires de l'HAS (Ex : formation START/certification Nationale d'Intervention en Autisme) - Evaluer les actions de prévention déployées dans les établissements médico-sociaux dans un objectif d'amélioration des pratiques

Annexe 2 : Feuilles de route territoriales

Territoire de proximité du Centre

PORTRAIT DU TERRITOIRE



POPULATION PAR COMMUNE AU 01/01/2022

Fort-de-France	76 512
Lamentin	40 095
Saint-Joseph	15 883
Schœlcher	19 612

NOMBRE DE NAISSANCES EN 2021 : 1 684

NOMBRE DE DÉCÈS EN 2021 : 1 943

Population : 152 102 habitants

42% de la population Martiniquaise

Superficie : 171 km²

Densité : 890 hab./km²

Occupation du sol :
38% de territoires artificialisés

Indicateurs socio-démo-économiques	Centre	Martinique
Part de la population âgée de moins de 20 ans	23,3%	22,7%
Part de la population âgée de 75 ans ou plus	9,6%	9,7%
Part des personnes de 75 ans ou plus vivant seules	41,1%	37,8%
Indice de vieillissement (nb de personnes âgées de 65 ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	85,8	91,5
Taux de chômage	21,7%	23,2%

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Type de prise en charge	Nombre d'êts	Type de professionnels	Nombre de professionnels	Densité (pour 10000 hab.)
MCO	9	Médecins généralistes	153	101
SSR	2	Gériatres		
Psy	21	Chirurgiens-Dentistes	114	75
IHAD	1	Pharmaciens	70	46
Centre périnatal de proximité	0	Sages-femmes	26	17
Centre de dialyse	3	Infirmiers	475	312
Maison médicale de garde	2	Massseurs Kinésithérapeutes	261	172
Personnes âgées	18	Orthophonistes	43	28
Personnes handicapées	32	Psychologues	39	26

LES PRIORITES DU TERRITOIRE

Les constats du CNR Santé
<ul style="list-style-type: none"> • Un ratio trop important de patients par médecin traitant avec pour corollaires : une attente longue pour bénéficier d'une consultation, le refus de prise en charge de nouveaux patients, un recours important à SOS médecins • Un manque de médecins dans certaines spécialités (ophtalmologie...) • Des problématiques de transport qui impactent l'accessibilité aux soins • Des problématiques d'habitat insalubre qui freinent le développement de l'IHAD

Objectifs	Projets structurants
Promouvoir une approche globale des enjeux de santé et des enjeux environnementaux	Intégrer le concept « une seule santé » dans les Contrats Locaux de Santé.
Renforcer l'accessibilité de l'offre de santé	Créer une Equipe Mobile territoriale de Soins Palliatifs (EMSP), intra-, inter- et extra-hospitalière
Assurer la réponse aux besoins de soins non urgents et de soins non programmés	Compléter l'offre de soins non programmés à la Clinique Saint-Paul
Structurer les parcours de santé : Maladies cardiovasculaires	Développer les consultations avancées en cardiologie et onco-cardiologie
Structurer les parcours de santé : Personnes âgées	Humaniser et reconstruire le Centre Emma VENTURA
Structurer les parcours de santé : Drépanocytose	Regrouper les services en charge de la drépanocytose sur le même site de PZQ
Structurer les parcours de santé : Addictions	Créer une unité niveau 3 au CHUM, couvrant l'ensemble des missions dévolue à une prise en charge de niveau 3

Territoire de proximité du Nord Caraïbe

PORTRAIT DU TERRITOIRE

Localisation du territoire Nord Caraïbe



POPULATION PAR COMMUNE AU 01/01/ 2022

Le Carbet	3 461
Bellefontaine	1 813
Case-Pilote	4 455
Le Morne-Vert	1 816
Fonds-Saint-Denis	680
Le Morne-Rouge	4 795
Le Prêcheur	1 203

NOMBRE DE NAISSANCES EN 2021 : 209

NOMBRE DE DÉCÈS EN 2021 : 314

Population totale : 22 344 habitants

6% de la population Martiniquaise

Superficie : 210 km²

Densité : 106 hab./km²

Occupation du sol :
74% de forêts et milieux semi-naturels

Indicateurs socio-démo-économiques	Nord Caraïbe	Martinique
Part de la population âgée de moins de 20 ans	22,6%	22,7%
Part de la population âgée de 75 ans ou plus	10,5%	9,7%
Part des personnes de 75 ans ou plus vivant seules	33%	37,8%
Indice de vieillissement (nb de personnes âgées de 65 ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	101,6	91,5
Taux de chômage	22%	23,2%

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Type de prise en charge	Nombre d'êts	Type de professionnels	Nombre de professionnels	Densité pour 100 000hab.
MCO	0	Médecins généralistes	20	90
SSR	2	Gériatres	0	0
Psy	4	Chirurgiens-Dentistes	8	36
HAD	0	Pharmaciens	8	36
Centre périnatal de proximité	0	Sages-femmes	5	22
Centre de dialyse	1	Infirmiers	85	380
Maison Médicale de Garde	0	Masseurs Kinésithérapeutes	32	143
Personnes âgées	4	Orthophonistes	6	27
Personnes handicapées	10	Psychologues	1	4

LES PRIORITES DU TERRITOIRE

Les constats du CNR Santé

- ◆ Une population dispersée, âgée, et particulièrement dépendante qui rencontre des difficultés d'accès aux soins souvent par manque de mobilité
- ◆ L'absence d'un service d'urgences et de Maison Médicale de Garde, qui implique des sollicitations régulières des infirmiers libéraux en cas d'urgence
- ◆ Un manque de médecins spécialistes
- ◆ L'absence « d'équipement lourd » d'imagerie médicale couplée à un manque de cohérence dans les prises en charge dites « lourdes » entre les différents sites (CHU, Carbet et Saint-Pierre)

Objectifs	Projets structurants
Renforcer l'accessibilité de l'offre de santé via le renforcement du maillage territorial et de l'aller-vers	Développer l'offre de soins de l'hôpital de proximité du Centre Hospitalier Nord Caraïbe Développer les structures d'exercice coordonné grâce à l'accompagnement des porteurs de projets
Assurer la réponse aux besoins de soins non urgents et de soins non programmés	Renforcer l'offre d'effection mobile de médecine générale et paramédicale libérale Compléter l'offre de soins non programmés
Structurer les parcours de santé : Personnes âgées	Adapter le capacitaire de l'EHPAD du Prêcheur pour mieux répondre aux besoins de la population du Nord Caraïbe
Structurer les parcours de santé : Personnes en situation de handicap	Autoriser administrativement le CAMPS Nord Caraïbe afin de renforcer et structurer le repérage des signes d'alerte d'un Trouble du Neuro Développement
Intervenir de manière globale en promotion de la santé	Mettre en place un Contrat Local de Santé et un Conseil Local de Santé Mentale

Territoire de proximité du Nord Atlantique

PORTRAIT DU TERRITOIRE



POPULATION PAR COMMUNE AU 01/01/2022

L' Ajoupa - Bouillon	1 756
Basse-Pointe	2 823
Grand-Rivière	610
Gros-Morne	9 689
Le Lorrain	6 768
Macouba	1 050
Le Marigot	3 117
Le Robert	21 913
Sainte-Marie	15 487
La Trinité	12 025

NOMBRE DE NAISSANCES EN 2021 : 682

NOMBRE DE DÉCÈS EN 2021 : 1047

Population : 75 238 habitants

21% de la population Martiniquaise

Superficie : 338 km²

Densité : 223 hab./km²

Occupation du sol :
48% de surfaces agricoles

Indicateurs socio-démographiques	Nord Atlantique	Martinique
Part de la population âgée de moins de 20 ans	21,9%	22,7%
Part de la population âgée de 75 ans ou plus	11%	9,7%
Part des personnes de 75 ans ou plus vivant seules	35,5%	37,8%
Indice de vieillissement (nb de personnes âgées de 65 ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	101,6	91,5
Taux de chômage	27,7%	23,2%

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Type de prise en charge	Nombre d'êts	Type de professionnels	Nombre de professionnels	Densité pour 100 000 hab.
MCO	2	Médecins généralistes	54	72
SSR	1	Gériatres	1	1,3
Psy	8	Chirurgiens-Dentistes	27	36
HAD	0	Pharmaciens	31	41
Centre périnatal de proximité	1	Sages-femmes	7	9
Centre de dialyse	1	Infirmiers	247	328
Maison médicale de garde	1	Masseurs Kinésithérapeutes	157	209
Personnes âgées	6	Orthophonistes	31	41
Personnes handicapées	2	Psychologues	4	5

LES PRIORITES DU TERRITOIRE

Les constats du CNR Santé

- ◆ Une population dispersée, âgée, dont une part importante ne maîtrise pas le français
- ◆ Une part importante de zones blanches, de foyers non connectés à internet ou avec un réseau instable
- ◆ Une insuffisance de l'offre de prise en charge qui implique une aggravation des problèmes de santé des usagers qui se rendent aux urgences en dernier recours
- ◆ Un territoire vu comme « peu attractif », car insuffisamment développé, et mal desservi par les transports en com-

Objectifs

Projets structurants

	Mettre en œuvre les opérations de reconstruction du CHLD (Trinité) et du CSSR la Valériane
Renforcer l'accessibilité de l'offre de santé via le renforcement du maillage territorial et de l'aller-vers	Développer l'offre de consultations avancées opérées par des équipes du CHUM sur le CHI Lorrain Basse-Pointe Repenser la coopération et la complémentarité entre le CHI Lorrain Basse-Pointe, le CHLD à Trinité et le CNHC Expérimenter la mise en place d'une équipe territoriale de médiateurs en santé pour accompagner les populations en situation de fragilité ou éloignées du soin
Assurer la réponse aux besoins de soins non urgents et de soins non programmés	Renforcer l'offre d'effection mobile de médecine générale et paramédicale Développer l'offre de véhicules légers infirmiers pour permettre selon les situations de différer les passages aux urgences, voire d'organiser la prise en charge dans les hôpitaux périphériques
Structurer les parcours de santé : obésité	Déployer l'équipe mobile de prévention contre l'obésité (M'OB KIDS) portée par l'unité de nutrition du CSSR la Valériane et le CHLD à Trinité
Intervenir de manière globale en promotion de la santé	Mettre en place un Contrat Local de Santé et un Conseil Local de Santé Mentale

Territoire de proximité du Sud

PORTRAIT DU TERRITOIRE



POPULATION PAR COMMUNE AU 01/01/2022

Les Anses-d'Arlet	3 494
Le Diamant	5 511
Ducos	17 655
Le François	15 980
Le Marin	8 751
Rivière-Pilote	11 877
Rivière-Salée	11 874
Saint-Esprit	9 890
Sainte-Anne	4 444
Sainte-Luce	9 487
Les Trois-Îlets	7 242
Le Vauclin	8 619

NOMBRE DE NAISSANCES EN 2021 : 1052

NOMBRE DE DÉCÈS EN 2021 : 1338

Population : 114 824 habitants

32% de la population Martiniquaise

Superficie : 409 km²

Densité : 281 hab./km²

Occupation du sol :
45% surfaces agricoles

Indicateurs socio-démographiques	Sud	Martinique
Part de la population âgée de moins de 20 ans	22,5%	22,7%
Part de la population âgée de 75 ans ou plus	8,9%	9,7%
Part des personnes de 75 ans ou plus vivant seules	36,2%	37,8%
Indice de vieillissement (nb de personnes âgées de 65 ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	90,7	91,5
Taux de chômage	22,8%	23,2%

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Type de prise en charge	Nombre d'êts	Type de professionnels	Nombre de professionnels	Densité
MCO	4	Médecins généralistes	89	78
SSR		Gériatres	0	0
Psy	9	Chirurgiens-Dentistes	73	64
HAD	0	Pharmaciens	41	36
Centre périnatal de proximité	1	Sages-femmes	17	15
Centre de dialyse	3	Infirmiers	319	278
Maison Médicale de Garde	1	Masseurs Kinésithérapeutes	224	195
Personnes âgées	10	Orthophonistes	53	46
Personnes handicapées	12	Psychologues	16	14

LES PRIORITES DU TERRITOIRE

Les constats du CNR Santé

- ◆ Une répartition inégale des médecins avec une concentration importante sur Le Marin et les Trois-Ilets
- ◆ Un ratio trop important de patients par médecin qui impacte la qualité de la consultation
- ◆ Une couverture réseau insuffisante pour développer les usages en télésanté

Objectifs	Projets structurants
Renforcer l'accessibilité de l'offre de santé via le renforcement du maillage territorial et de l'aller-vers	<ul style="list-style-type: none"> Développer les structures d'exercice coordonné Reconstruire le CH du Marin et le CH du Saint-Esprit Renforcer l'offre d'effection mobile de médecine générale et paramédicale libérale
Assurer la réponse aux besoins de soins non urgents et de soins non programmés	<ul style="list-style-type: none"> Compléter l'offre de soins non programmés au CH du Marin Développer l'offre de véhicules légers infirmiers pour permettre selon les situations, de différer les passages aux urgences, voire organiser la prise en charge dans les hôpitaux périphériques
Structurer les parcours de santé : Personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser l'extension de l'EHPAD des Trois-Ilets « Soleil Vatable »
Structurer les parcours de santé : Addictions	<ul style="list-style-type: none"> Créer un pôle sanitaire à orientation addictologie au CH Saint-Esprit
Intervenir de manière globale en promotion de la santé	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un Contrat Local de Santé et un Conseil Local de Santé Mentale

Annexe 3 : Indicateurs de suivi

Le schéma régional de santé, détermine pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels. Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) décline les objectifs opérationnels du schéma régional de santé dans leur composante réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et amélioration de l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies.

Afin d'en assurer le suivi, des indicateurs quantitatifs, de résultats, ont été sélectionnés. Ils ont été définis en fonction des objectifs et en cohérence des projets structurants/actions prioritaires.

La question de la mesure étant essentielle, sont privilégiés des indicateurs disponibles dans une source de données.

D'autres indicateurs seront identifiés et mis en œuvre en partenariat avec les institutions, les instances de démocratie en santé.

La mise en œuvre du PRS sera appréciée au travers d'un bilan pluriannuel, des mesures déclinant des plans d'actions.

L'évaluation du PRS pourra s'envisager avec d'une part le suivi de ces indicateurs permettant d'apprécier la mise en œuvre des objectifs opérationnels, prioritaires et, d'autre part de manière plus globale la mesure de l'impact sur l'état de santé de population.

Indicateurs du Schéma Régional de Santé

AXE 1 - Renforcer la maîtrise des risques sanitaires liés à l'environnement et accompagner l'adoption de comportements favorables à la santé

Objectif 1.1 - intervenir de manière globale en promotion de la santé

- Nombre d'associations engagées dans le parcours de prévention
- Nombre et typologie des actions de formation mises en place
- Nombre de professionnels formés aux compétences psychosociales
- Nombre d'actions visant le développement des compétences psychosociales mises en place
- Nombre de projets financés par la Commission régionale de l'innovation en Promotion de la santé et montants financiers par territoire de proximité
- Pourcentage de la population couverte par un contrat local de santé

Objectif 1.2 - Renforcer les dispositifs de prévention primaire, secondaire et tertiaire

- Evolution du taux de participation au dépistage du cancer colorectal
- Evolution du taux de participation au dépistage du col de l'utérus
- Evolution du nombre de bénéficiaires des « rendez-vous prévention » par catégories d'âges
- Nombre de personnes bénéficiaires d'un programme d'éducation thérapeutique
- Nombre de maisons sport santé habilitées par territoire de santé de proximité

Objectif 1.3 - Promouvoir une approche globale des enjeux sanitaires et environnementaux

- Nombre de foyers ayant bénéficié d'au moins d'une analyse de sol du jardin familial dans le cadre du programme JaFa (chlordecone)
- Nombre de femmes prises en charge dans le programme de protection des générations futures (chlordécone)
- Taux d'évolution des médecins sentinelle par territoire de proximité
- Pourcentage de collectivités mettant en œuvre un plan de lutte contre les vecteurs

Objectif 1.4 - Renforcer la veille sanitaire, la prévention et la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

- Taux de réalisation des 5 plans ORSAN
- Nombre de signaux sanitaires traités par le Point Focal Régional

Axe 2 - Favoriser l'accès à la santé en proximité et accompagner la structuration de parcours de santé gradués et coordonnés

Objectif 2.1 - Renforcer l'accessibilité de l'offre de santé via le renforcement du maillage territoriale et de l'aller-vers

- Nombre d'actes de télésanté réalisés (par type d'actes)
- Part de la population sans médecin traitant
- Part de patients en affection longue durée sans médecin traitant

Objectif 2.2 - Assurer la réponse aux besoins de soins urgents et de soins non programmés

- Optimisation du taux d'occupation des lits / Réduction du nombre de « bedbloqueurs »
- Nombre de consultations/orientation en ville prises par le service d'accès aux soins
- Part des professionnels de santé effecteurs dans le service d'accès aux soins

Taux de réponses aux demandes de transport / transfert (ambulances, VSL, Taxi....)
 Nombre (évolution) de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) adhérentes à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI)
 Nombre de création de centres de santé pluriprofessionnels dans l'année

Objectif 2.3 - Renforcer la coordination des acteurs autour du patient

Nombre de professionnels utilisateurs de la solution e-Parcours @nsamn
 Nombre de dossiers de coordination créés via l'outil e-Parcours @nsamn

Objectif 2.4 - Améliorer la visibilité et la lisibilité de l'offre de santé pour rendre les Martiniquais acteurs de leur santé

Déploiement du SPIS en région / Nombre de visites annuelles
 Nombre d'ouvertures Mon Espace Santé
 Nombre d'utilisateurs de Mon Espace Santé
 Mise en œuvre du volet santé « Ma Boussole Jeunes » et nombre (évolution) de visites

Objectif 2.5 - Structurer des parcours en santé dans 8 domaines prioritaires

Maladies chroniques	Prévalence du diabète en Martinique Nombre de greffes rénales Nombre de personnes incluses dans le programme d'éducation à la santé
Obésité	Evolution du taux de prévalence de l'obésité en population générale Taux d'évolution de l'acte de chirurgie bariatrique
Cancers	Délais (évolution) cancer colo-rectal Délai moyen d'accès à l'IRM des patients avec suspicion de cancer
Addictions	Nombre d'usagers de la communauté thérapeutique Evolution de la part et du nombre de femmes prises en charge en CSAPA Nombre de professionnels de premier recours formés au Repérage Précoce et Intervention brève (RPIB)
Santé mentale	Nombre de personnes incluses dans le dispositif Vigilans Prévalence du diabète gestationnel
Périnatalité / santé maternelle et santé des jeunes enfants	Taux de femmes concernées par le diabète gestationnel ayant bénéficié d'un entretien prénatal précoce Nombre de nouveau-nés avec un faible poids de naissance Taux de femmes concernées par le diabète gestationnel ayant bénéficié d'un entretien postnatal
Personnes âgées	Nombre d'actions réalisées en faveur du répit des aidants Taux de recours à l'« EHPAD à domicile » Nombre de personnes âgées bénéficiant d'un hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation Taux d'évolution du nombre de dispositifs d'aller vers pour les personnes âgées vulnérables Taux d'évolution du nombre de bénéficiaires de services autonomie à domicile (aides et les soins) Taux de réalisation des évaluations anticipées en EHPAD par l'Hospitalisation à Domicile Taux de scolarisation des enfants accompagnés en établissement spécialisé Nombre d'enfants repérés ayant un trouble du neuro-développement Nombre d'enfants sous forfait

Personnes en situation de handicap

- Part de l'offre médico-sociale des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire (enfants et travailleurs handicapés)
- Nombre de dispositifs intégrés sur le territoire (créé puis évolution) pour les enfants scolarisés en école spécialisée (ITEP, IME et EAP)
- Part de l'offre médico-sociale en établissement réservée aux personnes handicapées vieillissantes
- Nombre de structures ayant mis en place des consultations adaptées aux personnes en situation de handicap
- Taux de résolution des situations complexes en lien avec les ESMS et l'éducation nationale (personnes handicapées vieillissantes, scolarisation)
- Taux d'évolution des dispositifs innovants (PCPE..)

Axe 3 - Poursuivre l'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence du système de santé

Objectif 3.1 - Déployer la politique régionale de ressources humaines en santé

- Nombre de médecins généralistes installés en Martinique en libéral / salarié / exercice mixte
- Nombre de professionnels de santé exerçant en MSP / Centre de Santé ou membre d'une équipe de soins primaires
- Nombre de protocoles de coopération interprofessionnelle déployés en région
- Taux d'absentéisme dans les établissements (sanitaires et ESMS)
- Nombre [ou Part] d'ESMS accompagnés action QVT / lutte contre la sinistralité
- Nombre de places ouvertes en instituts de formation AES/AS/IDE

Objectif 3.2 - Assurer la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins

- Taux d'adoption des solutions Ségur/ Part des commandes Ségur installées (mise à jour logiciel SEGUR compatible)
- Nombre de documents alimentés dans « Mon Espace Santé »
- Taux de dossiers médicaux partagés DMP alimentés au moins une fois, tous secteurs confondus

Objectif 3.3 - Accompagner le renforcement d'une culture de la qualité et de la sécurité des soins au sein des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux

- Nombre d'évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) déclarés par les établissements sanitaires, ESMS, et soins de ville transmis via le Système d'Information Veille et Sécurité Sanitaire (SI VSS)
- Nombre d'EIGS déclarés, validés, clôturés et transmis à la haute autorité de santé (HAS)
- Nombre d'EIGS ayant fait l'objet d'inspections et/ou réquisition judiciaire
- Qualité au sein des ESMS/ Pourcentage d'ESMS ayant réalisé une démarche d'évaluation

Indicateurs du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

Axe 1 - Mieux connaître les problématiques de santé des populations concernées et renforcer la coordination des acteurs

Objectif 1.1 - Renforcer la connaissance des besoins en santé des publics prioritaires du PRAPS

- Développer les possibilités d'études et de recherches sur la santé et le bien être des jeunes
- Actualiser tous les 4 à 5 ans une étude sur les profils des personnes en errance et les besoins de prise en charge
- Renforcer le partage des données d'activité des différents partenaires

Objectif 1.2 - Renforcer le travail partenarial, l'interconnaissance des acteurs et améliorer la coordination à l'échelle régionale et locale

- Mise en place et animation d'une commission régionale santé-justice
- Mise en place et animation d'une commission régionale
- Personnes en errance
- Nombre de commissions de préparation des sorties pour les détenus en situation « complexe »
- Nombre de familles monoparentales bénéficiaires des actions d'accompagnement de la PMI
- Compte-rendu des COPIL NEET – ni en emploi, ni en éducation, ni en formation : évolution des prises en charge des jeunes en situation de « NEET », évolution du nombre de jeunes en situation de « NEET »
- Nombre de rencontres organisées entre acteurs du grand âge et du handicap

Objectif 1.3 - Améliorer la visibilité de l'offre et des dispositifs existants

- Favoriser l'accès à une solution d'interprétariat : nombre de quarts d'heure d'utilisation de la plateforme d'interprétariat
- Exhaustivité des dispositifs et ressources intégrées dans la cartographie de l'offre de prévention et la prise en charge des victimes de violences
- Evolution du nombre d'appels au Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO)

Axe 2 - Renforcer et faciliter l'accès à la prévention auprès des populations cibles

Objectif 2.1 - Favoriser l'accès aux bilans de santé et de prévention

- Nombre de cas de tuberculose au sein du centre pénitentiaire de Ducos
- Part des mères ayant réalisé un entretien prénatal précoce
- Taux de dépistage du cancer du sein chez les 20% des femmes les plus défavorisées
- Profil des bénéficiaires des rendez-vous de prévention santé (% des publics PRAPS dans l'ensemble des bénéficiaires)

Objectif 2.2 – Développer l'aller-vers et les actions de proximité

- Nombre de permanences santé mises en place dans les Maisons France Services (MFS)
- Nombre de partenariats signés entre maisons-sport-santé et épiceries sociales et solidaires
- Nombre de journées de permanence en santé dans les Maisons France Services (MFS)
- Expérimentation d'un lieu d'accueil ouvert pour les jeunes et évaluation

Objectif 2.3 - Former les professionnels et accompagner la montée en compétences pour améliorer le repérage des besoins et les accompagnements

Nombre de formations partagées entre professionnels de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et du Centre pénitentiaire
Nombre de professionnels formés à la prise en charge des personnes victimes de violences

Objectif 2.4 - Développer les actions de prévention ciblées, favorisant le développement des Compétences psychosociales

Actions d'éducation à la vie affective et sexuelle et de prévention des violences
Nombre d'évaluations d'actions de prévention de la perte d'autonomie et résultats de ces évaluations

Axe 3 - Garantir un accès effectif aux soins

Objectif 3.1 - Renforcer l'accès aux droits et aux soins de ville / offre de « droit commun »

Mise en conformité des PASS – Permanences d'Accès aux Soins de Santé - du CHUM avec le cahier des charges national
Nombre de PASS – Permanences d'Accès aux Soins de Santé - de ville déployées sur le territoire
Nombre de dépistages réalisées dans le programme « santé des jeunes »
Nombre de réunions de coordination entre la CPAM du Lot et la CGSS (suivi des délais moyen d'ouverture de droit par la CGSS à l'issue de la sortie des détenus)
Nombre d'utilisations / d'utilisateurs de la borne d'accès aux droits
Nombre (évolution) de personnes sans médecin traitant

Objectif 3.2 - Développer l'offre de prise en charge dédiée et adaptée aux publics PRAPS

Procès-verbal de conformité des 7 chambres détenus
Nombre de téléconsultations /télé-expertises au niveau de l'unité sanitaire
Nombre d'interventions par un médecin libéral au centre pénitentiaire de Ducos durant les heures de PDSA
Mise en place d'équipe mobile d'intervention de crise
Mise en place d'une UAPED et nombre de bénéficiaires
Mise en place d'une EPRED et nombre de bénéficiaires
Formalisation de conventions de partenariat PJJ / CSAPA
Nombre de femmes accueillies dans les structures d'hébergement d'urgence et faisant l'objet d'un suivi

Annexe 4 - Activités de soins / Equipements matériels lourds et filières de soins

Objectifs quantitatifs et qualitatifs des activités de soins structurantes pour les parcours de santé

Les objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS) font partie intégrante du schéma régional de santé (SRS).

Oposables, ils portent sur les **21 activités de soins** et les **4 équipements matériels lourds (EML)** soumis à autorisation du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (DG ARS), en application des articles R. 6122-25 et R. 6122-26 du code de la santé publique (CSP).

La Martinique constitue une unique zone donnant lieu à la répartition des activités et des équipements matériels lourds (articles L1434-9 et R 1434-30 à 1434-32 du CSP).

L'élaboration de ces OQOS est fortement marquée par la réforme des autorisations sanitaires prise par ordonnance n°2021-583 du 12 mai 2021. Les décrets pris en application de cette ordonnance définissent de nouvelles conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement pour nombre d'activités de soins et EML. **Certaines activités de soins**, à l'instar de la médecine nucléaire ou de la radiologie interventionnelle, **sont désormais soumises à autorisation du DG ARS.**

L'indicatif « réformé » sera précisé dès lors que l'activité est concernée. A défaut, cela signifie que l'activité n'a pas (encore) été révisée.

Aussi, ce SRS est impacté par l'abrogation du schéma interrégional de l'organisation des soins (SIOS) par décret n° 2022-702 du 26 avril 2022. En principe, les activités qu'il encadrait peuvent désormais être autorisées et mises en œuvre dans chaque région. En pratique, l'ARS Martinique envisage de maintenir la promotion de ces activités au niveau de l'interrégion en complémentarité avec la Guadeloupe et la Guyane, autant que faire se peut.

Les présents OQOS suivent la méthodologie suivante :

- **Si l'activité est réformée**, présenter un bilan du PRS 2 en rappelant les cibles arrêtées ainsi que les sites géographiques¹³ autorisés à date des travaux d'élaboration du PRS 3 (31/05/2023) ;

La présentation se fait selon les modalités/mentions en vigueur lors du PRS 2.

- Présenter les bornes basses et hautes projetées dans le cadre du PRS 3.

La présentation se fait selon les modalités/mentions en vigueur au moment des travaux d'élaboration du PRS 3.

¹³ les sites géographiques autorisés sont exprimés en nombre d'implantations. Il faut distinguer le FINESS dit juridique (EJ) du FINESS dit géographique (ET). L'EJ est associé à une personne morale (l'établissement), alors que l'ET est associé à un site géographique de l'établissement (l'implantation). Un établissement peut avoir plusieurs sites géographiques.

Enfin, les titulaires d'autorisations réformées devront, dès publication du PRS 3 et dans la période de dépôt correspondante, déposer de nouvelles demandes d'autorisations selon une procédure qui leur sera communiquée par ailleurs.

En effet, à date, aucun établissement n'est autorisé selon les nouvelles modalités/mentions s'agissant de ces autorisations.

Bilan des OQOS du PRS 2, 2018-2023

Modalités d'exercice	Cibles PRS 2		Implantations autorisées au 31/05/2023
	Borne basse	Borne haute	
Hospitalisation complète et alternatives	9	9	8

❖ Projections des OQOS du PRS 3, 2023-2027

Les décrets n° 2022-1046 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions d'implantation et n° 2022-1047 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement norment l'activité de soins de médecine.

Le régime d'autorisation distingue désormais l'activité pour les adultes de celle pour les enfants et adolescents. Il n'y a pas d'OQOS spécifique mais la mention de la prise en charge des « adultes » et/ou « enfants et adolescents » devra être **précisée dans la demande d'autorisation et mentionnée dans la décision d'autorisation.**

Par principe, le titulaire de l'autorisation de médecine doit mettre en œuvre une activité d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel, adaptés à l'âge et à l'autonomie du patient. Par dérogation, l'autorisation peut être accordée à un titulaire disposant sur le site d'un seul mode de prise en charge :

- S'il détient une autre autorisation de médecine proposant la forme d'hospitalisation manquante sur un site à proximité,
- S'il conclut une convention avec un autre titulaire proposant la forme d'hospitalisation manquante situé sur le même site, ou à défaut, sur un site de proximité.

Activité	Cibles PRS 3	
	Borne basse	Borne haute
Médecine	8	10

Commentaires : La crise covid a conduit, en Hexagone comme en Martinique, à l'octroi d'autorisations sanitaires dites dérogatoires. Leur intérêt était double :

- Permettre à des établissements de pratiquer des activités de soins pour lesquelles ils n'étaient pas autorisés, afin de participer à « l'effort sanitaire » dans un contexte de menace sanitaire grave constatée par le Ministre chargé de la santé ;
- Apporter une réponse flexible aux besoins immédiats de la population dans un contexte sanitaire dégradé et de restrictions des libertés.

Par dérogation à l'article R. 6122-37 CSP, ces autorisations étaient délivrées pour une durée de six mois. Elles n'étaient pas non plus comptabilisées aux OQOS.

Localement, deux établissements ont été autorisés à pratiquer l'activité de médecine à titre dérogatoire.

Ces autorisations ont indéniablement révélé le **besoin d'agir en faveur d'une gradation des soins**. C'est d'autant plus nécessaire considérant l'insularité du territoire et les risques naturels auxquels il est exposé.

Définis par la loi d'organisation et de transformation du système de santé, les hôpitaux de proximité constituent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers. L'une des conditions de labélisation tient au fait d'être autorisé à pratiquer l'activité de soins de médecine.

A ce jour, deux établissements en Martinique sont labellisés Hôpitaux de proximité : les Centre Hospitaliers du Marin et du Saint-Esprit.

Aussi dans ce cadre, l'ARS examinera prioritairement les projets des structures qui accepteront d'assurer cette mission de responsabilité populationnelle. L'objectif est de proposer une offre de médecine de proximité.

Ces éléments motivent de nouvelles implantations. Celles-ci devront tenir compte de la nouvelle réglementation.

En outre, les liens entre communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et hôpitaux de proximité devront se développer au bénéfice du parcours patient et du lien ville-hôpital.

- Bilan des OQOS du PRS 2, 2018-2023

Modalités d'exercice	Cibles PRS 2		Implantations autorisées au 31/05/2023
	Borne basse	Borne haute	
Médecine en hospitalisation à domicile	2	2	1
Gynécologie-Obstétrique en hospitalisation à domicile	1	1	0
SSR en hospitalisation à domicile	0	1	0

- ❖ Projections des OQOS du PRS 3, 2023-2027

Le PRS 3 revêt une importance singulière s'agissant de l'hospitalisation à domicile (HAD) : la publication des décrets l'érige en activité de soins à part entière, et, la publication de la feuille de route stratégique de l'HAD 2021-2026 arrête les grandes orientations et leviers d'actions pour l'activité sur les années à venir.

En effet, l'hospitalisation à domicile **quitte le rang des modalités de prise en charge** pour compter au nombre des activités de soins soumises à autorisations, par décrets n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation et n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement.

Mention	Cibles PRS 3	
	Borne basse	Borne haute
Socle	1	2
Réadaptation	0	1
Ante et post-partum	0	1
Enfants de moins de trois ans	0	1

Commentaires : La détention des mentions spécialisées est conditionnée à la détention préalable de la mention socle. Dès lors, le territoire ne pourra compter que deux acteurs d'hospitalisation à domicile.

Un acteur est d'ores et déjà implanté et identifié en Martinique. Il a su prouver le caractère incontournable de cette prise en charge/activité que ce soit sur le long terme, au cours de la période covid ou d'épisodes de tensions hospitalières.

L'hospitalisation à domicile c'est :

- La première solution proposée en évitement de l'hospitalisation avec hébergement ;
- Rappeler que le domicile peut être un lieu de soins très complexes grâce à une prise en charge experte de l'évaluation des besoins, de la coordination et de l'organisation des soins au domicile ;
- Une activité évaluée sur la qualité et la sécurité des soins par une démarche très exigeante, identique à celles des autres établissements hospitaliers ;
- Des compétences médicales et paramédicales (médecins, infirmiers, aide soignants, assistantes sociales et psychologues voire professionnels de la rééducation ou diététiciens).

Six axes de développement de l'activité sont envisagés sur le territoire :

- Systématiser l'évaluation des patients hospitalisés dans les 48h pour envisager d'un éventuel retour au domicile ;
- Poursuivre le développement du dispositif dit « IDE HAD » qui tend à fluidifier les parcours de patients depuis un service d'urgence vers une hospitalisation à domicile ;
- Favoriser le développement des soins palliatifs à domicile ;
- Développer la mention de réadaptation en partenariat avec les acteurs de la rééducation du territoire ;
- Développer la mention enfants de moins de trois ans
- Développer l'accompagnement des grossesses pathologiques dans le Nord et le Sud du territoire.

- Bilan des OQOS du PRS 2, 2018-2023

Modalités d'exercice	Cibles PRS 2		Implantations autorisées au 31/05/2023
	Borne basse	Borne haute	
Prise en charge non spécialisée	-	-	11
Prise en charge des affections de l'appareil locomoteur	4	4	4
Prise en charge des affections du système nerveux	4	4	4
Prise en charge des affections cardio-vasculaires	1	1	1
Prise en charge des affections respiratoires	0	1	0
Prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	1	1	1
Prise en charge des affections onco-hématologiques	0	0	1
Prise en charge des affections des brûlés	0	0	0
Prise en charge enfants et adolescents	2	2	2
Prise en charge des affections liées aux conduites addictives	1	1	1
Prise en charge des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	5	5	6

- ❖ Projections des OQOS du PRS 3, 2023-2027

L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) devient l'activité de soins médicaux et de réadaptation (SMR) par décrets n° 2022-24 et n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatifs aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement.

A cette évolution terminologique, s'ajoutent entre autres de nouvelles mentions (cancer et pédiatrique). Cette réforme vise en somme à conforter la place du SMR dans le parcours patient en améliorant l'accès à une offre de réadaptation de qualité et homogène sur l'ensemble du territoire.

Sauf exception, les opérateurs doivent proposer tout type de modalités de prise en charge (en hospitalisation à temps partiel et en hospitalisation à temps complet).

Modalité	Mention	Cibles PRS 3	
		Borne basse	Borne haute
	Polyvalent	11	11
	Locomoteur	4	4
	Système nerveux	3	4
	Cardio-vasculaire	1	2
	Pneumologie	1	1
	Système digestif - endocrino diabétologie - nutrition	1	1
	Conduites addictives	1	1
	Gériatrie	6	7
	Brûlés	0	0
Cancer	Onco-hématologie	1	1
	Oncologie	1	1
Pédiatrie	Enfants & adolescents	2	2
	Jeunes enfants, enfants, adolescents	1	2

Commentaires :

Dès que nécessaire, les établissements devront aller vers une organisation de la mutualisation des ressources, notamment paramédicales.

L'accueil en soins médicaux et de réadaptation des patients complexes devra se développer en passant par :

- Le renforcement de l'offre spécialisée ;
- Le développement des coopérations interrégionales.

L'objectif est de garantir une offre adaptée en sortie d'hospitalisation.

- Une implantation de SMR mention pneumologie (anciennement affections respiratoires) est prévue au vu des files actives étudiées. En effet, cette prise en charge s'est développée de manière satisfaisante, à titre dérogatoire, sur le territoire en parallèle de la crise covid.
- La possibilité est laissée de compléter l'offre pédiatrique en développant la mention jeunes enfants, enfants et adolescents.
- **Le développement de la mention SMR brûlés se fera en concertation avec la Guadeloupe** afin que soit défini un **parcours patient adapté** du traitement des grands brûlés à leur réadaptation.
- Enfin, une filière régionale addictions devra se structurer :
 - En amont, au sein d'une unité de sevrage complexe ;
 - En aval, au sein d'un pôle sanitaire à orientation addictologique implantée dans un établissement autorisé pour l'activité de SMR mention conduites addictives.
- Afin de consolider le maillage territorial et garantir un égal accès aux soins médicaux et de réadaptation (SMR) spécialisés dans les affections cardiovasculaires, l'offre territoriale doit s'étoffer en alliant renforcement de la filière et amélioration du taux de recours de la population. Les maladies cardiovasculaire (dont l'hypertension artérielle) y sont, en effet, prévalentes.

Dans un objectif de renforcement de l'offre, l'évolution attendue doit :

- Participer à l'amélioration desdits taux de recours et des délais d'accès aux soins en faveur de l'ensemble de la population ;
- Qu'elle soit portée par un partenaire privé ou public, s'inscrire dans la filière cardiovasculaire globale établie, notamment en structurant une convention public/privé ou public/public, avec le titulaire d'autorisations d'activité de soins de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle, afin d'assurer une prise en charge adaptée.

- Bilan des OQOS du PRS 2, 2018-2023

Modalités d'exercice	Cibles PRS 2		Implantations autorisées au 31/05/2023
	Borne basse	Borne haute	
Chirurgie complète et alternatives	4	5	4

❖ Projections des OQOS du PRS 3, 2023-2027

Réformée par décrets n°2022-1766 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement et n°2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation, l'activité de chirurgie se divise **désormais en trois modalités : adultes, pédiatrique et bariatrique.**

Le titulaire assure :

- soit à la fois une prise en charge de chirurgie ambulatoire (CA) et de chirurgie en hospitalisation complète à temps complet (HC) ;
- soit la seule prise en charge en chirurgie ambulatoire. Dans ce cas, convention de repli avec un établissement pratiquant l'hospitalisation complète dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des soins.

Par dérogation, la prise en charge en hospitalisation complète seule est possible si le titulaire détient une autre autorisation de CA sur un site à proximité ou en cas de coopération avec un établissement pratiquant la CA sur le même site ou, à défaut, sur un site à proximité.

Pour l'activité de soins de chirurgie pratiquée chez des patients adultes, 11 pratiques thérapeutiques spécifiques sont énumérées :

- Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale ;
- Chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- Chirurgie plastique reconstructrice ;
- Chirurgie thoracique et cardiovasculaire à l'exception de l'activité de chirurgie cardiaque ;
- Chirurgie vasculaire et endovasculaire ;
- Chirurgie viscérale et digestive ;
- Chirurgie gynécologique et obstétrique à l'exception des actes liés à l'accouchement réalisés au titre de l'activité de soins de gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;
- Neurochirurgie se limitant aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière ;
- Chirurgie ophtalmologique ;
- Chirurgie oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale ;
- Chirurgie urologique.

La ou les pratiques thérapeutiques spécifiques mises en œuvre seront précisées dans la demande d'autorisation et mentionnées dans la décision d'autorisation.

L'activité de chirurgie bariatrique est soumise à un nombre minimal annuel d'actes défini par arrêté.

Modalités	Cibles PRS 3	
	Borne basse	Borne haute
Adultes	4	7
Pédiatrique	4	4
Bariatrique	1	2

Commentaires :

Les implantations actuelles relatives à l'activité de chirurgie couvrent les besoins du territoire.

Les prévisions d'évolution de l'offre sont circonscrites.

Pour mémoire, l'intérêt de santé publique est défini par la doctrine de la Haute Autorité de Santé (HAS) comme le bénéfice apporté à une collectivité en termes de santé publique. Pour être bénéfique, il faut qu'un besoin médical ou qu'un besoin d'amélioration du parcours de santé et/ou de vie pour le patient et son entourage soit constaté.

Il n'y a pas d'intérêt de santé publique à créer un nouvel établissement de santé en Martinique (en prises en charge ambulatoires et en hospitalisation complète à temps complet).

Par ailleurs, la Martinique s'inscrit dans un parcours interrégional d'établissement de recours, au bénéfice de patients guyanais, pour la pratique thérapeutique de la chirurgie thoracique.

En revanche, un besoin s'est singularisé s'agissant de la prise en charge adultes en ambulatoire.

Les trois nouvelles implantations inscrites en borne haute de l'OQOS visent donc à répondre à ce besoin en permettant la mise en place éventuelle de structures ambulatoires « légères » permettant des prises en charge rapides. Aussi, visent-elles prioritairement des projets conçus sur le modèle de « l'office surgery » (chirurgies en cabinet), en orthopédie et en ophtalmologie.

L'objectif est de davantage favoriser la prise en charge en chirurgie sans hébergement de nuit.

Une attention particulière sera portée aux projets répondant au triptyque : innovation, ambulatoire et partenariat public/privé.

Modalité	Existant - implantations autorisées au 31/05/2023	Cible PRS 3	
		Borne basse	Borne haute
Gynécologie-obstétrique (I)	3	3	3
Néonatalogie (IIA)	1	1	1
Néonatalogie avec soins intensifs (IIB)	1	1	1
Réanimation néonatale (III)	1	1	1

Commentaires : **Pas d'évolution quantitative.**

A titre informatif, il est à rappeler que les Martiniquaises disposent de trois maternités.

Deux dites **de niveau 1** qui ne sont autorisées qu'à pratiquer la modalité gynécologie-obstétrique. Les parturientes prises en charge ne présentent, en principe, aucun risque. Les accouchements y sont possibles **dès 37 semaines d'aménorrhées**.

Une dite **de niveau 3** qui est autorisée à pratiquer l'ensemble des modalités de l'activité de soins. Cette maternité dispose par conséquent d'unités de néonatalogie avec et sans soins intensifs ainsi que d'une unité de réanimation néonatale.

Elle est spécialisée dans le suivi des grossesses pathologiques (hypertension sévère, diabète...). Les accouchements **à moins de 33 semaines d'aménorrhées** y sont possibles.

En lien avec les relations ville-hôpital, l'Agence soutient :

- Le renforcement des centres périnataux de proximité, comme structures médicales qui assurent des consultations ante et post-partum, des cours de préparation à la naissance, de l'enseignement des soins aux nouveau-nés et des consultations de planification familiale ;
- La mise en place de solutions de désengorgement de la maternité de niveau 3 du territoire, notamment :
 - Favoriser l'implantation d'hôtels hospitaliers, afin de fluidifier les prises en charge dans les services et de mieux gérer les lits disponibles en offrant aux patientes une alternative à l'hospitalisation complète ;
 - Renforcer le lien avec les sage-femmes libérales.

Existant - implantations autorisées au 31/05/2023	Cibles PRS 3	
	Borne basse	Borne haute
3	2	3

Commentaires : Le PRS 2 convenait d'une rationalisation de sites géographiques autorisés (de 3 à 2) motivée par des considérations d'efficience organisationnelle de l'établissement autorisé.

Cette perspective de rationalisation est d'autant plus d'actualité au regard de la **feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023** publiée en mars 2022. Bien que publiée par le Ministère des Solidarités et de la Santé cette feuille de route **impacte le volet sanitaire**.

Elle part du constat de l'inadaptation des structures sanitaires à certains profils de soins. Le rapport Jeandel-Guérin indique qu'actuellement les unités de soins de longue durée (USLD) ne permettent pas de répondre de manière satisfaisante aux besoins de prise en charge médicale complexe, lourde et prolongée de tout âge.

De facto, la prise en charge est inadéquate et les besoins de ces patients ne sont pas couverts.

En ce sens, l'offre sanitaire devrait évoluer et conduire à la disparition des USLD au profit d'unités sanitaires prolongées complexes (USPC) destinées à des patients nécessitant des soins lourds et complexes avec une surveillance constante mais sans besoin de soins aigus ou réadaptatifs actifs.

Dès lors, compte tenu de la structuration de son projet médical, de l'organisation d'une éventuelle nouvelle filière de soins et de cette évolution, **l'établissement autorisé devra envisager une conversion**.

Modalités	Existant - implantations autorisées au 15/05/2025	Cibles PRS 3	
		Borne basse	Borne haute
Service d'aide médicale urgente (SAMU)	1	1	1
Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	2	2	2
Structure mobile d'urgence et de réanimation pédiatrique (SMUR pédiatrique)	0	0	0
Structure des urgences (SU)	3	3	4
Structure des urgences pédiatriques (SUP)	1	1	1
Antenne de médecine d'urgence	0	0	1

NB : La prise en charge des urgences psychiatriques est réalisée par l'établissement spécialisé en santé mentale.

Commentaires :

A date, sur trois sites géographiques, un seul établissement est autorisé à accueillir sans sélection toute personne se présentant en situation d'urgence.

La réglementation relative à l'activité de médecine d'urgence a évolué par décrets n°2023-1374 et n°2023-1376 du 29 décembre 2023.

L'apport majeur, et clé pour notre territoire, tient en la création des antennes de médecine d'urgence.

Ainsi, à condition d'être adossés à une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) autorisée, les opérateurs spécifiquement autorisés à gérer une antenne de médecine d'urgence devront :

- Prendre en charge toute urgence sans réserve.
- Ouvrir tous les jours minimum H12 sur une plage horaire préalablement définie et fixe.

S'agissant de l'antenne de médecine d'urgence, nouvellement créée (il n'en existe actuellement pas sur le territoire), l'implantation d'une antenne de médecine d'urgence interviendrait en complémentarité avec l'offre existante.

Elle permettrait, dans le cadre d'une convention ou d'une organisation formalisée, la constitution d'une équipe commune avec le CHU de Martinique, seul établissement autorisé actuellement.

A cet égard, un développement préférentiel de l'offre d'antenne d'urgence est attendu, conformément aux orientations nationales d'accès à des soins urgents en moins de 30 minutes, afin d'améliorer l'égal accès aux soins ainsi que les taux de recours aux soins d'urgents par habitant.

Autrement, l'implantation d'une nouvelle structure d'urgence est projetée sur le territoire afin de renforcer l'accès aux soins de médecine d'urgence de l'ensemble de la population en doublant l'offre. Cette nouvelle implantation participera à la réduction des délais d'attente.

Le développement de structures d'exercice coordonnée (MSP) pour faciliter la réponse aux besoins en soins non programmés est à favoriser. En effet, les professionnels du premier recours ont un rôle majeur pour limiter le poids du gradient social puisqu'ils sont au plus près des préoccupations des personnes. Le développement de leurs pratiques en exercice coordonné est un facteur favorisant la prise en compte de la démarche préventive.

La révision des cahiers des charges de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) est la condition sine qua non de création de nouvelles implantations de maisons médicales de garde (MMG) / effectif mobile (SOS Médecin).

Le levier des expérimentations pourrait être un premier pas vers des réponses innovantes aux SNP (structures, coopérations interprofessionnelles...).

- Bilan des OQOS du PRS 2, 2018-2023

Psychiatrie générale

Modalités d'exercice	Cibles PRS 2		Implantations autorisées au 31/05/2023
	Borne basse	Borne haute	
Structures d'hospitalisation complète	3	3	4
Structure d'hospitalisation de jour	4	4	5
Structures d'hospitalisation de nuit	0	0	0
Services de placement familial thérapeutique	30	60	1
Appartements thérapeutiques	1	1	1
Centres de crise	1	1	1
Centres de postcure psychiatrique	0	0	0

Psychiatrie infanto-juvénile

Modalités d'exercice	Cibles PRS 2		Implantations autorisées au 31/05/2023
	Borne basse	Borne haute	
Structures d'hospitalisation complète	1	1	1
Structure d'hospitalisation de jour	1	1	1
Structures d'hospitalisation de nuit	0	0	0
Services de placement familial thérapeutique	1	1	0
Appartements thérapeutiques	0	0	0
Centres de crise	0	0	0
Centres de postcure psychiatrique	0	0	0

- ❖ Projections des OQOS du PRS 3, 2023-2027

La réforme des autorisations introduit les mentions « Périnatal » et « Soins sans consentement » par décrets n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie et le décret n° 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation.

Désormais par principe, trois modes de prises en charge (ambulatoire, temps complet, temps partiel) devront être proposées, sur site ou par convention, **pour chaque mention**.

Le titulaire a la possibilité de déployer certains modes de prise en charge, définis limitativement par arrêté ministériel du 28 septembre 2022, en dehors du site géographique autorisé.

Cibles PRS 3		
Mention	Borne basse	Borne haute
Adultes	4	4
Enfants et adolescent	2	2
Périnatal	1	1
Soins sans consentement	1	1

Commentaires : Selon la législation en vigueur, les établissements actuellement désignés par le DGARS doivent déposer une demande d'autorisation dans la mention « soins sans consentement » pour prendre en charge des patients en soins sans consentement.

La prise en charge psychiatrique spécialisée pourrait se structurer davantage avec l'implantation :

- d'une unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) contractualisée.
- d'une unité pour malades difficiles (UMD), sous couvert de protocoles de soins intensifs définis.

Médecine nucléaire

- Bilan des OQOS du PRS 2, 2018-2023

Equipement matériel lourd	Cibles PRS 2		Appareils autorisés au 31/05/2023
	Borne basse	Borne haute	
Caméra à scintillation sans détecteur d'émission de positons	4	5	3
TEP Scan			2
TEP IRM	1	1	1

- ❖ Projections des OQOS du PRS 3, 2023-2027

L'activité de médecine nucléaire entre au nombre des activités de soins soumises à autorisation. La médecine nucléaire n'était jusqu'à présent abordée qu'à travers l'utilisation d'équipements matériels lourds (EML) spécifiques : la tomographie d'émission monophotonique (TEMP), la tomographie par émission de positons (TEP), éventuellement couplées à d'autres systèmes d'imagerie et les caméras à scintillation dites gamma-caméras.

Mention	Cibles PRS 3	
	Borne basse	Borne haute
A - Actes diagnostiques ou thérapeutiques hors pathologie cancéreuses réalisés par l'administration de MRP en système clos	1	1
B - Actes diagnostiques ou thérapeutiques y compris pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de MRP en système clos ouvert	1	1

Commentaires : L'ARS Martinique a autorisé en janvier 2023 l'exploitation de trois EML de type tomographe à émission de positons (TEP) :

- 1 TEP-IRM
- 1 TEP-SCAN Moyen champ
- 1 TEP-SCAN Grand champ

La combinaison de ces trois équipements devrait concourir à l'amélioration des délais de rendez-vous et de la qualité des soins grâce à la mise en place d'un guichet unique (de la prise en charge à la remise des résultats, permettant la réalisation le même jour des examens d'imagerie nécessaires).

Aussi, la mise en œuvre de ces équipements devrait permettre de :

- Répondre aux besoins insuffisamment couverts en oncologie, puisque l'axe clinique y est dédié à 50 % ;
- Mieux soigner, en amont, en cardiologie et en neurologie ;
- Résorber les inégalités d'accès aux soins, géographiques d'abord et financières par conséquent ;
- Apporter une réponse adaptée à des patients avec des problématiques spécifiques (obésités, claustrophobie, protocoles de soins oncologiques) ;
- Être vecteur d'attractivité médicale pour les praticiens, d'une part du fait du caractère innovant ; d'autre part grâce aux temps de recherche dédiés.

Ces équipements devront être mis en œuvre dans les conditions règlementaires.

Il n'y aura qu'une seule implantation de médecine nucléaire en Martinique.

Il est inscrit « 0 » au niveau du cyclotron à usage médical qui est un équipement soumis à autorisation du Directeur Général de l'ARS et qui participe à la pratique médicale à visée diagnostique ou thérapeutique pour des patients. Le cyclotron installé sur le territoire (non soumis à autorisation du DG ARS) représente bien plus qu'une simple technologie et permet des progrès significatifs dans le domaine de l'oncologie, de l'innovation et de l'excellence. Grâce à cet équipement de pointe, la Martinique dispose de la capacité de produire des isotopes radioactifs localement, permettant ainsi de réaliser des examens et des traitements de haute précision et rapides. Ce nouvel équipement aura un impact direct sur le diagnostic et la prise en charge des patients, particulièrement ceux atteints de pathologies complexes telles que le cancer, mais également les affections neurologiques et cardiovasculaires

❖ Projections des OQOS du PRS 3, 2023-2027

L'activité de radiologie interventionnelle fait désormais l'objet d'autorisations sanitaires, depuis les décrets n° 2022-1237 et n° 2022-1238 du 16 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation (CI) et aux conditions techniques de fonctionnement (CTF) des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle.

La radiologie n'était abordée jusqu'à présent qu'à travers l'utilisation d'équipements matériels lourds (EML) spécifiques : l'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) et la scanographie.

L'activité de radiologie interventionnelle comprend l'ensemble des actes médicaux à but diagnostique ou thérapeutique réalisés avec guidage et contrôle de l'imagerie médicale par accès percutané, transorificiel, transpariétal ou intraluminal, portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes sans utiliser un moyen de guidage par imagerie.

Les activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie et en neuroradiologie, faisant l'objet de réglementations propres, sont exclues du champ de la définition.

Mention	Cibles PRS 3	
	Borne basse	Born haute
Mention A : actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes des mentions B, C et D	0	2
Mention B : en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle	0	2
Mention C : en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle	0	1
Mention D : ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques	0	2

Traitement des grands brûlés

❖ Projections des OQOS du PRS 3, 2023-2027

Modalité	Existant - implantations autorisées au 31/05/2023	Cibles PRS 3	
		Borne basse	Borne haute
Adultes	0	0	0
Enfants	0	0	0

Commentaires : L'activité de soins de traitement des grands brûlés relevait du SIOS.

A date, l'activité est **exclusivement réalisée en Guadeloupe** pour le compte de l'interrégion (Martinique-Guadeloupe- Guyane). Cette organisation devrait perdurer au bénéfice des patients martiniquais afin de leur assurer une prise en charge experte.

Ces prises en charges feront objet d'une organisation spécifique d'évacuation sanitaire vers la Guadeloupe.

L'ARS s'engage à porter la discussion au niveau de l'interrégion en y associant les praticiens localement impliqués afin de tirer les conséquences de cette abrogation et de sécuriser la prise en charge. A l'instar des autres activités antérieurement traitées dans les SIOS, l'activité de traitement des grands brûlés pourrait s'organiser au sein de filières interrégionales.

- Bilan des OQOS du PRS 2, 2018-2023

Modalités d'exercice	Cibles PRS 2		Implantations autorisées au 31/05/2023
	Borne basse	Borne haute	
Adultes	1	1	1
Enfants	0	0	0

- ❖ Projections des OQOS du PRS 3, 2023-2027

Cette activité a été réformée par décrets n°2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation et n°2022-1766 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement.

Modalité	Cibles PRS 3	
	Borne basse	Borne haute
Adultes	1	1
Pédiatrique	0	1

Commentaires :

L'activité de soins de chirurgie cardiaque relevait du SIOS.

A date, la **prise en charge Adultes de l'activité est réalisée en Martinique** pour le compte de l'interrégion (Martinique- Guadeloupe- Guyane). La **prise en charge pédiatrique est réalisée dans l'Hexagone**.

Cette organisation devrait perdurer au bénéfice des patients guyanais et guadeloupéens afin de leur assurer aussi une prise en charge experte. Ces prises en charges feront objet d'une organisation spécifique d'évacuation sanitaire des établissements de la Guadeloupe et de la Guyane vers la Martinique.

L'ARS s'engage à porter la discussion au niveau de l'interrégion en y associant les praticiens localement impliqués afin de tirer les conséquences de cette abrogation et de sécuriser la prise en charge. A l'instar des autres activités antérieurement traitées dans les SIOS, l'activité de chirurgie cardiaque pourrait continuer à s'organiser au sein de filières interrégionales.

Des travaux sont en cours pour développer la prise en charge en chirurgie pédiatrique sur le territoire.

Dans l'attente de la mise en place de cette nouvelle activité de soins, la prise en charge des patients s'effectuera vers l'Hexagone

- Bilan des OQOS du PRS 2, 2018-2023

Modalités d'exercice	Cibles PRS 2		Implantations autorisées au 31/05/2023
	Borne basse	Borne haute	
Rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation	1	1	1
Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant, y compris ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales (hors urgences)	1	1	1
Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	1	1	1

- ❖ Projections des OQOS du PRS 3, 2023-2027

Les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie deviennent activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie. Les décrets n° 2022-380 et n° 2022-382 du 16 mars 2022 fixent les nouvelles conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie.

L'activité comprend l'ensemble des actes de cardiologie à but diagnostique ou thérapeutique réalisés par voie percutanée, transpariétale ou intraluminale, portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes sans utiliser un moyen de guidage par imagerie. Elle s'organise en trois modalités.

La ligne directrice de cette évolution réglementaire était d'organiser l'offre de santé « dans une logique de gradation des soins entre proximité, soins spécialisés, soins de recours et de référence, organisés à des échelles territoriales nécessairement différentes et en s'appuyant sur des seuils d'activité quand cela est pertinent au regard des enjeux de qualité et de sécurité des soins ».

		Cibles PRS 3	
Modalité	Mention	Borne basse	Borne haute
1° Rythmologie interventionnelle	A - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	1	3
	B - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites ;	1	3
	C - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites ;	1	1
	D - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	1	1
2° Cardiopathies congénitales hors rythmologie	A - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales	1	1
	B - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire	1	1
3° Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte		1	1

Commentaires :

De nouvelles implantations permettraient de compléter l'offre existante mais aussi de l'étendre afin de renforcer la filière notamment en améliorant le taux de recours pour la population qui est à la fois l'une des plus vieillissantes et marquée par une prévalence des pathologies cardiaques.

- Bilan des OQOS du PRS 2, 2018-2023

Chirurgies des cancers

Modalités d'exercice	Cibles PRS 2		Implantations autorisées au 31/05/2023
	Borne basse	Born haute	
Chirurgie viscérale	3	3	2
Chirurgie mammaire (tumeurs du sein)	2	2	2
Chirurgie gynécologique	1	1	1
Chirurgie ORL	1	1	1
Chirurgie maxillo-faciale	1	1	1
Chirurgie urologique	2	3	1
Chirurgie thoracique	1	1	1
Chirurgie hors soumis à seuil (si nécessaire)	-	-	-

Les autres traitements du cancer

Modalités d'exercice	Cibles PRS 2		Implantations autorisées au 31/05/2023
	Borne basse	Born haute	
Radiothérapie externe, curiethérapie	1	1	1
Curiethérapie	1	1	1
Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	1	1	1

- ❖ Projections des OQOS du PRS 3, 2023-2027

Les évolutions règlementaires ont été entérinées par :

- Décret n° 2022-693 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de traitement du cancer ;
- Arrêté du 26 avril 2022 portant modification de l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer ;
- Décret n° 2022-689 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de traitement du cancer.

Chirurgies des cancers

			Cibles PRS 3	
Modalité	Mention		Borne basse	Borne haute
Chirurgie oncologique	A	A1 - Viscérale et digestive	1	2
		A2 - Thoracique	1	1
		A3 - Sphère ORL, cervico-facial, maxillo-faciale	0	1
		A4 - Urologique	2	2
		A5 - Gynécologique	0	1
		A6 - Mammaire	2	2
		A7 - Indifférencié	0	1
	B	B1 - chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	0	1
		B2 - chirurgie oncologique thoracique complexe	0	1
		B3 - chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	0	1
		B4 - chirurgie oncologique urologique complexe	0	1
		B5 - chirurgie oncologique gynécologique complexe	0	1
	C	Chirurgie oncologique chez l'Enfant et les adolescents de moins de 18 ans.	0	1

Les autres traitements du cancer

			Cibles PRS 3	
Modalité	Mention		Borne basse	Borne haute
Radiothérapie externe, curiethérapie	A	Radiothérapie externe chez l'adulte	1	1
	B	Curiethérapie chez l'adulte	1	1
	C	Radiothérapie externe chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans - Curithérapie chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans	0	1
Traitements médicamenteux systémiques du cancer	A	TMSC chez l'adulte	1	5
	B	TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	0	1
	C	TMSC chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	0	1

Commentaires :

La Plateforme Régionale d'Oncologie Martinique a mis en place depuis 2020 un tableau de suivi des délais de prise en charge des patients atteints de cancer en Martinique distinguant les différentes étapes du parcours et les délais correspondants :

- Entre la biopsie et la validation des résultats ANAPATH (1) ;
- Entre la validation ANAPATH et la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) où sont discutée collégalement les modalités de traitement (2) ;
- Entre la RCP et la consultation médicale d'annonce (3) ;
- Entre la consultation d'annonce et la mise en traitement (4) ;
- Et spécifiquement pour les parcours donnant lieu à chirurgie, entre la RCP ayant pris la décision de chirurgie et la réalisation de l'acte de chirurgie (5).

Le suivi actualisé au mois de mars 2023 fait état des délais suivants :

Délais moyens en jours	Toutes localisations		Cancers urologiques		Cancers gynécologiques		Cancers colorectaux		Cancer du sein	
	2019	2023	2019	2023	2019	2023	2019	2023	2019	2023
(1)	17,6	31,5	21,2	46,6	14,3	36,5	17,4	8,3	15,5	14,4
(2)	130,8	311,8	241,5	510,9	69,2	158,5	48,3	51,5	97,7	91,8
(3)	20,6	28,9	21,4	29,9	18,3	31,5	12,8	37,2	22,6	27,5
(4)	24,4	25,0	37,1	34,3	24,8	29,0	27,6	18,3	16,7	15,4
(5)	45,0	42,8	ND	133,3	ND	ND	ND	19,0	45,0	24,1

Les échanges institutionnels montrent que les **délais observés sont tributaires d'éléments conjecturels**, tels que des difficultés de recrutement médical, la réduction d'effectifs ou encore les difficultés d'accès aux blocs durant la crise covid.

Ce constat a motivé la structuration d'un plan d'action régional :

- Sans délai : la mise en place d'un comité des délais en cancérologie qui associent les acteurs institutionnels et les établissements de santé impliqués ;
- A court terme : la structuration d'un parcours « imagerie » sur le territoire ;
- A long terme : de nouvelles implantations pour la pratique de la chimiothérapie.

L'arrêté du 26 avril 2022 fixe de nouveaux seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer. L'autorisation ne pourra être délivrée, maintenue ou renouvelée qu'à la condition de respecter par site géographique, une activité minimale, par mention voire par pratique thérapeutique.

L'enjeu lié au respect des seuils pourrait conduire à une baisse de l'offre en Martinique. Une organisation interrégionale pourrait être prévue et organisée avec la Guadeloupe.

En Martinique, l'incidence du cancer est généralement plus faible qu'en France hexagonale, avec environ 1600 nouveaux cas par an, de même que la mortalité, qui est également moins élevée, avec environ 730 décès annuels. Cependant, des efforts restent à faire, car l'accélération est deux fois plus importante qu'en France hexagonale.

Aujourd'hui, 18 000 personnes sont en vie après avoir connu un diagnostic de cancer et 11 000 personnes sont en cours de traitement ou encore font l'objet d'un suivi après un protocole de soins.

Dans un contexte de délais d'attente importants entre les étapes du parcours de soins et de tensions sur les ressources médicales (médecine générale et spécialisée), la mesure 25 du Comité Interministériel Outre-Mer (CIOM) prévoyait depuis fin 2023, un plan d'action visant à réduire les délais de prise en charge et la refonte des parcours de soins dans les territoires ultra marins.

Il s'agissait, concrètement, de relever les défis territoriaux à tous les niveaux, de la prévention à l'après cancer et de permettre un accès équitable aux technologies, et aux progrès thérapeutiques. Ces délais trop longs peuvent entraîner des retards dans la détection, la prise en charge et le suivi des patients atteints de cancer.

Dans le cadre du plan d'action territorial, le dispositif innovant de la maison du parcours (MDP), un guichet unique mis en service en décembre 2024 sur la commune de Saint-Joseph, a pour objectif d'optimiser le parcours de soins en cancérologie et d'éviter les ruptures.

Ce lieu unique, moderne et innovant est facilement accessible et se situe à proximité du CHUM. Site géographique de la plateforme d'oncologie de Martinique, il est ouvert à toute personne présentant une suspicion de cancer ou ayant eu un cancer confirmé, ou revenant d'un site hexagonal pour une pathologie cancéreuse.

Deux types d'activités principales s'y déclinent :

- Dispositif Oncorapido réunissant les personnels non médicaux, (IDEC, IPA, MER) et médicaux (oncologues médicaux et autres spécialistes) ayant pour objectif de réduire les délais de prise en charge diagnostique et thérapeutique,
- Evaluation des besoins en soins oncologiques de support y compris évaluation médico-sociale, besoins en soins palliatifs, accompagnement individualisé et suivi du parcours.

L'ambition de ce dispositif est de diviser par trois les délais actuels de prise en charge en apportant des réponses adaptées aux patients en termes d'informations et d'orientation et éviter les patients perdus de vue ou en attente de parcours. Ce projet s'intègre dans un projet global de restructuration des parcours à l'échelle du territoire.

En effet, cette maladie tend à devenir une maladie chronique notamment en ce qui concerne les cancers de mauvais pronostic car les évolutions thérapeutiques permettent d'agir sur la survie.

I. L'offre régionale

Dans le cadre de la révision, seule la modalité de chimiothérapie de l'activité de soins de traitement du cancer est encline à évoluer.

A cet égard, le Centre Hospitalier Universitaire de Martinique (CHUM) – site géographique de Clarac, est actuellement le seul opérateur territorial autorisé à la pratiquer.

Dans un contexte de difficulté d'accès aux soins et de délais importants, trois sites géographiques du CHUM ont été reconnus en tant que sites associés du site de Clarac, par avenant au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), pour la modalité chimiothérapie :

- pour les cancers de la femme (Oncofonm, Site MFME) ;
- les cancers thoraciques (Site Pierre Zobda Quitman) ;
- urologiques (Site Mangot Vulcin).

II. Objectifs quantitatifs

Augmenter le nombre de sites pour la modalité « traitements médicamenteux systémiques du cancer » permettra de prendre en soins beaucoup plus de patients en Martinique.

III. Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

L'objectif est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins en intégrant les nouvelles exigences réglementaires relatives aux activités de soins de traitement du cancer.

Bien que le parcours de prise en charge du cancer en Martinique soit organisé, il souffre de plusieurs difficultés liées à l'accès aux soins spécialisés, au manque de personnel médical et à des problèmes socio-économiques.

Depuis l'ouverture de la maison du parcours, et l'inauguration du nouveau laboratoire d'ANAPATH du CHUM, les délais (toutes localisations) dans les différentes étapes du parcours de prise en charge des patients atteints de cancer en Martinique ont été améliorés concernant :

- Les délais entre la biopsie et la validation des résultats ANAPATH,
- Les délais entre la validation ANAPATH et la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) où sont discutées collégialement les modalités de traitement.

Cette évolution attendue de l'offre doit permettre de garantir à la population :

- Une réduction des délais d'attente d'accès aux soins de traitement du cancer, afin de bénéficier des soins diagnostiques et thérapeutiques dans des conditions satisfaisantes permettant un égal accès aux soins en local et de résorber les pertes de chance.
- Une offre de chimiothérapie, proche des besoins de santé de la population marquée par une prévalence des cancers notamment de la femme, thoracique et urologique.

- Bilan des OQOS du PRS 2, 2018-2023

Modalités d'exercice	Cibles PRS 2		Implantations autorisées au 31/05/2023
	Borne basse	Borne haute	
Neurochirurgie générale pour adultes	1	1	1
Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	0	0	0
Neurochirurgie intracrânienne et extra crânienne en conditions stéréotaxiques	0	0	0
Neurochirurgie pédiatrique	1	1	1

- ❖ Projections des OQOS du PRS 3, 2023-2027

Modalité	Cibles PRS 3	
	Borne basse	Borne haute
Socle	1	1
Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	0	0
Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	0	0
Neurochirurgie pédiatrique	1	2

Commentaires :

L'activité de soins de neurochirurgie relevait du SIOS.

A date, la prise en charge « générale » et pédiatrique de l'activité de neurochirurgie est réalisée en Martinique pour le compte de l'interrégion (Martinique- Guadeloupe- Guyane). Les prises en charge spécialisées de Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale et de Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques sont réalisées dans l'Hexagone.

Cette organisation devrait perdurer au bénéfice des patients guyanais et guadeloupéens afin de leur assurer aussi une prise en charge experte. En effet, l'activité de neurochirurgie satisfait la condition d'activité minimale et est en constante augmentation.

La quasi-totalité des pathologies rentrant dans le champ d'expertise est prise en charge.

L'ARS s'engage à porter la discussion au niveau de l'interrégion en y associant les praticiens localement impliqués afin de tirer les conséquences de cette abrogation. A l'instar des autres activités antérieurement traitées dans les SIOS, l'activité de neurochirurgie pourrait s'organiser au sein de filières interrégionales.

Ces prises en charges feront objet d'une organisation spécifique d'évacuation sanitaire des établissements de la Guadeloupe et de la Guyane vers la Martinique.

• Bilan des OQOS du PRS 2, 2018-2023

Cibles PRS 2		Implantations autorisées au 31/05/2023
Borne basse	Borne haute	
1	1	1

❖ Projections des OQOS du PRS 3, 2023-2027

Suite à l'évolution réglementaire que connaît cette activité, elle s'exerce désormais selon deux modalités : la thrombectomie mécanique et à l'ensemble des activités de NRI.

Modalité	Cibles PRS 3	
	Borne basse	Borne haute
A - Thrombectomie mécanique	0	0
B - Ensemble des activités de NRI	1	1

Commentaires : Les activités interventionnelles en neuroradiologie relevaient du SIOS.

A date, la prise en charge des activités interventionnelles en neuroradiologie est exclusivement réalisée en Martinique pour le compte de l'interrégion (Martinique- Guadeloupe- Guyane). Cette organisation devrait perdurer au bénéfice des patients guyanais et guadeloupéens afin de leur assurer une prise en charge experte.

Les Antilles sont marquées par une surexpression d'hypertension artérielle et de diabète qui favorise le développement de pathologies vasculaires du système nerveux central. Les accidents vasculaires ischémiques ainsi que la surexpression phénotypique de pathologies vasculaires malformatives intracrâniennes sont prépondérants.

Qui plus est, il s'agit de pathologies complexes à traiter.

L'année 2021 a été un tournant pour la Martinique, et pour l'interrégion. Jusqu'alors les patients atteints des pathologies les plus complexes devaient être transférés dans l'Hexagone. Depuis la consolidation des effectifs médicaux de l'établissement autorisé, par des ressources expertes, ces prises en charge sont réalisées en Martinique.

La Martinique est le seul territoire de l'interrégion à compter des neuroradiologues interventionnels. A noter qu'il n'y en a que 150, étudiants compris, sur le territoire national.

L'activité interventionnelle en neuroradiologie concerne les actes relatifs aux diagnostics et thérapeutiques qui portent sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne et qui sont réalisés par voie endovasculaire ou par voie percutanée, hors localisation ostéoarticulaire. Les actes portant sur la thyroïde ne sont pas concernés.

L'ARS s'engage à porter la discussion au niveau de l'interrégion en y associant les praticiens localement impliqués afin de tirer les conséquences de cette abrogation. A l'instar des autres activités antérieurement traitées dans les SIOS, l'activité de neuroradiologie interventionnelle pourrait s'organiser au sein de filières interrégionales. Ces prises en charges feront objet d'une organisation spécifique d'évacuation sanitaire des établissements de la Guadeloupe et de la Guyane vers la Martinique.

- Bilan des OQOS du PRS 2, 2018-2023

Modalités d'exercice de l'activité de Réanimation	Cibles PRS 2		Implantations autorisées au 31/05/2023
	Borne basse	Borne haute	
Adultes	1	1	1
Pédiatrique	1	1	1
Pédiatrique spécialisée	0	0	0

- ❖ Projections des OQOS du PRS 3, 2023-2027

L'activité de soins critiques nait de la fusion de deux régimes juridiques :

- Les autorisations de réanimation ;
- Les reconnaissances contractuelles de soins intensifs.

Le décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation et le décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement redéfinissent les modalités de cette activité de soins.

Les soins critiques doivent permettre la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance.

Organisée autour de deux modalités, l'activité se subdivise en quatre à cinq mentions.

1. L'unité de réanimation assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance.
2. Les unités de soins intensifs polyvalents contiguës et les unités de soins intensifs polyvalents dérogatoires, en l'absence d'une unité de réanimation sur le site, assurent la prise en charge des patients qui sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer de façon transitoire le recours à une méthode de suppléance, dans l'attente le cas échéant d'un transfert en réanimation. Lorsque le patient présente une ou plusieurs défaillances aigües mettant en jeu son pronostic vital ou fonctionnel et nécessitant un traitement de suppléance d'organe, il est transféré en réanimation.
3. L'unité de soins intensifs de cardiologie assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aigüe liée à une pathologie cardiovasculaire, mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, imposant des traitements spécifiques cardiologiques et pouvant impliquer le recours à une méthode de suppléance.
4. L'unité de soins intensifs de neurologie vasculaire assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aigüe liée à une pathologie neuro-vasculaire mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel et imposant des traitements spécifiques neuro-vasculaires, de prévention et de rééducation neurologique et cognitive.
5. L'unité de soins intensifs d'hématologie assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aigüe liée à une pathologie hématologique mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel et imposant des traitements spécifiques hématologiques nécessitant un ou des séjours en secteur stérile.

Lorsque les activités du site le justifient, le titulaire de la mention Réanimation et soins intensifs polyvalents peut également disposer d'unités de soins intensifs de spécialité notamment : néphrologie, respiratoire, hépato-gastro-entérologie.

		Cibles PRS 3	
Modalité	Mention	Borne basse	Borne haute
Adultes	1° Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1	1
	2° Soins intensifs polyvalents dérogatoires	1	4
	3° Soins intensifs de cardiologie	1	1
	4° Soins intensifs de neurologie vasculaire	1	1
	5° Soins intensifs d'hématologie	1	1
Pédiatriques	1° Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1	1
	2° Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0	0
	3° Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0	1
	4° Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	1	1

Commentaire :

La Martinique s'inscrit dans un parcours interrégional d'établissement de recours, au bénéfice de patients guyanais, pour la prise en charge en soins intensifs d'hématologie adultes et pédiatriques.

Modalité	Existant - implantations autorisées au 15/05/2025	Cibles PRS 3	
		Borne basse	Borne haute
Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	3	3	4
Hémodialyse en centre	3	3	3
Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	5	3	5
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	3	3	4

Commentaires :

Dans l'intérêt de la santé publique, trois implantations de dialyse à domicile sont autorisées sur le territoire afin de permettre, entre autres, de :

- Pallier les problématiques de transport sanitaire ;
- Anticiper et assurer la dialyse du grand âge ;
- Autonomiser le patient.

Doit particulièrement être privilégié, le développement de l'offre :

- qui tend à diversifier l'accès aux soins en améliorant les délais d'accès et en désengorgeant les centres d'hémodialyse et unités de dialyse médicalisées existants ;
- qui s'inscrit dans un cadre de collaboration public/privé affirmée ;
- qui tend, éventuellement, à assurer une conversion d'activité entre les modalités de traitement de l'insuffisance rénale chronique.

La Martinique constitue une unique zone. Pour autant, l'offre d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée doit s'étoffer afin de garantir un égal accès aux soins sur le territoire en favorisant l'accessibilité de la population située dans le Nord Atlantique.

Les actions de dépistage en laboratoire en lien avec les médecins de ville sont à développer. Des travaux complémentaires devront être menés sur la thématique de la greffe rénale.

❖ Projections des OQOS du PRS 3, 2023-2027

Le décret n° 2021-1933 du 30 décembre 2021, fixant les modalités d'autorisation des activités d'autoconservation des gamètes pour raisons non médicales en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique et portant diverses adaptations de la partie réglementaire du même code au regard des dispositions de la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique, vise à mettre en œuvre les mesures phares votées dans la loi de bioéthique concernant :

-L'extension de l'assistance médicale à la procréation (AMP) à l'ensemble des femmes - aux couples de femmes et aux femmes seules - avec ou sans don.

-L'autoconservation de ses propres gamètes (ovocytes ou spermatozoïdes) à but non médical.

		Cibles PRS 3	
Activité	Modalité	Borne basse	Borne haute
AMP clinique	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	1	2
	Prélèvement de spermatozoïdes	1	1
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	1
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0
	Prélèvements d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	1	1
AMP biologique	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	1	1
	Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation	1	1
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux	1	1
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	1	1
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1	1
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	1	1
DPN	Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1	1
	Examens de génétique moléculaire	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN Fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0

Commentaires : Le développement du diagnostic prénatal non invasif est à envisager à long terme, en interrégion.

Examen d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

❖ Projections des OQOS du PRS 3, 2023-2027

La génétique est une spécialité mixte clinico-biologique s'appuyant sur des tests génétiques (cytogénétique ou génétique moléculaire) sous responsabilité d'un médecin généticien. Les autorisations abordées ici concernent les analyses de génétique postnatales (les analyses prénatales étant définies dans le cadre des autorisations de DPN).

Conformément à l'article R.1131-1 du code de la santé publique, les analyses de génétique postnatales ont pour objet :

- De poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ;
- De rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ;
- D'adapter la prise en charge médicale (certains traitements ou pas) d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

Modalité	Existant - implantations autorisées au 31/05/2023	Cibles PRS 3	
		Borne basse	Borne haute
Analyses de cytogénétique	1	1	1
Analyse de génétique moléculaire	0	0	1

Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques

Greffes d'organes		Cibles PRS 3		
Modalité		Existant - implantations autorisées au 31/05/2023	Borne basse	Borne haute
Adulte	Rein	0	0	0
	Pancréas	0	0	0
	Rein et pancréas	0	0	0
	Foie	0	0	0
	Intestin	0	0	0
	Cœur	0	0	1
	Poumon	0	0	0
	Cœur et poumon	0	0	0
Enfants	Rein	0	0	0
	Pancréas	0	0	0
	Rein et pancréas	0	0	0
	Foie	0	0	0
	Intestin	0	0	0
	Cœur	0	0	1

Greffes de cellules hématopoïétiques		Cibles PRS 3	
Modalité	Existant - implantations autorisées	Borne basse	Borne haute
Adultes	0	0	0
Enfants	0	0	0

Commentaire : L'activité de greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques relevait du SIOS.

A date, seule la prise en charge des **greffes rénales est réalisée en Guadeloupe** pour le compte de l'interrégion (Martinique- Guadeloupe- Guyane). **Les autres prises en charge sont réalisées dans l'Hexagone.**

Cette organisation devrait perdurer au bénéfice des patients martiniquais afin de leur assurer une prise en charge experte. Ces prises en charges feront objet d'une organisation spécifique d'évacuation sanitaire vers la Guadeloupe et l'Hexagone.

L'ARS s'engage à porter la discussion au niveau de l'interrégion en y associant les praticiens localement impliqués afin de tirer les conséquences de cette abrogation et de sécuriser la prise en charge. A l'instar des autres activités antérieurement traitées dans les SIOS, l'activité de greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques pourrait s'organiser au sein de filières interrégionales.

Des travaux seront menés avec les professionnels de santé de la Guadeloupe et sous l'égide de l'agence de Biomédecine, concernant l'inscription sur les listes de greffes des patients martiniquais afin de leur garantir un égal accès aux soins.

Pour information, en dehors de cette activité soumise à autorisation qui n'est pas pratiquée en Martinique, le CHUM réalise des prélèvements d'organes multiples et de tissus sur personne décédée (en arrêt circulatoire ou mort encéphalique).

Le développement de la greffe de cœur chez les patients adultes et enfants pourrait s'envisager
Dans le cadre de la Campagne de communication relative au don d'organes, lancée par l'Agence de la biomédecine, l'ARS en lien avec les professionnels de santé du territoire, va développer la promotion du don d'organes qui est essentielle pour sensibiliser et informer le public sur l'importance de ce geste généreux qui peut sauver des vies.

Objectifs quantitatifs et qualitatifs des équipements matériels lourds donnant lieu à autorisation

Equipements d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique

-Réformé-

• **Bilan des OQOS du PRS 2, 2018-2023**

Equipement matériel lourd	Cibles PRS 2		Existant – nombre d'appareils autorisés au 31/05/2023
	Borne basse	Borne haute	
IRM	7	8	6
Scanographe	7	8	8

❖ **Projections des OQOS du PRS 3, 2023-2027**

Conséquent à la réforme des autorisations, seuls les appareils d'IRM, scanographes, caissons hyperbare et cyclotrons à utilisation médicale sont soumis à autorisation de l'Agence.

La méthode de comptabilisation des équipements matériels lourds (EML) a évolué.

Les EML d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique¹⁴ (scanner et IRM) sont uniquement comptabilisés en nombre d'implantations.

Désormais, s'agissant ces EML :

- L'autorisation initiale d'exploiter les EML doit être sollicitée ;
- Une fois délivrée, l'autorisation vaut pour l'exploitation de 3 EML maximum. Dans cette borne, l'installation d'EML est déclarative et suppose une hétérogénéité des équipements.
- A partir du 4^e équipement, tout projet d'installation doit être soumis à l'Agence via la procédure de modification des conditions d'exécution.

En dépit de l'évolution réglementaire, l'ARS joue toujours son rôle de régulateur de l'offre de soins sur le territoire et priorise :

- l'optimisation des équipements déjà implantés sur le territoire via :
 - L'harmonisation des outils et protocoles ainsi que les transferts de données afin de disposer des antécédents radiologiques et de justifier les demandes d'actes.
 - La maintenance des équipements et la sécurisation de l'environnement et locaux des équipements.
- les projets d'installations motivés par le développement de partenariats public/privé et participant à la réduction des délais d'accès.
- l'accès à des équipements dédiés en situation d'urgence.

Equipement matériel lourd	Cibles PRS 3	
	Borne basse	Borne haute
Equipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements hydrides	8	12

¹⁴ Ne sont pas soumis à autorisation les équipements matériels lourds d'imagerie en coupe utilisés pour des activités soumises à des autorisations propres (activité de médecine nucléaire, activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie ou en neuroradiologie, activité de radiologie interventionnelle)

Equipements Matériels Lourds : caissons hyperbares et cyclotrons à utilisation médicale

Les cyclotrons et caissons hyperbare sont comptabilisés en nombre d'implantations et en nombre d'appareils.

Equipement	Existant - implantations autorisées au 31/05/2023	Nombre d'implantations		Nombre d'appareils	
		Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Caisson hyperbare	1	1	1	1	1
Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0	0

Commentaires :

Il est inscrit « 0 » au niveau du cyclotron à usage médical qui est un équipement soumis à autorisation du Directeur Général de l'ARS et qui participe à la pratique médicale à visée diagnostique ou thérapeutique pour des patients.

Le cyclotron installé sur le territoire (non soumis à autorisation du DG ARS) représente bien plus qu'une simple technologie et permet des progrès significatifs dans le domaine de l'oncologie, de l'innovation et de l'excellence. Grâce à cet équipement de pointe, la Martinique dispose de la capacité de produire des isotopes radioactifs localement, permettant ainsi de réaliser des examens et des traitements de haute précision et rapides. Ce nouvel équipement aura un impact direct sur le diagnostic et la prise en charge des patients, particulièrement ceux atteints de pathologies complexes telles que le cancer, mais également les affections neurologiques et cardiovasculaires

Annexe 5 - Glossaire

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique
ADN : Acide Désoxyribo Nucléique
AES : Accompagnant Educatif et Social
AHI : Accueil, Hébergement, Insertion
ALD : Affection Longue Durée
AMAVI : Accueil massif de victimes non contaminées
AMP : Assistance médicale à la procréation
AMU : Aide médicale urgente
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANAPATH : anatomopathologie
APA : Activité Physique Adaptée
ARCOM : Autorité de régulation de la communication audiovisuelle et numérique
ARS : Agence Régionale de Santé
ASV : Atelier Santé Ville
APIJ : Agence Publique pour l'Immobilier de la Justice
C360 : Communauté 360
CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CACEM : Communauté d'Agglomération du Centre de la Martinique
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiéce des Soins
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CATTP : Centre d'Aide Thérapeutique à Temps Partiel
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CDAD Conseil Département d'Accès aux Droits
CDS : Centre de Santé
CEGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic Gratuit
CGSS : Caisse Générale de Sécurité Sociale
CH : Centre Hospitalier
CHLD : Centre Hospitalier Louis Domergue
CHMD : Centre Hospitalier Maurice Despinoy
CHUM : Centre Hospitalier Universitaire de Martinique
CLLAJ : Comité Local pour le Logement Autonome des Jeunes
CLAS : Contrat Local d'Accompagnement à la Scolarité
CLAT : Centres de Lutte Anti-Tuberculeuse
CLS : Contrat Local de Santé
CLSM : Conseil Local de Santé Mentale
CNPE : Centre National de Protection sociale des personnes Ecrouées
CNR : Conseil National de la Refondation
COM : Collectivité d'Outre-Mer

COPIL : Comité de Pilotage
COS : Cadre d'Orientation Stratégique
COTECH : Comité Technique
COTER : Comité territorial
COV : Composés Organiques Volatiles
CP : Centre Pénitentiaire
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPP : Centre Périnatal de Proximité
CPS : Compétence Psycho Sociale
CPTS : Communauté Pluriprofessionnelle Territoriale de Santé
CRCDC : Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers
CREAI : Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée
CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSO : Centre Spécialisé de l'Obésité
CTM : Collectivité Territoriale de Martinique
CTS : Conseil Territorial en Santé
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
DCC : Dossier Communiquant en Cancérologie
DEETS : Direction de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
DISP : Dispositif Intégré de Surveillance et de Prévention
DMP : Dossier Médical Partagé
DOCCR : Dépistage organisé du cancer colorectal
DOCCU : Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus
DOCS : Dépistage organisé du cancer du sein
DP : Dossier Patient
DPI : Dossier Patient Informatisé
DPN : Diagnostic prénatal
DPJJ : Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DRAJES : Délégation Régionale Académique Jeunesse Engagement et Sport
DRCI : Délégation à la Recherche Clinique Innovation
DROM : Départements et Régions d'Outre-Mer
DSI : Direction des Systèmes d'Information
DU : Diplôme Universitaire
EEAP : Etablissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EIGS : Evènement indésirable grave associé aux soins
ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EMIL : Equipe Mobile Inter hospitalière de Liaison
EML : Equipement Matériel Lourd
EMPP : Equipe Mobile Précarité Psychiatrie
EMRI : Equipe Mobile de Rue et d'Intervention

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs
EMUP : Equipe Mobile d'Urgences Psychiatriques
ENRS : Espace Numérique Régional de Santé
EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
EPIC : Equipe Psychiatrique d'Intervention de Crise
EPI-CLIM : Prise en charge de nombreux patients suite à un phénomène climatique
EPP : Entretien Prénatal Précoce
ESMS : Etablissement Social et Médico-Social
ESP : Equipe de Soins Primaires
ETP : Education Thérapeutique
EVASAN : Evacuation Sanitaire
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GIP PROM : Groupement d'Intérêt Public – Plateforme Régionale d'Oncologie de Martinique
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HC : Hospitalisation complète
HCSP : Haut Conseil de la santé publique
IFAS : Institut de Formation d'Aides-Soignants
HPV : Human Papilloma Virus
ICOPE : Integrated Care for Older People
IFAQ : Incitation financière à l'Amélioration de la Qualité
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IDEL : Infirmier Diplômé d'Etat Libéral
IFSI : Institut de Formation aux Soins Infirmiers
IME : Institut Médico-Educatif
INCa : Institut National du Cancer
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPA : infirmier de Pratique Avancée
IRAPS : Instance Régionale pour l'Amélioration de la Pertinence des Soins
IRC : Insuffisance Rénale Chronique
IRCT : Insuffisance Rénale Chronique Terminale
IREPS : Instance Régionale d'Education de Promotion de la Santé
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
IST : Infection Sexuellement Transmissible
ISTS : Inégalités Sociales et Territoriales de Santé
ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et pédagogique
JAFA : Jardin Familial
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MDAJA : Maison des Adolescents et des Jeunes Adultes
MFME : Maison de la Femme de la Mère et de l'Enfant
MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives
MMG : Maison Médicale de Garde
MMPH : Maison Martiniquaise des Personnes en situation de Handicap
MND : Maladies NeuroDégénératives

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation
MRC : Maladie Rénale Chronique
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSS : Maison Sport Santé
MSS : Messagerie Sécurisée de Santé
NEET : acronyme anglosaxon [Not in Education, Employment or Training] - Ni en emploi, ni en étude, ni en formation
NRC : risque nucléaire, radiologique ou chimique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
OQOS : Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins
ORL : Otorhinolaryngologie
ORSAN : Organisation de la Réponse du Système de santé en situations sanitaires exceptionnelles
OSNP : opérateurs de soins non programmés
PAPRAPS : Plan d'Actions Pluriannuel Régional pour l'Amélioration de la Pertinence des Soins
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PCPE : Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées
PDSA : Permanence des Soins Ambulatoire
PH : Personne en situation de handicap
PHV : Personne en situation de Handicap Vieillissante
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PLANIR : Plan Local d'Accompagnement du Non Recours, des Incompréhensions, des Ruptures
PM10 : particules de diamètre inférieur à 10 µm
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PNNS : Plan National Nutrition Santé
POSS : Plateforme d'Observation Sociale et Sanitaire
PPS : Plan Personnalisé de coordination en santé

PRADO : Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile
PRAPS : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
PRS : Projet Régional de Santé
PSAGE : Programme de Surveillance, d'Alerte et de Gestion des Epidémies et des Emergences
PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale
PUV : Petite Unité de Vie
PZQ : Hôpital Pierre Zobda-Quitman
QVT : qualité de vie au travail
RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire
RDRD : Réduction Des Risques et des Dommages
REAAP : Réseaux d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents
REB : Risque biologique
RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève
RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé
SAD : Service Autonomie à Domicile

SAAD : Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAS : Service d'accès aux soins
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise
SIOS : Schéma Inter-Régional de l'Offre de Soins
SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNP : Soins non programmés
SRA : Structures Régionales d'Appui
SRS : Schéma Régional de Santé
SSE : Situations Sanitaire Exceptionnels
SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
SU : Structure des urgences
SUMPPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
SUN – ES : Ségur usage numérique en établissement de santé
SUP : Structure des urgences pédiatriques
TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale
TMSC : Traitements médicamenteux systémiques du cancer
TND : Trouble du neurodéveloppement
UAPED : Unité d'Accueil Pédiatrique Enfant en Danger
UMP : urgence médico-psychologique
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
USLD : Unité de Soins de Longue Durée
USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire
USMP-SAS : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire de la Structure d'Accompagnement vers la Sortie
USPC : Unité Sanitaire Prolongée Complexe
VHB : Virus de l'Hépatite B
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
VSL : Véhicule Sanitaire Léger

