



**PRÉFET
DE LA MARTINIQUE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS
N°R02-2023-368

PUBLIÉ LE 31 OCTOBRE 2023

Sommaire

ARS / Direction de l'offre de soins et de l'autonomie (DOSA)

R02-2023-10-30-00003 - ARS MARTINIQUE-Arrêté 222-30102023-Projet régional de Santé Martinique (202 pages)

Page 3

ARS

R02-2023-10-30-00003

ARS MARTINIQUE-Arrêté 222-30102023-Projet
régional de Santé Martinique

La Directrice générale
de l'Agence Régionale de Santé de Martinique

ARRETE N° 222 du 30/10/2023

Portant adoption du Projet Régional de Santé pour la région Martinique

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L.1434-1 à L.1434-6 et R.1434-1 à R.1434-9 et R.1434-11 ;

Vu le décret du 11 janvier 2023, portant nomination Madame Anne Bruant-Bisson en qualité de Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé de Martinique ;

Vu l'Arrêté ARS/2017/219 du 9 novembre 2017 de l'Agence Régionale de Santé de Martinique, portant délimitation des zones du Schéma Régional de Santé définies pour l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité mentionnées au b du 2^{ème} de l'article L.1434-9 du Code de la Santé Publique, publié le 14 novembre 2017 au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de Martinique ;

Vu l'Arrêté ARS/2017/220 du 9 novembre 2017 de l'Agence Régionale de Santé de Martinique, pris en application de l'article L.1434-9 du Code de la Santé Publique, portant définition des zones du Schéma Régional de Santé donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements et matériels lourds, publié le 14 novembre 2017 au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de Martinique ;

Vu l'avis de consultation sur le Projet Régional de Santé de Martinique, publié le 24 juillet 2023 au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de Région Martinique ;

Vu les courriers de saisine adressés le 24 juillet 2023 au Préfet de la Région Martinique, au Président de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie, au Président de la Collectivité Territoriale de Martinique, aux Maires des communes de Martinique et aux 3 présidents des Communautés de Communes de Martinique, au Président du Conseil Territorial de la Citoyenneté et de l'Autonomie, ainsi qu'au Conseil de Surveillance de l'ARS Martinique le 25 juillet 2023, en vue de recueillir leurs avis conformément à l'article R. 1434-1 du Code de la Santé Publique ;

Siège
Centre d'Affaires « AGORA »
ZAC de l'Etang Z'Abriocot – Pointe des Grives
CS 80656 - 97263 FORT DE FRANCE CEDEX
Tél : 05.96.39.42.43
Site Internet : www.ars.martinique.sante.fr

VU l'avis rendu par le Conseil de Surveillance de l'ARS Martinique sur le Projet Régional de Santé de 3^{ème} génération de Martinique, du 12 septembre 2023 ;

VU l'avis du Conseil Territorial de la Citoyenneté et de l'Autonomie sur le Projet Régional de Santé de 3^{ème} génération de Martinique, du 14 septembre 2023

VU l'avis du Préfet de la Région Martinique sur le Projet Régional de Santé de 3^{ème} génération de Martinique, du 23 octobre 2023

ARRETE

ARTICLE 1:

Le Projet Régional de Santé pour la région Martinique est arrêté dans ses trois composantes :
- le Cadre d'Orientation Stratégique (COS), pour une période de 10 ans, 2018-2027,
- le Schéma Régional de Santé (SRS) et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) pour une période de 5 ans, 2023-2027.

ARTICLE 2 :

Le Projet Régional de Santé peut être consulté sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé de Martinique, à l'adresse suivante : <http://www.martinique.ars.sante.fr>.

ARTICLE 3 :

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Fort de France dans un délai de 2 mois à compter de sa publication.

ARTICLE 4 :

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé de Martinique est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Martinique.

La Directrice générale


Anne BRUANT-BISSON



Cadre d'orientation stratégique pour le Projet régional de santé de Martinique

2018-2027



PREAMBULE	3
I. INTRODUCTION.....	5
A. UN PROJET REGIONAL DE SANTE DE NOUVELLE GENERATION	5
B. DES ORIENTATIONS ET UNE STRATEGIE CO-CONSTRUITES AVEC LES ACTEURS DE SANTE MARTINQUAIS	6
II. ELEMENTS DE CONTEXTE	7
A. LES FORCES ET LES FAIBLESSES DU TERRITOIRE : EVOLUTION DES DONNEES DE SANTE PUBLIQUE ET DES BESOINS DES MARTINQUAIS.....	7
1. <i>Un territoire insulaire plus exposé aux risques</i>	7
2. <i>Une population en diminution, répartie inégalement sur le territoire</i>	8
3. <i>Un vieillissement accéléré de la population</i>	8
4. <i>Des situations de forte précarité et d'importantes inégalités de ressources</i>	9
5. <i>Une amélioration globale de l'état de santé de la population</i>	9
6. <i>Des indicateurs de santé qui restent inquiétants et des problématiques de santé publique qui persistent</i> 10	10
B. LES FORCES ET LES FAIBLESSES DU SYSTEME DE SANTE : MENACES ET OPPORTUNITES POUR DEMAIN	11
1. <i>Une démographie médicale fragile, insuffisante pour couvrir les besoins de demain et une offre hospitalière en tensions</i>	12
2. <i>Un accès parfois complexe à l'offre de santé</i>	13
3. <i>Des coordinations intersectorielles à renforcer pour répondre à l'évolution des besoins de prise en charge « complexe »</i>	13
4. <i>Des problématiques de santé publique qui demandent à conforter la démarche globale de promotion de la santé, déclinée par territoire de proximité</i>	13
5. <i>Un Service Santé des Armées acteur de Santé Publique</i>	14
III. LES ENJEUX A RELEVER POUR LA MARTINIQUE	17
A. LES PRIORITES POUR LA MARTINIQUE : DEUX GRANDES AMBITIONS POUR DEMAIN	17
1. <i>Améliorer l'état de santé de la population : relever 5 grands enjeux</i>	17
2. <i>Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé</i>	21
B. ADAPTER LE SYSTEME DE SANTE AUX ENJEUX D'AUJOURD'HUI ET DE DEMAIN : 6 PRINCIPES ORGANISATEURS POUR LES 10 ANNEES A VENIR.....	22
IV. LES ORIENTATIONS REGIONALES	23
A. 3 GRANDES ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET 8 OBJECTIFS GENERAUX POUR RELEVER LES DEFIS ACTUELS ET A VENIR	23
1. <i>Orientation 1 : Développer une culture partagée de la promotion de la santé permettant à chacun de devenir co-auteur de sa santé</i>	23
2. <i>Orientation 2 : Viser l'excellence du système de santé Martiniquais</i>	25
3. <i>Orientation 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</i>	28
B. LES CONDITIONS DE LA REUSSITE : DES LEVIERS D'ACTION TRANSVERSAUX A PROMOUVOIR.....	31
1. <i>Garantir la poursuite de la stratégie d'Animation Territoriale et favoriser la coordination des acteurs à l'échelle régionale et locale</i>	31
2. <i>Replacer l'utilisateur au cœur du système de santé</i>	31
3. <i>Développer l'innovation en santé</i>	32
4. <i>Renforcer la coopération régionale caribéenne et entre DOM/COM</i>	32
5. <i>Renforcer l'observation et l'évaluation en santé au service du pilotage et de la montée en compétence des acteurs</i>	33
C. LES RESULTATS ATTENDUS A 10 ANS	33
V. SYNTHESE	34

Préambule

L'évaluation du premier PRS a permis de tirer les enseignements nécessaires pour fixer le cap de la politique régionale de santé de la Martinique pour les prochaines années. Ainsi, le nouveau PRS, en étroite articulation avec la Stratégie Nationale de Santé qui inclut un volet spécifique aux territoires ultramarins, se veut être la feuille de route pour l'ensemble des acteurs régionaux en santé afin de favoriser :

- le décloisonnement de notre système de santé par la mise en place de parcours fluides
- une gouvernance partenariale et participative de la politique de santé
- une meilleure territorialisation des actions de santé.

La Région Martinique fait face à des enjeux de santé publique très sensibles, dont certains lui sont propres et inscrits dans **un contexte de mutation sociétale** (institutionnelle, démographique).

Ces enjeux de santé sont aussi liés à la prévalence des maladies cardio-vasculaires, à la mortalité infantile ainsi qu'aux cancers, à l'obésité et aux addictions. De façon spécifique, la Martinique se caractérise par le vieillissement de sa population et par des problématiques bien identifiées, parfois associées à des risques environnementaux à fort impact, au rang desquels les maladies vectorielles, telles les épidémies récurrentes de dengue, de Chikungunya et plus récemment de Zika en 2016.

Autre caractéristique : les établissements de la région présentent des déséquilibres structurels majeurs, à forts retentissements financiers, capables de fragiliser une prise en charge de qualité de la population.

Le contexte particulier des **maladies chroniques** aux indicateurs supérieurs à la moyenne nationale, impose **une politique de santé publique** affichant des priorités claires et mobilisant des moyens et compétences **au service d'actions coordonnées et efficaces de l'ensemble des acteurs nationaux et locaux**. Elle doit aussi répondre à une exigence nettement accrue en termes de démocratie sanitaire, d'égalité d'accès aux soins et à la santé.

Dans ce contexte, notre ambition à travers le PRS est d'améliorer l'état de santé global de la population et de réduire les inégalités sociales et territoriales en santé. Les objectifs stratégiques pour la Martinique, inscrits dans le cadre du PRS, concernent :

- La nécessaire anticipation du **vieillesse de la population et de la perte d'autonomie**,
- L'amélioration de la **santé des mères et des enfants et la lutte contre la mortalité infantile et périnatale**,
- La **réduction de l'impact du surpoids et de l'obésité** et leurs incidences sur les maladies chroniques (diabète, HTA, IRC, maladies cardio-vasculaires),
- La prise en charge de qualité des **cancers**,
- La **santé mentale**.

Ces axes procèdent d'une réflexion collective et d'une large concertation pour apporter des réponses adaptées aux enjeux et défis à relever pour les Martiniquais et leurs besoins de santé. Parmi leurs conditions de réussite, figurent de façon particulière la **coordination des acteurs de santé** (notamment à travers des dispositifs d'appui aux professionnels), la **démocratie en santé**, et la **coopération régionale caribéenne et entre DOM/COM**, capable d'optimiser l'efficacité des moyens.

L'Agence Régionale de Santé a pour mission de planifier et de mettre en œuvre les actions qui viendront répondre à l'ensemble de ces objectifs autour de principes clés :

- **une cohérence** avec les textes nationaux (Stratégie Nationale en Santé particulièrement) et locaux (Schéma de l'autonomie 2018 – 2023 de la CTM, PRSE 3, Plan Chlordécone, ...) afin que le PRS renforce les synergies locales en étayant les plans déjà à l'œuvre.
- **une transparence** : une place centrale a été donnée, au niveau méthodologique, à la concertation, laissant à chacun la possibilité de participer à l'élaboration de ce nouveau plan.
- **une opérationnalité** à travers la définition d'un périmètre circonscrit d'intervention, le développement de parcours de soins permettant de fluidifier l'accompagnement proposé ou

encore la structuration d'un plan agile grâce à son dispositif de gouvernance qui autorisera une animation active et une mise en œuvre à géométrie variable.

Conformément à l'article 1434-1 du Code de la Santé Publique, complété par le Décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016, le Projet Régional de Santé, est articulé autour de 3 documents distincts et néanmoins complémentaires :

- le Cadre d'Orientation Stratégique (COS), qui propose des orientations stratégiques et leurs résultats attendus à 10 ans,
- le Schéma Régional de Santé (SRS), qui établit pour 5 ans les prévisions d'évolution de l'organisation de l'offre de santé et définit des objectifs opérationnels
- le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des publics vulnérables

I. Introduction

Le Projet régional de santé (PRS) constitue le document directeur fixant le cap de la politique de santé de Martinique pour les prochaines années. Elaboré en concertation avec les acteurs de santé du territoire, le PRS a pour priorité d'améliorer l'état de santé des populations tout en favorisant leur égal accès à l'offre de prévention, à l'accompagnement médico-social, aux soins ambulatoires et hospitaliers, dans une perspective de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

L'Agence Régionale de Santé a pour mission de mettre en œuvre et de planifier les actions stratégiques qui viendront répondre à ces objectifs, en proposant des réponses nouvelles et adaptées aux besoins et aux parcours des personnes tout au long de leur vie.

Le présent Cadre d'Orientation Stratégique a été actualisé en 2023 pour présenter la stratégie régionale sur la période 2023-2027, déclinée dans le Schéma Régional de Santé 2023-2027.

Pour la période 2023-2027, le SRS fixe des objectifs qualifiés de « prioritaires », afin de cibler certains champs et enjeux particuliers, permettant des approfondissements, une accentuation des actions engagées sur la période précédente, ou bien le développement d'actions nouvelles répondant à des besoins émergents ou des orientations nationales.

A. Un projet régional de santé de nouvelle génération

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

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

Le premier Projet de Santé a marqué l'acte de naissance de l'ARS Martinique. L'exhaustivité du diagnostic réalisé, la qualité du travail de co-construction engagé, la diversité des actions entreprises ont permis à l'ARS et à l'ensemble de ses partenaires de disposer d'une feuille de route ambitieuse à décliner de 2012 à 2017.

Un travail d'évaluation externe a été réalisé en 2016 : il visait très explicitement à renforcer notre connaissance des leçons à tirer du passé. Portant sur l'ensemble des étapes traversées par le PRS1, de son élaboration jusqu'à son pilotage en passant par les conditions de sa mise en œuvre, les constats évaluatifs ont permis d'identifier des lignes directrices pour la conception du nouveau document.

Quatre axes doivent traverser le nouveau PRS dont son cadre d'orientation stratégique :

- Participation et co-construction :

La mise en place d'un dispositif de gouvernance partenarial, rassemblant une diversité d'acteurs, a été une volonté claire du premier PRS. Cependant, l'implication trop réduite des partenaires dans l'élaboration du document, et la sous-mobilisation de certains acteurs tels que les membres de la démocratie sanitaire, ont conduit à repenser la stratégie d'animation pour le PRS de nouvelle génération. Ainsi, il s'est agi, lors des travaux du PRS 2 de mettre en place une animation transversale et partenariale renforcée, mobilisant à la fois les partenaires institutionnels et les acteurs de terrain tout en veillant à

tenir compte des contraintes d'organisation des acteurs. L'ensemble des problématiques ont ainsi fait l'objet d'échanges et d'une réflexion collective, donnant lieu à des constats et propositions partagés.

Cette dynamique de concertation et de co-construction est appelée à se poursuivre tout au long du déploiement du PRS. L'horizon de 10 ans, qui est celui du COS, impliquera un travail de révision régulier : les avancées en matière de recherche médicale, l'évolution des lois et des règlements, les ajustements suite au développement des nouvelles actions, sont autant d'éléments qui alimenteront les échanges entre l'Agence et ses partenaires, et qui pourront conduire à des réactualisations du PRS.

- Parcours de santé

Le décloisonnement et le développement d'une approche par parcours constituaient déjà un enjeu majeur du PRS1. Il s'agit à présent de donner corps à cette notion de « parcours », en organisant les articulations et en fluidifiant les échanges entre la ville et l'hôpital, entre le sanitaire et le médico-social, entre les acteurs de la prévention et les professionnels du soin, et en permettant de ce fait l'organisation de parcours personnalisés de santé, avec une garantie de continuité des soins et des accompagnements et une autonomie accrue des patients.

L'approche par parcours conduit également à repenser la place de la prévention. Celle-ci doit traverser l'ensemble des champs et des interventions : il s'agit de donner à chacun la possibilité d'être acteur de sa santé, tout en mobilisant les professionnels de santé et l'ensemble des politiques publiques pour promouvoir un environnement propice à la vie en bonne santé.

- Prise en compte des spécificités locales

Le développement d'une approche territoriale est un fait marquant du précédent projet de santé. Le découpage infrarégional en territoires de proximité permet de mettre en exergue les différences d'accès aux offres, de besoins et de fonctionnement, et guide d'ores et déjà l'intervention de l'Agence.

Le PRS 2 reprend et poursuit cette approche, avec un objectif de réduction des inégalités territoriales, et de ciblage des interventions en fonction des besoins identifiés au niveau local.

- Opérationnalité et priorisation

Enfin, le PRS2 vise à proposer une feuille de route claire et concrète permettant de guider la politique de santé sur les prochaines années. En cela, il se doit d'être davantage programmatique et stratégique que son prédécesseur. Le nouveau projet de santé a donc clairement pris le parti de prioriser les objectifs et de prendre en compte les réalités et contraintes des territoires, pour que la stratégie arrêtée puisse être déclinée de façon opérationnelle et que chacun puisse s'en saisir.

Le COS constitue le pilier de la politique de santé pour les 10 années à venir. Il est volontairement resserré autour de trois grandes orientations stratégiques et de huit objectifs généraux.

B. Des orientations et une stratégie co-construites avec les acteurs de santé martiniquais

Fruit d'un travail collectif mené à la fois par les services de l'Etat et les collectivités, les opérateurs sanitaires, médico-sociaux et acteurs de la prévention, les instances de la démocratie sanitaire et des représentants d'usagers, la méthodologie déployée pour élaborer le nouveau PRS vise à relever un triple défi :

- Mettre en œuvre, la démocratie sanitaire, en proposant une méthode et des outils permettant la participation des acteurs.

- Organiser la réflexion de manière intersectorielle et pluridisciplinaire, autour de la notion de « parcours », et de thématiques transversales.
- Articuler le Projet avec les priorités des plans et programmes en cours, tels que la Stratégie Nationale de Santé structurante pour la réflexion.

L'animation d'un séminaire de réflexion régionale, réunissant une centaine de participants, acteurs de la santé en Martinique, a permis de structurer la réflexion et de co-construire des orientations stratégiques partagées pour les 10 prochaines années. C'est autour de ces orientations et des huit objectifs généraux qui en découlent que le PRS est construit.

II. Éléments de contexte

A. Les forces et les faiblesses du territoire : évolution des données de santé publique et des besoins des Martiniquais

Territoire insulaire, la Martinique doit aujourd'hui faire face à de nombreuses mutations, notamment démographiques, affectant l'ensemble des secteurs de la société. Ces évolutions ont contribué à renforcer certains contrastes, voire paradoxes, qui marquent le paysage martiniquais. La Martinique connaît ainsi une situation sanitaire beaucoup plus satisfaisante que celle des pays qui l'avoisinent, mais les déterminants de santé liés aux inégalités économiques et sociales contribuent à renforcer les écarts de vulnérabilité face aux maladies. Aux difficultés sanitaires persistantes (mortalité infantile et maternelle, maladies infectieuses et chroniques, conduites addictives,...), s'ajoutent des risques environnementaux et naturels liés au caractère ultra-marin de l'île. Ces constats sont autant de déterminants qu'il convient d'intégrer à l'approche globale de l'état de santé, afin de créer un environnement et des stratégies d'intervention propices à réduire les inégalités et à faire progresser l'état de santé général de la population martiniquaise.

1. *Un territoire insulaire plus exposé aux risques*

Petit territoire insulaire, la Martinique, située en zone tropicale chaude, doit faire face à de nombreuses évolutions, naturelles et environnementales (augmentation des températures, des jours d'orages, des phénomènes météorologiques violents – cyclones, ouragans, insularité montagneuses limitant les déplacements d'une zone à l'autre...) qui ne sont pas sans conséquences sur la multiplication des éléments favorisant certaines maladies ou leurs vecteurs. Il en est ainsi de l'aggravation des maladies respiratoires (avec la diffusion de spores, et la possible augmentation des épisodes de brumes de sable...), des maladies zoonotiques (teigne, chikungunya, ...); de la recrudescence d'épisodes d'invasion d'algues toxiques; de la vulnérabilité des personnes âgées liée à la fréquence plus élevée des épisodes de fortes chaleurs¹. **En outre, l'impact sur la santé de certains facteurs pathogènes liés à l'environnement et au cadre de vie est de plus en plus reconnu, et constitue un enjeu majeur.** L'intensification des activités agricoles, l'augmentation de la production de déchets, l'insalubrité des logements sont autant de facteurs pouvant entraîner une dégradation des milieux et pouvant avoir des conséquences graves sur l'état de santé des populations (cancers, allergies, infections, etc.). En Martinique, le risque environnemental le plus connu est celui du chlordécone, un perturbateur endocrinien. Ce produit classé comme neurotoxique cancérigène, a été déversé en quantités importantes jusqu'à 1993, contaminant de manière durable les sols et l'eau.² La prévention de ce type de risque, qui passe par la promotion de la qualité de l'environnement et du cadre de vie, est donc un enjeu majeur pour améliorer l'état de santé de la population.

¹ Voir l'étude de la DEAL, « Le changement climatique en Martinique », Olivier PERRONNET, mars 2015.

² Cour des Comptes, « La Santé dans les Outre-mer », 2014

Par ailleurs, l'insularité peut constituer une contrainte à la fois pour l'organisation de parcours de soins, qui peuvent nécessiter de recourir à des offres de prises en charge situées en dehors de l'île, ou pour la survie de filières de prise en charge spécialisées (recrutement d'une patientèle suffisante).

Ainsi, la réflexion autour de l'évolution du système de santé ne pourra faire l'économie d'une prise en compte à la fois du caractère insulaire et des risques naturels et environnementaux auxquels la Martinique est confrontée.

2. Une population en diminution, répartie inégalement sur le territoire

La Martinique est caractérisée par une croissance démographique peu dynamique. Le nombre d'habitants s'élevait en 2016 à 376 847³, contre près de 400 000 habitants en 2008⁴. Bien que deuxième région française en termes de densité⁵, la Martinique se trouve néanmoins parmi les régions les moins peuplées (derrière la Guyane et la Corse), et est la région de France subissant la plus forte décroissance démographique,⁶ faisant peser des incertitudes sur le maintien de certaines filières de soins spécialisés.

De plus, 44 % de la population sont concentrés au centre de l'île sur quatre communes où Fort-de-France compte à elle seule près d'un quart des habitants de l'île. Le centre connaît une densité de 948 habitants/km², alors que la frange nord-caribéenne, légèrement plus étendue (210km²) connaît une densité de 111habitants/km². Dans un contexte insulaire, où les infrastructures de transports sont peu développées, l'enjeu de l'organisation spatiale de l'offre de santé et de son accessibilité est exacerbé.

3. Un vieillissement accéléré de la population

La Martinique est marquée depuis plusieurs années par une diminution régulière de la part des moins de 20 ans, à laquelle s'ajoute une augmentation du nombre des personnes âgées de 60 ans et plus. Avec 18% de personnes âgées de 60 ans et plus, elle est le département français d'outre-mer le plus âgé. Ainsi, la Martinique se caractérise par une évolution structurelle où la proportion des populations jeunes diminue au profit des populations plus âgées⁷ : l'âge médian de la population départementale est désormais supérieur à celui de la métropole (40 ans contre 39,4 en 2012).

D'ici 2030, la Martinique sera la cinquième région française la plus âgée avec plus d'une personne sur trois âgée de 60 ans et plus.

Selon les projections de l'Insee, elle serait, d'ici à 2030, la cinquième région française la plus âgée avec plus d'une personne sur trois âgée de 60 ans et plus. D'ici 2040, 40 % des Martiniquais auront plus de 60 ans (contre 31% en France Métropolitaine).

Cette évolution peut s'expliquer à la fois par l'accroissement de l'espérance de vie⁸, la diminution du nombre de naissances mais aussi par l'émigration de jeunes Martiniquais venant accélérer le

³ Insee - Estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2016).

⁴ 388 363 habitants en 2012 ; 383 911 en 2014 ; 380 440 en 2015 - Insee - Estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2016)

⁵ Avec un donc près de 380 000 habitants⁵ répartis sur un peu plus de 1120 kilomètres carrés, la Martinique est l'un des territoires français les plus denses (ses 356 habitants/km², en font le territoire ayant la deuxième plus forte densité de France, après l'Ile-de-France).

⁶ Diagnostic OSM, « Contexte »

⁷ La part des « moins de 20 ans » étant passée de 28% à 24% entre 2006 et 2013, alors que celle des « plus de 60 ans » a connu une hausse de 17 à 22% de la population totale sur la même période. Chiffres Insee, consultables sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2540164>

⁸ Aujourd'hui estimée à 79,4 ans pour les hommes et 84,7 ans pour les femmes à la naissance, contre 75,3 ans pour les hommes et 81,5 ans pour les femmes en 2001. Espérance de vie en 2015, Insee, consultable sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749#titre-bloc-3>

vieillesse de la population : les personnes nées en Martinique présentent un solde négatif à tous les âges jusqu'à 28 ans. Un pic est atteint entre 18 et 27 ans, classe d'âges qui concentre 50 % des sorties du territoire (contre 20 % des entrées). Le départ des jeunes adultes tend à avoir un impact négatif sur la natalité, contribuant à renforcer le phénomène de vieillissement.⁹

4. Des situations de forte précarité et d'importantes inégalités de ressources

La Martinique compte proportionnellement deux fois plus de ménages pauvres qu'en métropole et une forte proportion de bénéficiaires d'allocations attribuées en dessous d'un certain niveau de ressources, comme l'allocation parent isolé (API), l'allocation adulte handicapé (AAH), le revenu de solidarité active (RSA) et l'allocation solidarité vieillesse (ASV). 22,8% des Martiniquais sont couverts par le RSA en 2016, contre 7,7 % dans l'Hexagone, et 24,4% de la population est bénéficiaire de la CMU-C (6,9% en métropole).

Concernant l'emploi, le taux de chômage reste élevé, même si cette tendance tend à s'améliorer,

La Martinique compte deux fois plus de ménages pauvres qu'en métropole et une forte proportion de bénéficiaires d'allocations attribuées sur la base des ressources.

puisqu'il continue de baisser (-0,5% en 2015) pour s'établir à moins de 19% (18,9%), soit trois points de moins que la Guyane et cinq de moins que la Guadeloupe¹⁰. Il s'agit d'une baisse continue depuis 2013, où il atteignait près de 23% (22,8)¹¹.

Toutefois, le chômage de longue durée (demandeurs d'emploi inscrits depuis plus d'un an) a augmenté de 2,3% en 2015, alors que le chômage de courte durée à

lui baissé de 1%. De plus, plus de la moitié des demandeurs d'emploi (catégories A, B et C) sont des femmes (58%)¹². Ce fort taux de chômage est généralement corrélé avec un faible niveau de diplôme.

Le creusement des inégalités de ressources et d'accès à l'emploi fait de la Martinique le troisième département le plus inégalitaire de France en termes d'inégalités de revenus en 2013.¹³

Ces problématiques sont d'autant plus prégnantes en ce qui concerne les jeunes, les plus diplômés et insérés professionnellement tendant à quitter le territoire. Ainsi, les jeunes Martiniquais présents sur le territoire sont touchés à plus de 50% par le chômage.

5. Une amélioration globale de l'état de santé de la population

L'espérance de vie à la naissance est comparable à la moyenne nationale et atteint en 2015 84,7 ans pour les femmes et 79,4 ans pour les hommes, en forte progression depuis 2001 (où elle s'élevait à 81,5 et 75,3 ans respectivement), mais avec des fluctuations importantes (chute de l'espérance de vie en 2014 notamment).¹⁴

Sur la période 2010-2013, la Martinique présente un taux de mortalité prématurée inférieur au taux national (190,6 contre 204,1 pour 100 000 habitants). La mortalité globale est également inférieure à la métropole, et tend à diminuer : en 2005, le taux standardisé de mortalité s'élevait à environ 1 200 pour 100 000 habitants chez les hommes et à 700 chez les femmes, contre respectivement 1 000 et 600 en 2012.¹⁵

⁹ Synthèse démographique de la Martinique - La baisse de la population martiniquaise se poursuit en 2014, INSEE Flash Martinique, N°57, 17/01/2017

¹⁰ Bilan économique de la Martinique 2015, Insee, 2016.

¹¹ 19,4 % en 2014 et de 22,8 en 2013 – Note emploi Martinique, Dieccte, janvier 2016.

¹² « Zoom sur la Martinique », Pôle emploi.org, 2017

¹³ L'indice de Gini s'élevait à 0,47 en Martinique en 2013, contre 0,29 en France Métropolitaine (plus l'indice se rapproche de 1, plus les inégalités sont fortes)- « Santé des populations vulnérables », OSM, 2017

¹⁴ Diagnostic OSM, « Vue d'ensemble »

¹⁵ Diagnostic OSM, « Vue d'ensemble »

De même, l'on constate **une diminution de la mortalité par maladies cardio-vasculaires sur les 10 dernières années** liée notamment à une faible consommation de tabac : on recense en Martinique des proportions significativement plus basses de fumeurs quotidiens, ainsi qu'une prévalence tabagique de fumeurs quotidiens (14,7%) plus faibles que celles observées dans les autres régions métropolitaine (entre 23 et 31 %) ¹⁶. Des études montrent également une baisse de l'incidence des AVC entre 1999 et 2012, et ce malgré le vieillissement de la population et l'augmentation de l'hypertension artérielle - signe d'une meilleure prise en charge et aussi d'une meilleure information de la population ¹⁷. Les maladies cardio-vasculaires restent tout de même la deuxième cause de mortalité en Martinique, ayant causé ¼ des décès entre 2010 et 2013. ¹⁸

Pour autant, si l'espérance de vie est comparable à la moyenne nationale, **le niveau de santé perçue est en revanche inférieur, puisque 56% des Martiniquais déclarent un bon ou très bon état de santé (contre 69% en France hexagonale).**

6. Des indicateurs de santé qui restent inquiétants et des problématiques de santé publique qui persistent

Travailler à l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé des Martiniquais, demande d'agir sur la réduction de certaines prévalences plus fortes sur l'île qu'en métropole :

- **Les indicateurs de santé périnatale sont particulièrement défavorables :** la Martinique fait partie des territoires les plus touchés par la mortalité maternelle, avec un taux de décès bien au-dessus de l'ensemble des régions métropolitaines, (15,5 décès pour 100 000 naissances vivantes, contre 7,5 sur l'hexagone hors Ile de France), quoique inférieur aux autres DROM. Par ailleurs, on compte 4 fois plus de naissances prématurées que la moyenne nationale, et la mortalité infantile est en augmentation depuis 2013 : elle était de 7 pour 1000 en Martinique en 2015, contre 6,6 en 2013 et 3,5 en métropole. ¹⁹
- L'île connaît un taux de mortalité périnatale 2 à 3 fois supérieurs qu'en métropole, et 4 fois plus de naissances prématurées que la moyenne nationale.*
- **On constate une forte prévalence de l'obésité et de ses comorbidités** telles que le diabète, les maladies rénales chroniques, les maladies cardio-vasculaires et les troubles musculo-squelettiques sur tous les territoires martiniquais : plus de la moitié des adultes (58,8%) est en surcharge pondérale, dont 27,7 % de personnes obèses. ²⁰ Le surpoids touche également les jeunes : près d'un jeune (15-29 ans) sur deux est concerné par la surcharge pondérale, et près de 10% de cette tranche d'âge est en situation d'obésité, contre 6,1 en France métropolitaine. ²¹ Par ailleurs, le diabète est en augmentation (+3,5 % de prévalence de diabète déclaré entre 2003 et 2013), touchant une personne sur 10 et en majorité les femmes, et la prévalence des patients traités par dialyse pour insuffisance rénale est deux fois supérieure à la métropole. ²²
 - **Les cancers restent la première cause de mortalité, avec une incidence importante de certains cancers :** Cancer de la prostate (2 676 nouveaux cas entre 2010 et 2014, soit 54,3% des cancers chez l'homme), Cancer du sein (1 079 nouveaux cas sur la même période, soit 32,6% des cancers chez la femme) et le cancer colorectal (93 nouveaux cas et 44 décès par an chez l'homme et 85 nouveaux cas et 46 décès par an chez la femme). Si le risque de développer un cancer reste tout

¹⁶ « Comparaison régionale du tabagisme et de l'usage de cigarette électronique en France en 2014 », Nicolas Berthier , Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard, Raphaël Andler, François Beck, Viêt Nguyen-Thanh –InVS, Mai 2016. (accessible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/pdf/2016_30-31_4.pdf).

¹⁷ Etude Ermancia I et II, citées dans le diagnostic OSM, « Pathologies », Avril 2017

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Diagnostic OSM, « santé des populations vulnérables »

²⁰ Diagnostic OSM, « Déterminants de santé »

²¹ Diagnostic OSM, « Santé des populations vulnérables »

²² Diagnostic OSM, « Pathologies », Avril 2017

de même moindre en Martinique que dans l'Hexagone, la Martinique est particulièrement touchée, à l'instar des autres DFA, par le cancer de la prostate, le cancer du col de l'utérus et le cancer de l'estomac.²³

Par ailleurs, si la consommation de tabac en Martinique est la plus faible des régions françaises, l'île présente des enjeux spécifiques liés aux addictions, du fait de la fréquence de consommation d'alcool, mais également de l'usage de cannabis et de crack. Ainsi, la Martinique est l'une des six régions françaises les plus concernées par la dépendance à l'alcool (12,6 % de la population est à risque).²⁴ Par ailleurs, le cannabis reste la drogue illicite la plus consommée par les jeunes, plus d'un tiers des jeunes de 17 ans l'ayant expérimenté, et les taux de consommation de crack sont nettement plus élevés qu'en France métropolitaine (quoi que circonscrits à une population marginalisée). L'ampleur de la consommation de ces substances pourrait par ailleurs être sous-évaluée, du fait de l'absence d'un diagnostic actualisé et de la difficulté à identifier repérer certaines addictions.

Enfin, si elles sont moins documentées, les problématiques liées à la santé mentale apparaissent également comme inquiétantes du point de vue des acteurs de santé Martiniquais.

Synthèse

⊕ Points forts	⊖ Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une sous-mortalité générale par rapport à la moyenne nationale et en diminution depuis 2002 ▪ Une espérance de vie en constante augmentation ▪ Des solidarités intergénérationnelles, familiales, culturelles qui pourraient faciliter le développement de démarches communautaire en santé ▪ Une prise en compte croissante de la promotion de la santé dans les orientations politiques (publiques et structurelles) et des citoyens de plus en plus préoccupés par leur santé ▪ Une consommation de tabac parmi les plus faibles de France ▪ Une diminution de la mortalité par maladies cardio-vasculaires sur les 10 dernières années 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un territoire insulaire, éloigné des grands pôles spécialisés de la Métropole ▪ Des risques sanitaires plus importants liés à la situation géographique du territoire ▪ Des controverses publiques sur les sujets de santé environnementale ▪ Une partie de la population en situation de forte précarité ▪ Des difficultés d'appropriation et d'adoption de comportements favorables à la santé ▪ Une croissance rapide du nombre de personnes âgées dépendantes ▪ Des indicateurs encore défavorables autour de la périnatalité (prématurité, mortalité maternelle et infantile notamment) ▪ Une prévalence forte de l'obésité et de ses conséquences en termes de diabète, insuffisance rénale chronique et maladies cardio-vasculaires et ostéoarticulaires ▪ Consommation de drogues (crack, cannabis...) sous-évaluée

Les évolutions observées ces dernières années en Martinique et les perspectives qui se dessinent aujourd'hui nécessitent des adaptations rapides du système de santé pour répondre aux besoins actuels et émergents.

B. Les forces et les faiblesses du système de santé : menaces et opportunités pour demain

Dans la perspective de mieux répondre aux besoins actuels et futurs des Martiniquais, il est important de pouvoir accompagner la transformation du système de santé pour mieux l'adapter aux enjeux futurs.

²³ Registre Général des cancers de la Martinique, CHU Martinique, 2018

²⁴ Plan régional de lutte contre les addictions

Si le système de santé martiniquais présente aujourd’hui des lacunes et rencontre des difficultés, la Martinique dispose de ressources importantes sur lesquelles il est possible de s’appuyer et l’on identifie des opportunités à saisir pour assurer cette transformation.

1. Une démographie médicale fragile, insuffisante pour couvrir les besoins de demain et une offre hospitalière en tensions

En Martinique, territoire à la densité démographique élevée, **les densités médicales sont inférieures à la moyenne de la France hexagonale** et l’on constate un vieillissement des médecins généralistes : 53% des médecins généralistes en Martinique ont 55 ans ou plus en 2015, contre 49% en France métropolitaine²⁵ et sont plutôt concentrés dans le centre de la Martinique.

Par ailleurs on constate une faible densité de pharmaciens, tous modes d’exercices, (91,0 en Martinique contre 113,7 en métropole) malgré un nombre de pharmacies de ville pour 100 000 habitants supérieur à la moyenne nationale (45 contre 36,5).

A l’inverse, les densités paramédicales d’infirmiers et de masseurs kinésithérapeutes exercice libéral ou mixte sont plus importantes qu’en métropole (respectivement +124% et +31%). En tenant compte des professionnels salariés l’écart se réduit par rapport à la métropole mais reste à la faveur de la région (+10% pour les infirmiers et +18,7% pour les masseurs-kiné)²⁶.

Compte tenu de la poursuite attendue du vieillissement de la population et de l’augmentation attendue de la prévalence des maladies chroniques, les besoins en offre de soins de premier recours, aujourd’hui déjà insuffisamment couverts, iront croissants.

Aux fragilités de l’offre de soins de ville, s’ajoutent les difficultés rencontrées par les établissements de **santé à attirer et recruter des professionnels de santé**. Ces difficultés peuvent s’expliquer en partie par l’attractivité insuffisante de ces établissements pour des professionnels spécialisés ou rares.

Par ailleurs, la situation financière des établissements de santé Martiniquais, à commencer par le CHUM, apparaît depuis plusieurs années comme une priorité. Bien que les dépenses pour les établissements publics de santé soient le premier poste des dépenses locales en matière de santé (36%, soit 400 M€), elles ont chuté de près de 15% entre 2014 et 2015. La Martinique a consacré, en 2015, 1,3 milliards d’euros (Assurance maladie et Etat) pour la santé de ses habitants, soit une augmentation de 3,18% par rapport à l’exercice précédent (mais il est à noter une diminution globale des dépenses de santé du régime général en 2016 de 2,6%). Ce niveau de dépense représente 0,67% des dépenses nationales pour la population. Cette évolution des dépenses est moindre que celle constatée au niveau nationale (+1,68%)²⁷.

Focus : les dépenses de santé en Martinique

Le niveau des dépenses de santé en Martinique a progressé rapidement, s’élevant à 1,33 Md€ en 2015, soit une évolution de 12% depuis 2011 (10% en moyenne nationale). Les progressions les plus importantes, allant très au-delà de la moyenne nationale, ont été enregistrées sur les établissements sanitaires (+22,65% sur la période) et médico-sociaux (+19,75%).²⁸

La soutenabilité financière de l’activité des établissements sanitaires, tout comme la question de la démographie des professionnels de santé et son renouvellement, étaient déjà identifiées, en mai 2016, comme priorités dans le cadre de la feuille de route régionale déclinant la Stratégie de Santé pour les Outre-Mer. Cela demeure aujourd’hui un axe de travail cadrant les politiques à déployer dans les années à venir.

▶ Notre ambition : Rechercher l’excellence pour le système de santé Martiniquais

²⁵ Données Statiss 2015.

²⁶ Source : PPRGDRESS 2016-2017

²⁷ Etat financier au titre de l’année 2015, juin 2016, consultable sur : <https://www.ars.sante.fr/les-depenses-de-sante-en-region>

²⁸ PPRGDRESS 2016 - 2017

2. *Un accès parfois complexe à l'offre de santé*

Dans un contexte marqué par :

- une fragilité importante d'une partie de la population martiniquaise qui rencontre des difficultés à accéder au système de santé (défaut de lisibilité, défaut de mobilité, manque de ressources financières),
- une répartition inégale de la population et des activités économiques, concentrées au Centre,
- un développement insuffisant de l'offre de transports, freinant la mobilité des Martiniquais, notamment les plus vulnérables,

la question de l'accès à l'offre de santé se pose de manière incontournable et nécessite des adaptations franches vers davantage de proximité, d'accompagnement vers l'existant, et de lisibilité.

En effet, on observe des disparités importantes dans la répartition territoriale de l'offre de soins primaires et de l'offre médico-sociale, concentrée sur le centre de la Martinique. On compte par exemple 94,4 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants au Centre, contre 62,6 en Nord Atlantique en 2010. Il doit cependant être noté que ces taux ont augmenté entre 2010 et 2016, plus fortement sur les territoires les moins dotés : +8,4% au Nord Caraïbe, +10% sur le Nord Atlantique. Le Nord de la Martinique compte par ailleurs cinq communes sans médecin généraliste (Ajoupa-Bouillon, Macouba, Fonds-Saint-Denis, Morne-Vert, Grand-Rivière). Enfin, le taux d'équipement en places en établissements sanitaires est nettement plus élevé au Centre que sur le Nord Atlantique par exemple (11,5 pour 1000 contre 1,8)

► **Notre ambition : Construire une l'offre de santé graduée et intégrative**

3. *Des coordinations intersectorielles à renforcer pour répondre à l'évolution des besoins de prise en charge « complexe »*

Le vieillissement, la précarité d'une partie importante de la population (notamment jeune), la prévalence importante des situations de handicap, le développement des maladies chroniques sont autant d'évolutions qui nécessitent aujourd'hui mais également dans les années à venir, de structurer des prises en charges pluridisciplinaires, mobilisant les acteurs du sanitaire, du médico-social voire du social.

L'étroitesse relative du territoire martiniquais apparaît comme un facteur facilitant l'interconnaissance des acteurs et le travail en commun. Par ailleurs, ces dernières années, une stratégie d'animation territoriale a permis de mobiliser les partenaires sur chaque territoire de proximité, facilitant la coordination intersectorielle entre les acteurs autour de projets communs. Il s'agit désormais de **renforcer et de structurer les interventions coordonnées autour de patients, pour faciliter leur parcours de santé et de vie et prévenir les ruptures, notamment en favorisant les échanges entre les professionnels de santé autour du patient.**

► **Notre ambition : Assurer la fluidité des parcours de santé et favoriser la coordination des acteurs**

4. *Des problématiques de santé publique qui demandent à conforter la démarche globale de promotion de la santé, déclinée par territoire de proximité*

Les problématiques de santé publique auxquelles est aujourd'hui confrontée la Martinique (évolution du surpoids et de l'obésité, vieillissement accéléré de la population, indicateurs de santé périnatale défavorables...) appellent le renforcement d'actions de promotion de la santé, permettant aux individus d'acquérir les connaissances, les compétences et de bénéficier des informations pour faire les bons choix en matière de santé et de prévention de la perte d'autonomie.

Pour cela, il convient de **développer une approche partagée en promotion de la santé et soutenue par l'ensemble des acteurs et décideurs** intervenant dans le champ des politiques publiques, de manière intersectorielle.

Parallèlement, de manière à définir des interventions efficaces, **la territorialisation des réflexions et des modes d'action, est un levier incontournable**. Ces dernières années, une dynamique territoriale a été impulsée, à l'échelle des territoires de proximité mobilisant les partenaires locaux, facilitant la coordination entre les acteurs et permettant à l'ARS de mener un politique de santé de proximité.

C'est aussi à l'échelle locale que le **développement de la participation citoyenne dans le champ de la santé** – accélérateur d'une démarche de promotion de la santé – pourra être favorisée et renforcée.

► **Notre ambition : Développer une culture partagée de la promotion de la santé permettant à chacun de devenir auteur de sa santé**

5. Un Service Santé des Armées acteur de Santé Publique

La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a renforcé la place du Service Santé des Armées (SSA) en tant qu'acteur du service public de santé dans plusieurs domaines. Par ailleurs, les relations entre ARS et SSA ont été renforcées par le protocole Santé-Défense du 6 avril 2017 ainsi que l'ordonnance 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au SSA et ses textes d'application.



Au niveau régional, l'ensemble des composantes du SSA présentes en région Martinique (Direction interarmées du service de santé aux Antilles, centre médical interarmées, services médicaux embarqués et service médical du régiment de service militaire adapté) sont engagées dans cette nouvelle coopération. Elle inclut à la fois la veille et la sécurité sanitaire, l'offre de soins, l'enseignement et la formation, l'expertise, la recherche, l'épidémiologie, la prévention et la santé publique, la participation des structures civiles à l'effort de défense et la promotion conjointe de la réserve.

Ce partenariat déjà existant devra par ailleurs faire l'objet d'un contrat spécifique entre ARS et SSA afin de permettre au SSA de mieux répondre aux besoins de santé du territoire et à l'ARS de prendre en compte les besoins spécifiques de la défense nationale.

Synthèse

⊕ Points forts	⊖ Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des acteurs de proximité, compétents et mobilisés ▪ Une approche partagée de la promotion de la santé ▪ Une offre diversifiée et graduée répartie sur l'ensemble du territoire ▪ Des plateaux techniques et équipements de haute technologie accessibles au niveau local ▪ Un accès aux soins pour tous garanti par le système de santé actuel ▪ Une dynamique territoriale qui mobilise les partenaires sur chaque territoire de proximité, facilitant la coordination entre les acteurs et permet la mise en œuvre concrète de la démocratie en santé ▪ Une stratégie d'animation territoriale qui a permis d'interroger les habitants sur leurs besoins dans le cadre des diagnostics par territoire et d'identifier 4 territoires de projet permettant à l'ARS de mener un politique de santé de proximité ▪ Une avancée sur la coordination des financements de projets, mise en œuvre dans le cadre de la conférence des financeurs ARS ▪ Une demande sociale importante pour l'amélioration de système de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une répartition encore inégale de l'offre médico-sociale et des territoires peu pourvus en offre de soins renforçant les difficultés géographiques d'accès (cap nord notamment) ▪ Une organisation des transports publics perfectible et des dispositifs de transports sanitaires innovants à développer ▪ Une lisibilité insuffisante de l'offre existante ▪ Des points de rupture dans les parcours de santé liés à la fois à un défaut de coordination et à un défaut de certaines offres ▪ Des publics vulnérables qui rencontrent encore des difficultés à accéder au système de santé ▪ Une situation financière des établissements de santé dégradée ▪ Une vétusté importante d'un certain nombre de structures malgré les efforts régionaux en matière d'investissements

▪ Des efforts importants en matière d'investissements réalisés ces dernières années	
---	--

 Opportunités	 Menaces
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une interconnaissance des acteurs et un travail en commun favorisé par la dimension du territoire ▪ Des mutualisations d'actions, un partage de compétences et une définition d'objectifs communs à des acteurs qui se connaissent et sont mobilisés ▪ Une coopération régionale et interrégionale pouvant potentiellement permettre de dépasser la petitesse du territoire, et de renforcer la qualité et la sécurité des soins ▪ Un développement de nouvelles technologies au service de la santé présentant un potentiel pour une amélioration de l'offre (accessibilité, qualité, innovation) ▪ Des évolutions règlementaires et législatives favorisant la transversalité inter-secteurs et la promotion de la santé et renforçant la place des usagers au sein du système de santé ▪ Un nombre de paramédicaux libéraux (IDE et Masseurs kiné) permettant de pallier en partie la faiblesse de la démographie médicale dans la prise en charge en proximité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Certaines activités hautement spécialisées limitées par l'étroitesse du territoire et du bassin de vie et pour lesquelles le développement de coopérations extrarégionales est nécessaire au maintien d'une attractivité professionnelle, d'un niveau de qualité des professionnels et d'un équilibre financier ▪ Une croissance rapide du nombre de personnes âgées sur le territoire, entraînant des adaptations rapides nécessaires pour la prise en charge de la dépendance et de la perte d'autonomie ▪ Un territoire à hauts risques (sismiques, cycloniques, pollutions des sols et des eaux...) ▪ Une démographie médicale déséquilibrée et en tension sur certaines spécialités et un vieillissement des médecins généralistes et spécialistes ▪ Une dégradation des conditions d'exercice des professionnels de santé, nuisible à la santé au travail des acteurs, à la performance, la qualité et l'attractivité du système de santé Martiniquais

III. Les enjeux à relever pour la Martinique

A. Les priorités pour la Martinique : deux grandes ambitions pour demain

1. Améliorer l'état de santé de la population : relever 5 grands enjeux

a) Anticiper les effets du vieillissement et la perte d'autonomie de la population

La part des personnes âgées de 60 ans ou plus devrait fortement augmenter dans les années à venir, passant de 23% à 35%, soit plus d'un tiers de la population. 40 % des Martiniquais auront plus de 60 ans en 2040 contre 31% en France Métropolitaine.²⁹

De telles évolutions démographiques appellent nécessairement des réponses adaptées aux besoins et aux évolutions sociétales puisqu'elles ne manqueront pas d'avoir d'importantes conséquences pour l'offre sanitaire et médico-sociale ainsi que sur l'évolution des maladies chroniques.

A ce jour, la prévalence du diabète, de l'hypertension artérielle, ainsi que les chiffres concernant le surpoids sont à la hausse (voir ci-dessous). Par ailleurs, une augmentation des troubles cognitifs et notamment du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés est à prévoir : près d'une personne de plus de 75 ans vivant à domicile sur cinq est concernée, une proportion supérieure aux estimations nationales.³⁰

Les problématiques et enjeux sont similaires pour les personnes âgées en situation de handicap. Alors que le nombre de personnes en situation de handicap est estimé à près de 18% de la population (73 000 personnes), plus de la moitié d'entre elles sont âgées de 50 ans et plus. Pour cette catégorie de population, l'âge est un facteur aggravant du handicap quel que soit le sexe ; les maladies touchent deux fois plus les seniors en situation de handicap que les valides (maladies chroniques, problèmes cardio-vasculaires, problèmes articulaires notamment)³¹

Alors que la majorité des personnes âgées et personnes handicapées vivent à domicile, le phénomène de décohabitation en cours sur l'ensemble des territoires avec une diminution de la taille des ménages et une augmentation du nombre de personnes vivant seules³² est une source d'inquiétude pour l'accompagnement de ces publics. Près de la moitié des personnes handicapées sont aidées, principalement par leur famille et proches. Cette part atteint 65% à partir de 60 ans. Ainsi, si les solidarités familiales sont encore importantes sur l'île, elles tendent à s'essouffler : les proches aidants, fortement mobilisés aux côtés des services de soins et d'aide, n'ont toutefois pas les pleines capacités ou disponibilités pour accompagner leurs proches, que ce soit en raison d'un épuisement progressif, d'activités salariées, familiales ou de loisirs, de l'éloignement géographique et de leur propre vieillissement.

Ces évolutions nécessitent de faire évoluer les réponses apportées aujourd'hui vers :

- **Le développement de l'offre médico-sociale** : à ce jour, le taux d'équipement en offre d'accueil pour personnes âgées (EHPAD ou EHPA) se situe en dessous des taux moyens nationaux ; une part importante de personnes âgées très dépendantes (bénéficiaires de l'APA en GIR 1 ou 2) vit à son domicile. Un travail simultané autour de l'amélioration des conditions de soutien à domicile pour des personnes très dépendantes devra être poursuivi ou renforcé, tout comme le développement

²⁹ Diagnostic OSM, « Contexte »

³⁰ Diagnostic OSM « Santé des populations vulnérables »

³¹ « Le handicap en Martinique », études Insee, novembre 2016.

³² Tous les territoires de l'île connaissent en effet une baisse de la taille des ménages, du nombre de familles à l'intérieur des ménages et une hausse de personnes vivant seules. Insee, Recensement de la population 2012

et la valorisation de solutions intermédiaires entre le domicile et l'établissement (par exemple, la professionnalisation et la promotion des accueillants familiaux)

- Le **renforcement de l'accès aux soins et à la prévention de la perte d'autonomie** pour les personnes âgées et des personnes handicapées vieillissantes, dans la perspective d'accroître l'espérance de vie en bonne santé
- Le **renforcement de la coordination entre les acteurs** pour éviter les ruptures du parcours de vie et fluidifier les prises en charge, de plus en plus complexes et pluridisciplinaires : développement de filières de prise en charge spécialisées, amélioration de la coordination entre les professionnels de santé (ville-hôpital, acteurs du domicile, ...), développement d'outils structurants pour faciliter cette articulation (plateforme d'appui, systèmes d'informations partagés, adaptés à l'exercice libéral créés avec et pour les professionnels de soin de premier recours).
- Une plus grande **prise en compte de l'environnement social et familial** de la personne et du **soutien aux proches aidants**.

b) Périnatalité et petite enfance : améliorer la santé des mères et des enfants et lutter contre la mortalité infantile

Les problématiques de périnatalité et de mortalité infantile sont de véritables priorités pour améliorer l'offre et le système de santé Martiniquais. Les conditions de déroulement des grossesses et la santé à la naissance diffèrent fortement entre la métropole et les territoires ultra-marins : densités de gynécologues-obstétriciens et de médecins généralistes inférieures à la métropole, taux de prématurité plus élevé, etc. La Martinique n'échappe pas au constat général : la mortalité infantile et la mortalité périnatale sont plus élevées qu'en métropole.

La mortalité périnatale (enfants mort-nés et mortalité au cours de la première semaine de vie du nouveau-né) s'élève à 15,4 décès pour 1000 naissances contre 5,7 au niveau hexagonal sur la période 2009-2011. D'après l'INSEE, la moyenne des années 2012-2014 est de 6,6 décès d'enfants de moins de 1 an pour 1000 naissances en Martinique, contre 3,4 au niveau national. A noter qu'elle connaît une légère inflexion : de 2008 à 2015, le taux de mortalité infantile est en effet passé de 8,5‰ à 7‰ – taux qui demeure néanmoins deux fois plus élevé que le taux métropolitain³³.

La mortalité maternelle est également importante en Martinique, avec 27,9 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2008 et 2013 (taux brut de mortalité), en augmentation par rapport à la période 2001-2006 (21,5). Si ces taux sont inférieurs à d'autres DROM, la Martinique était l'un des territoires français les plus touchés par la mortalité maternelle en 2001-2006.³⁴

En outre, en 2016, plus de 10% des naissances étaient des naissances prématurées, nécessitant un suivi à long terme de ces enfants après l'accouchement, ce qui semble aujourd'hui insuffisamment réalisé dans les faits.

Les conditions sociales plus défavorables dans les territoires ultramarins contribuent aux mauvais indicateurs de santé périnatale qui y est observée. La précarité, les addictions, les pathologies chroniques (hypertension, diabète) entraînent une vulnérabilité de certaines femmes enceintes. Cette surmortalité maternelle et infantile n'a pas trouvé d'amélioration notable malgré le développement de l'offre de soins et en dépit d'actions de prévention soutenues.

L'enjeu que représente l'amélioration de la santé périnatale est double :

- D'une part il s'agit de réduire la mortalité infantile et maternelle, encore trop élevée par rapport aux taux métropolitains ;
- D'autre part, il s'agit d'assurer la prise en charge et le suivi des nouveau-nés, notamment ceux nés vulnérables, de manière précoce pour réduire les risques de troubles du développement et de sur-handicap.

Il s'agit donc, dans les années à venir, d'améliorer le système de santé de manière à :

³³ Santé périnatale en Martinique n°1/ décembre 2016, Réseau Santé Périnat Matnik

³⁴ Diagnostic OSM, « santé des populations vulnérables »

- **Renforcer la prévention mais également la promotion de la santé** pour limiter la vulnérabilité des femmes en âge de procréer
- **Mieux structurer les filières de prise en charge et de suivi des femmes enceintes et des nouveau-nés**, en favorisant la transversalité mais aussi la surveillance des mères et des enfants vulnérables dans le temps (au-delà de 6 ans).

c) Réduire l'impact du surpoids et de l'obésité et leurs incidences sur les maladies chroniques (diabète, insuffisance rénale chronique, maladies cardio-vasculaires, Troubles musculo-squelettiques)

Le surpoids et l'obésité continuent à être une problématique majeure de santé publique, notamment car le nombre de personnes en situation de surcharge pondérale ne cesse d'augmenter, concernant plus d'un adulte de plus de 16 ans sur deux en 2013. La surcharge pondérale concernerait 53,3 % des plus de 16 ans en 2003, et elle atteint 58,8 % des adultes en 2013, soit une augmentation de 5,5%. Si le surpoids est en légère baisse pour les adultes, il augmente considérablement pour les enfants, passant de 16 % à 1/4 des 3-15 ans. Par ailleurs, l'obésité touche de plus en plus de personnes : elle concerne 28% de la population de la population adulte en 2013 (une augmentation de 8 points en 10 ans) et près de 10 % des enfants.³⁵

En parallèle, **les pathologies liées au surpoids augmentent également**. La prévalence du diabète déclaré a augmenté de 10 points entre 2003 et 2013, passant de 7% à 10% (contre 4,6% en France en 2012 en France métropolitaine selon l'Institut de veille sanitaire). Le diabète est par ailleurs la première cause d'admission en ALD.³⁶ Les professionnels de santé repèrent également une augmentation des maladies articulaires et troubles musculo-squelettiques associés au surpoids.

La mortalité liée aux maladies cardio-vasculaires est en nette régression entre 2001 et 2013, et reste inférieure à la moyenne nationale. Cependant, les maladies cardio-vasculaires représentent tout de même ¼ des décès entre 2010 et 2013, et les AVC et l'HTA sont l'une des principales causes d'admission en affection de longue durée (ALD) – en lien avec une augmentation de la prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) traitée (passant de 16% à 19 % entre 2003 et 2013).³⁷

L'insuffisance rénale chronique, associée au diabète notamment, constitue, elle aussi une problématique majeure de santé. Elle concerne plus de la moitié des patients diabétiques ou en situation d'obésité (près de 60%), et son diagnostic est généralement tardif. La prévalence de patients traités par dialyse était deux fois supérieure au niveau hexagonal en 2015, mais cette prise en charge est généralement tardive et se fait plus souvent en urgence qu'en métropole.³⁸ Par ailleurs, en 2014 seuls 6,3 % des patients ont eu accès à une greffe, contre 20,9 % des patients au niveau national.

Ainsi, ces évolutions engagent à **intervenir de manière plus précoce** que ce soit en matière de prévention, dans la mesure où l'on observe de plus en plus de situation de surpoids chez les enfants, ou en matière de dépistage, dans la mesure où ces pathologies sont repérées ou traitées encore trop tardivement. La **structuration de véritables filières de dépistage et de prise en charge des maladies chroniques** est un axe important du PRS, **tout comme le renforcement des actions de promotion de la santé** visant l'adoption de comportements favorables à la santé, par exemple la promotion d'activités sportives pour les enfants sans que l'aspect financier ne soit un frein.

d) Garantir une prise en charge des cancers de qualité

Première cause de mortalité globale en Martinique comme dans l'Hexagone, les cancers représentent environ 1 650 nouveaux cas par an (période 2010-2014) selon les données du Registre Général des cancers de la Martinique. L'incidence est la plus importante pour le cancer de la prostate qui concerne 515 cas nouveaux par an – comme pour les autres DFA, la Martinique est beaucoup plus touchée par le cancer de

³⁵ Diagnostic OSM, « Déterminants de santé », Avril 2017

³⁶ Diagnostic OSM « Pathologies », 20 avril 2017

³⁷ Ibid.

³⁸ PRGRESS Martinique

la prostate qu'en métropole. Viennent ensuite les cancers du sein (216 cas par an) et colorectal (178 cas par an).³⁹

Cette situation requiert des interventions fortes à la fois en faveur :

- Du **développement d'études épidémiologiques** pour identifier les spécificités de certains cancers en s'appuyant sur les dispositifs de surveillance et de Recherche tels que le Registre Général des cancers de la Martinique et la CIRE
- De **l'adaptation des programmes de dépistages organisés des cancers** (sein, colorectal, col de l'utérus)
- Du **repérage et du dépistage des cancers**, notamment ceux qui n'entrent pas dans les dispositifs organisés nationalement et régionalement à ce jour ;
- Du **maintien ou de la structuration de filières de prise en charge** en oncologie à l'échelle de la Martinique ou de la région Antilles-Guyane ;
- De la **mise en place d'équipements lourds innovants** (Cyclotron/Tep Scan, robot chirurgical)
- De la mise en place d'une unité de thérapie cellulaire Antilles
- Du développement des soins de support et de **l'accès aux soins palliatifs**
- De **l'accompagnement du patient et de sa famille**, dans une démarche d'éducation thérapeutique
- Du **rapprochement entre les acteurs** des secteurs public et privé de cancérologie afin d'optimiser les ressources médicales et matérielles disponibles.
- Du **renforcement des liens ville-hôpital**.

e) Améliorer les prises en charge en matière de Santé Mentale

On estime que 12 millions de Français souffrent d'au moins un trouble psychiatrique en 2016, soit près de 18% de la population, presque 1 Français sur 5. Parmi les 44 millions d'adultes vivant à domicile en France, 18,5 % souffriraient d'une pathologie psychiatrique dont 15% d'une forme sévère.

Les indicateurs disponibles sur la question de la santé mentale restent globalement plus favorables en Martinique que sur l'Hexagone, avec notamment des prévalences d'épisodes dépressifs et une consommation de médicaments psychotropes qui reste limitée par rapport aux moyennes métropolitaines. En 2014, 15% des 15-30 ans avaient consommé des médicaments psychotropes au cours de leur vie selon le Baromètre santé DOM, et 6,4 % avaient déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie (soit 0,5 points de plus qu'en métropole). Les épisodes dépressifs touchent principalement les femmes : 7,6 % des femmes.⁴⁰

Cependant, cette problématique demeure sous-documentée et les données existantes (qui se fondent sur des éléments déclaratifs) pourraient sous-évaluer sa gravité. Cela s'explique notamment par le tabou persistant autour de ces enjeux, ainsi que par la difficulté de détecter de façon efficace les épisodes dépressifs voire les tendances suicidaires. Les personnes ayant des problématiques psychiatriques ne sont par ailleurs pas toujours identifiées et diagnostiquées comme telles, notamment lorsqu'elles sont éloignées du système de soins (personnes en situation d'errance par exemple).

La nécessité de faire de la santé mentale une priorité de ce PRS vient aussi et surtout d'une réalité observée sur le terrain par l'ensemble des professionnels sanitaires et médico-sociaux, d'une augmentation des cas de troubles psychiques à domicile et en établissement de santé, avec des difficultés à proposer des réponses coordonnées et pertinentes, en situation d'urgence ou sur le long terme.

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de la communauté. Loin d'être limitée au seul champ de la psychiatrie, cette définition de la santé mentale, promue par l'Organisation mondiale de la santé, implique de développer en amont et en complémentarité de l'offre de soins des approches préventives, en renforçant les facteurs de protection individuels et

³⁹ Registre Général des cancers de la Martinique

⁴⁰ Données diagnostic OSM « Pathologies » 20 avril 2017

environnementaux (compétences psychosociales, compétences parentales, bien-être à l'école, au travail, lutte contre les stigmatisations des personnes en situation de handicap psychique,...).

Il est essentiel de faire évoluer les réponses apportées aujourd'hui vers :

- **Une prévention et un repérage plus précoces des troubles en santé mentale**, notamment en luttant contre les paramètres socio-environnementaux défavorables : stigmatisation, précarité, mal-être, etc.
- Une **structuration de l'offre de prise en charge plus solide, garantissant un maillage en proximité et une bonne coordination ville-hôpital** ;
- Une **coordination plus importante des acteurs**, par exemple en poursuivant le déploiement des Conseils locaux de santé mentale (CLSM).
- In fine, l'élaboration du **projet territorial de santé mentale** à partir de diagnostics partagés.

2. Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé

a) Agir sur les difficultés d'accès aux soins et à la prévention pour les populations les plus vulnérables

Les caractéristiques sociales et économiques présentées ci-avant induisent une fragilité importante d'une partie de la population martiniquaise et d'une partie du territoire. Les populations vulnérables ou en situation de précarité connaissent des difficultés particulières en ce qui concerne l'accès aux soins et à la prévention, du fait de l'existence de freins à la fois financiers, de mobilité ou encore sociaux pouvant entraîner un renoncement ou un recours tardif aux soins. Selon l'Observatoire régional des situations de fragilités, 15,8% des Martiniquais assurés sociaux du régime général âgés de 16 ans et plus n'ont pas déclaré de médecin traitant en 2015, contre 10,8% au niveau national, et que 8,6% des Martiniquais assurés sociaux du régime général âgés de 16 ans et plus n'ont pas eu recours aux soins au cours des 24 derniers mois en 2015 contre 7,9% au niveau national.

La qualité de l'éducation, l'accès à une alimentation de qualité, le contexte social, la mobilité des personnes, la qualité des relations sociales et l'isolement social, l'accessibilité aux services sociaux, de prévention, médico-sociaux, à l'emploi et à la formation sont autant de facteurs générateurs d'inégalités territoriales et sociales de santé. Ces déterminants touchent de façon plus importante certaines populations fragiles et vulnérables, qui accèdent avec difficultés aux ressources et à l'offre présentes sur le territoire. Ces populations sont ciblées par le Programme Régional pour l'Accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) : les personnes en errance sans domicile fixe, les personnes en perte d'autonomie, les jeunes avec de faibles niveaux de ressources et en rupture familiale, les familles monoparentales en difficultés financières, les personnes victimes de violences, les personnes sous main de justice.

Les évolutions du système de santé devront donc nécessairement tenir compte des difficultés d'accès que rencontrent aujourd'hui certaines populations particulièrement vulnérables de manière à ce que les améliorations à venir profitent équitablement à tous les Martiniquais.

b) Organiser un maillage territorial garantissant une égalité d'accès à l'offre de santé

Les inégalités territoriales de santé sont également un enjeu majeur. Des efforts visant à renforcer l'offre de soins de premier recours ont été fournis durant la période couverte par le premier PRS : l'offre de proximité a été renforcée avec l'ouverture de centres de santé de proximité (annexe du centre de santé de Saint Pierre, centre de santé et centre périnatal de proximité sur Basse Pointe, maison pluridisciplinaire de santé à Sainte Marie) et le soutien à l'installation de praticiens territoriaux de médecine générale.⁴¹ Cependant, le déséquilibre dans la répartition de l'offre de santé sur le territoire demeure.

⁴¹ Document ARS « ILLUSTRATION THEMATIQUE – Réduction des inégalités de santé »

Plus qu'une répartition égalitaire de l'offre de soin et de l'offre médico-sociale, la question de **l'égalité d'accès à l'offre existante** est centrale pour le territoire insulaire qu'est la Martinique. Il s'agit de structurer une offre de santé graduée, permettant à chacun et pour chaque territoire, d'accéder à des soins de proximité, puis à un parcours de soins organisés en fonction de ses besoins.

Cette ambition nécessite aussi bien de veiller, dans les développements à venir, à une **juste répartition territoriale des moyens au regard des besoins**, mais aussi à **renforcer les dispositifs de mobilité**, pour favoriser l'accès des Martiniquais à l'offre existante d'une part, mais aussi « l'aller-vers » des professionnels.

B. Adapter le système de santé aux enjeux d'aujourd'hui et de demain : 6 principes organisateurs pour les 10 années à venir

En parallèles des priorités de santé publique qui doivent être traitées dans le cadre de ce projet de santé, l'agence régionale de santé a choisi de faire reposer la politique de santé sur 6 principes d'action transversaux et organisateurs du système de santé. Ces principes doivent constituer autant d'outils servant à la déclinaison opérationnelle des 8 objectifs généraux identifiés et exposés ci-dessous.

Les enjeux posés au territoire Martiniquais nécessitent d'adapter et de faire évoluer le système de santé autour de 6 grands principes structurants à court, moyen et long termes :

1. Un système de santé **tourné vers la promotion de la santé** et la prévention,
2. Un système de santé transversal et **coordonné à l'échelle régionale et à l'échelle territoriale**
3. Un système de santé **performant, innovant et attractif**
4. Un système de santé **réactif**
5. Un système de santé qui place **l'utilisateur au cœur** des préoccupations et veille à sa présence dans toutes les instances, réglementaires ou non
6. Un système de santé **lisible** pour les usagers comme pour les professionnels

IV. Les orientations régionales

A. 3 grandes orientations stratégiques et 8 objectifs généraux pour relever les défis actuels et à venir

1. Orientation 1: Développer une culture partagée de la promotion de la santé permettant à chacun de devenir co-auteur de sa santé

Contexte et enjeux

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 fait du renforcement de la prévention et de la promotion de la santé son titre premier, et réaffirme la lutte contre les inégalités sociales de santé comme priorité nationale. Défini en 1986 par l'OMS dans la Charte d'Ottawa, le concept de promotion de la santé conduit à élargir les préoccupations au-delà de la seule approche par la pathologie. La prise en compte des déterminants socio-économiques et socio-environnementaux, ainsi que des inégalités sociales de santé, semble indispensable à la définition d'une politique de santé efficace. La promotion de la santé doit donner de nouveaux outils, notamment aux plus vulnérables, pour prendre soin de soi et des autres. Ces politiques doivent être universelles, mais également fortement renforcées dans les territoires et à l'égard de populations moins favorisées, afin de tenir compte des fragilités d'une partie de la population.

Définition de la promotion de la santé

Définition OMS – Charte d'Ottawa 1986

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

En Martinique, le **développement de la politique de prévention, d'éducation et de promotion de la santé a été identifié en mai 2016 comme première priorité de santé dans le cadre de la déclinaison locale de la Stratégie de santé pour les Outre-Mer** (feuille de route régionale). La prise en compte des risques environnementaux comme déterminant de santé, est également intégrée à la feuille de route régionale (ex : réduction des expositions particulières d'origine alimentaire par les sols). La protection des populations s'étend en effet également au cadre et à la qualité de vie : une mobilisation de l'ensemble des politiques publiques est de ce fait essentielle. Le logement et l'habitat, l'éducation, la protection environnementale... constituent autant de secteurs mobilisables pour agir sur les facteurs pouvant avoir un effet sur la santé des Martiniquais.

Les enjeux propres au contexte régional justifient d'autant plus le développement d'une politique de promotion de la santé forte et structurée :

- des caractéristiques sociales et économiques induisant une fragilité importante d'une partie de la population martiniquaise et d'une partie du territoire ;
- un contexte de surpoids et de forte prévalence de maladies chroniques associées (hypertension, diabète), avec des indicateurs au-dessus de la moyenne des régions hexagonales;
- des professionnels qui constatent des difficultés d'appropriation et d'adoption de comportements favorables à la santé.

Cela implique d'une part de renforcer la mobilisation intersectorielle des acteurs publics, et d'autre part de poursuivre les efforts engagés à la fois :

- en matière de déploiement d'une politique de promotion de la santé pour conférer à la population un plus grand contrôle et un plus grand pouvoir sur les décisions qui affectent sa santé,
- et en matière de prévention afin diminuer la fréquence d'apparition et la prévalence des problèmes de santé ou des facteurs de risque dans la population, en agissant de manière graduée et ciblée.

Objectifs généraux à 10 ans

- ▶ Objectif 1 : Placer la promotion de la santé au cœur de toutes les politiques
- ▶ Objectif 2 : Renforcer les actions et dispositifs de promotion et de prévention ciblés en visant la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

Notre stratégie pour la période 2018-2023

- ▶ **Développer le plaidoyer en promotion de la santé et faire évoluer les représentations** pour développer une approche positive de la santé, en ciblant notamment les collectivités et les élus locaux
- ▶ **Créer et développer des environnements favorables et facilitateurs** en renforçant la connaissance des liens entre santé et environnement pour les acteurs du territoire et le grand public, et en développant et diffusant des outils permettant d'adopter une démarche de promotion de la santé dans les projets d'aménagement et d'équipement – en lien avec le Plan Régional Santé Environnement
- ▶ **Renforcer les compétences et capacités des individus à agir sur leur santé et dans la définition des politiques de santé locale, dans une logique d'empowerment et de renforcement de la littératie en santé.** Ce qui passe à la fois par :
 - un renforcement de la **démocratie en santé** en soutenant à la fois les représentants d'usagers dans les instances règlementaires de démocratie sanitaire, et la participation citoyenne d'usagers sans mandat
 - le soutien aux actions visant à **développer les compétences psychosociales** des individus
- ▶ **Poursuivre et renforcer les actions de prévention autour de priorités de santé publique** : dans le champ de la lutte contre les maladies chroniques et de l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive.

Notre stratégie pour la période 2023-2027

La stratégie définie pour la période 2023-2027 s'inscrit dans la continuité des 5 années précédentes avec comme objectifs de :

- ▶ **Continuer à intervenir de manière globale en promotion de la santé** en amenant la Prévention et l'Éducation à la Santé au plus près des populations, en poursuivant le travail de renforcement des Compétences Psychosociales, et ce, de manière coordonnée et en continuant à sensibiliser les acteurs et la population à l'ensemble des facteurs pouvant avoir un effet sur la santé (approche des « déterminants de la santé »).
- ▶ **Renforcer les dispositifs de prévention primaire, secondaire et tertiaire, en particulier :**
 - Dans le champ de la **nutrition** (alimentation et activité physique)
 - En faveur du dépistage précoce des **maladies chroniques** aux âges clés de la vie et du dépistage des **cancers**,
 - En ce qui concerne la **vaccination**
 - Via le développement de l'offre **d'éducation thérapeutique du patient** et de son accessibilité.
- ▶ **Promouvoir une approche globale des enjeux de santé et des enjeux environnementaux**, via le développement d'une culture globale et intersectorielle autour du concept « Une seule santé » qui propose une approche intégrée et unifiée de la santé publique, animale et environnementale, au fondement des orientations du 4ème Plan National Santé Environnement.

2. Orientation 2 : Viser l'excellence du système de santé Martiniquais

Contexte et enjeux

La question de l'organisation du système de santé existant et sa capacité à répondre aux besoins de la population aujourd'hui et dans les années qui viennent est un sujet central pour la définition d'orientations à 10 ans. La qualité du service rendu aux usagers constitue par ailleurs un point de référence pour identifier les évolutions souhaitables.

Au niveau national, l'accessibilité et la qualité des services actuellement rendus par le système de santé, par la prévention et les soins, contribuent de façon importante au haut niveau actuel de l'espérance de vie en France, ce qui avait conduit l'OMS à classer le système de santé Français au premier rang mondial en 2000. Dans le même temps l'accroissement des dépenses liées à la santé, en lien avec l'accroissement de l'espérance de vie et le développement des maladies chroniques, interroge la soutenabilité du système.

En octobre 2010, dans son guide méthodologique relatif à l'élaboration du Plan Stratégique Régional de Santé, l'Etat soulignait déjà l'enjeu de la maîtrise des dépenses par la recherche de l'efficacité dans tous les secteurs du système de santé, mise en avant comme la seule orientation possible pour assurer la soutenabilité, et la qualité à long terme.

En Martinique, le système de santé fait par ailleurs face à des problématiques fortes, auxquelles il convient de répondre, et qui avaient par ailleurs déjà été identifiées dans la feuille de route régionale déclinant la Stratégie de Santé pour les Outre-Mer :

- **La démographie médicale demeure fragile, si ce n'est insuffisante, et la concentration de l'offre dans le centre-sud représente un frein à l'accès aux soins.** Certaines communes du Nord sont ainsi sans médecins libéraux, et des spécialités entières restent peu couvertes (pneumo, gastro, pédiatrie, anesthésie, urgentiste, ophtalmo, psychiatrie, rhumatologie)⁴² Le vieillissement attendu d'une partie des professionnels de santé de ville, conjugué aux difficultés récurrentes de recrutement de certains professionnels au niveau des établissements de santé sont des risques qui pèsent aujourd'hui sur le système de santé Martiniquais et qu'il convient de juguler dès à présent.
- **Par ailleurs, la qualité du service rendu aux patients et usagers demeure une priorité, qui se conjugue à un objectif de soutenabilité et de performance du système de santé :** il s'agit de faire en sorte que le patient soit pris en charge au bon endroit, dans des délais rapides, par des professionnels qualifiés, juste le temps nécessaire, dans de bonnes conditions. La formation continue des professionnels du sanitaire ou du médico-social, tout comme la structuration des filières de soins coordonnés, sont autant d'objectifs à poursuivre dans une perspective d'amélioration continue. **Les déficits chroniques de certains établissements** empêchent ou retardent des politiques d'investissement nécessaires pour améliorer l'accueil et la prise en charge des patients. Cette situation appelle à conserver une vigilance particulière à la soutenabilité financière de l'activité des établissements sanitaires, en particulier au vu des surcoûts engendrés par l'exercice en contexte insulaire. La nécessité de rechercher l'efficacité de l'offre hospitalière a été soulignée au niveau national, et constitue le premier axe du Plan Pluriannuel Régional de Gestion du Risque et d'Efficacité du Système de Soins ;
- D'autre part, le caractère insulaire de la région, et la diminution de la population observée depuis plusieurs années, font peser **des incertitudes sur le maintien de certaines filières de soins spécialisées**, si une organisation suprarégionale n'est pas structurée.
- Enfin, l'île fait face à une réalité de **menaces épidémiques propres aux pays tropicaux et à des risques de catastrophes naturelles accrus** pouvant déstabiliser l'offre de soins dans un contexte d'éloignement géographique, et qui impliquent de conforter sa capacité de gestion de crises et de veille et sécurité sanitaire.

Pour apporter des réponses à ces problématiques, un certain nombre de leviers doivent être activés. Il s'agit notamment de **tirer parti des potentialités offertes par les nouvelles technologies de l'information et de la communication** et à développer de nouveaux services facilitant l'accès à la santé pour la population : E-Santé,

⁴² Feuille de route Martinique SSOM

Télémedecine, etc. **L'innovation et la recherche** doivent ainsi être davantage mobilisées pour répondre aux besoins nouveaux mais aussi pour renforcer l'attractivité, de la qualité et l'efficacité.

Il s'agit, pour les 10 années à venir, de faire évoluer le système de santé de manière à :

- Le rendre plus attractif pour attirer de nouveaux professionnels de santé et renforcer l'offre de soins de premier et de second recours,
- Renforcer en continu sa qualité et son efficacité
- Assurer sa réactivité et sa capacité à gérer les risques et les situations de crises sanitaires

Objectifs généraux à 10 ans

- ▶ Objectif 3 : Renforcer la démographie des professionnels de santé
- ▶ Objectif 4 : Assurer la performance du système de santé, la qualité, la pertinence et la sécurité des soins
- ▶ Objectif 5 : Améliorer la veille, l'évaluation et la gestion des risques et des crises sanitaires
- ▶ Objectif 6 : Développer les études, la recherche et l'innovation en santé

Notre stratégie pour la période 2018-2022

- ▶ **Favoriser l'installation de professionnels de santé**, notamment dans les zones fragiles, en :
 - soutenant les structures d'exercice coordonné
 - poursuivant la mise en œuvre des dispositifs nationaux de soutien aux professionnels libéraux
 - accompagnant les jeunes aspirant en facilitant leur accès à la formation initiale puis leur installation
- ▶ Continuer à **garantir la qualité et la sécurité des soins** via :
 - **L'organisation régionale des vigilances** et l'appui à la **gestion des risques et à la sécurité des soins**
 - L'accompagnement, via la contractualisation, des établissements de santé et établissements médico-sociaux dans leurs **démarches qualité** et leurs **actions d'amélioration de l'efficacité**, en lien avec les outils nationaux
 - L'appui au **renforcement de l'expertise et de la formation** des professionnels
 - La poursuite des actions visant le « **virage ambulatoire** » dans les champs sanitaire et médico-social, qui s'accompagnent d'une rationalisation de l'organisation de l'offre ambulatoire de premier recours
 - La promotion de **systèmes d'information performants** permettant d'accompagner et de soutenir ces évolutions
 - Dans le respect du Plan National pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie (2015-2018), améliorer l'organisation du système de santé pour favoriser **l'accès aux soins palliatifs et aux dispositifs de prise en charge de la douleur** – gage de qualité des prises en charge.
- ▶ **Améliorer la veille, l'évaluation et la gestion des risques et des crises sanitaires**, aussi bien en ce qui concerne l'organisation de la veille (surveillance, promotion de la culture du signalement) que de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (urgences sanitaires, plan ORSAN...)
- ▶ **Améliorer la connaissance et la recherche, en privilégiant une dimension régionale Antilles-Guyane**, en ciblant deux champs d'investigation : les cancers et la périnatalité (prévention / prise en charge des enfants vulnérables)
- ▶ **Renforcer les outils et les dispositifs de suivi-évaluation**, de manière à concevoir un système d'observation permettant l'évaluation et le réajustement en continu des interventions de l'ARS et de ses partenaires

Notre stratégie pour la période 2023-2027

Pour la période 2023-2027, en déclinaison des objectifs généraux 3, 4, 5 et 6, le Schéma régional de santé fixe plusieurs priorités :

- ▶ **Déployer la politique régionale de ressources humaines en santé**, enjeu fort pour la période à venir, dans un contexte où celles-ci ont été fortement fragilisées par la crise sanitaire de la COVID-19 et où les besoins de prise en charge liés au vieillissement ou à l'augmentation des maladies chroniques vont croissants. Il s'agira de travailler au renforcement de l'attractivité du territoire pour l'exercice soignant, qu'il soit médical ou paramédical. En particulier, l'ARS et ses partenaires, la CTM en premier lieu, s'attelleront à la

structuration et la promotion des 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.

▶ **Continuer à assurer la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, au travers :**

- du renforcement du rôle de l'Instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS)
- de la pertinence et de l'efficacité de l'activité d'imagerie
- du renforcement de l'usage du numérique au service de l'efficacité des prises en charge, de concert avec le renforcement de la cybersécurité

▶ **Passer progressivement du management de la qualité au management par la qualité** en accompagnant 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, passant par la mise en place d'une Structure Régionale d'Appui dédiée à la qualité.

▶ **Renforcer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles**, via une mobilisation interacteurs structurée et organisée, permettant d'accroître davantage encore la résilience du système de santé face aux risques (sanitaires, environnementaux, sociaux).

▶ Dans le SRS 2023-2027, la stratégie vise à donner une place plus grande aux expérimentations et à la capacité d'innover des acteurs Martiniquais. **Le soutien à la recherche et à l'innovation en santé** est ainsi envisagé, comme un axe transversal aux différents objectifs prioritaires et parcours de santé. Il se traduira, par exemple, par 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.

3. Orientation 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

Contexte et enjeux
<p>La notion de parcours s'est imposée en réponse à la progression des maladies chroniques et à la nécessaire évolution du système de santé vers une prise en charge plus complète de l'individu. Privilégiant une approche globale et continue, au plus près des lieux de vie des usagers, les parcours s'articulent autour de la prévention, des soins, du médico-social et du social, qui impose une prise en charge pluridisciplinaire fondée sur la coordination d'une multiplicité d'acteurs. Ce constat implique la mise en place d'un système de santé plus décloisonné, mais également organisé au plus près du lieu de vie de l'individu, de façon territorialisée. Le développement d'une offre graduée, se déployant de façon efficace au niveau local, paraît donc essentiel pour proposer une réponse adaptée aux besoins de la population.</p> <p>En Martinique, le vieillissement de la population, la précarité d'une partie importante de la population, la prévalence importante des situations de handicap, le développement des maladies chroniques sont autant d'évolutions qui nécessitent aujourd'hui mais également dans les années à venir, de structurer des prises en charges pluridisciplinaires, mobilisant les acteurs du sanitaire, du médico-social voire du social.</p> <p>La réduction des inégalités d'accès aux soins et l'amélioration des prises en charge passe par une meilleure structuration des parcours, et un accès aux soins primaires.</p> <p>Il s'agit ainsi de faire évoluer le système de santé Martiniquais vers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une plus grande de prise en compte de l'individu pour le placer au cœur des accompagnements et des prises en charge, - Davantage de coordination des acteurs à l'échelle régionale et à l'échelle des quatre territoires de proximité, - Davantage de lisibilité pour faciliter l'orientation et l'accès à un accompagnement pertinent pour l'utilisateur et les professionnels.
Objectifs généraux à 10 ans
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Objectif 7 : Améliorer l'accès à l'offre de santé et développer les soins de proximité ▶ Objectif 8 : Assurer la coordination des acteurs autour des parcours de santé
Notre stratégie pour la période 2018-2022
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Renforcer l'accessibilité géographique de l'offre de soins en visant un renforcement du maillage territorial et une utilisation plus rationnelle des ressources existantes, dans un contexte de ressources humaines en santé contraintes ▶ Développer les dispositifs favorisant « l'aller-vers » ou la mobilité des publics cibles, dans le champ de la prévention et des soins de premier recours ▶ Doter la région des outils permettant une coordination des acteurs autour des parcours de santé, ce qui passe par : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le renforcement de l'appui aux professionnels de premier recours pour les situations complexes (PTA, réseaux de santé) ○ Le développement des coopérations formalisées entre secteurs ○ Le déploiement progressif d'un bouquet de services numériques auprès des acteurs participant à la coordination des parcours

- ▶ **Limiter les ruptures dans les parcours de santé - de la prévention à la prise en charge, la réadaptation et le suivi** - en défendant :
 - Une meilleure **prise en compte de l'environnement social et familial** (notamment des aidants) des personnes, ce qui passe entre autres par la reconnaissance de l'expertise d'usage
 - Une vision régionale des parcours :
 - renforcement de la coordination des interventions des acteurs par la poursuite / la mise en place d'instances régionales,
 - structuration de filières de soins interrégionales et définition d'un circuit du patient étranger, en coopération avec les autres DFA.

- ▶ **Décliner les orientations régionales dans le cadre de parcours de santé et de vie prioritaires** :
 - Parcours de publics à forts enjeux
 - Femmes enceintes et nouveau-nés
 - Enfants et jeunes
 - Personnes en situation de handicap
 - Personnes âgées
 - Parcours autour d'enjeux de santé spécifiques
 - Maladies chroniques
 - Cancers
 - Addictions
 - Santé mentale
 - Maladies rares

Notre stratégie pour la période 2023-2027

En déclinaison des objectifs 2.1 à 2.5, le Schéma Régional de Santé 2023-2027 définit plusieurs priorités :

- ▶ Dans la continuité du SRS 2018-2022, **renforcer l'accessibilité de l'offre de santé via le renforcement du maillage territorial et de l'aller-vers**, notamment au travers du développement de la médiation en santé, afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé avec comme cibles:
 - La réduction du non-recours aux soins en déployant une stratégie territorialisée de déploiement de l'offre de premier recours
 - La réduction de la part de la population n'ayant pas de médecin traitant

- ▶ **Assurer la réponse aux besoins de soins urgents et de soins non programmés**, en poursuivant la dynamique engagée avec la mise en place du Service d'Accès aux Soins, et en travaillant au renforcement des services d'urgences. Les ambitions régionales sont définies et seront pilotées au travers de la feuille de route « Urgences / Soins non programmés / PDSA » qui vise :
 - l'amélioration de l'offre de prise en charge des Soins Non Programmés (SNP)
 - l'amélioration de l'offre de soins d'urgence
 - la mise en place un observatoire régional des urgences
 - le renforcement de la communication institutionnelle autour des urgences / SNP

- ▶ **Continuer à renforcer la coordination des acteurs autour du patient**, en mettant l'accent sur :
 - La poursuite du déploiement des outils numériques de coordination de parcours de santé auprès des acteurs de la coordination
 - Le développement des relations entre les acteurs de la ville et de l'hôpital au service de parcours de santé coordonnés

- ▶ **Améliorer la visibilité et la lisibilité de l'offre de santé et rendre les Martiniquais acteurs de leur santé** en leur permettant de mieux se repérer dans le système de santé, d'accéder plus facilement aux ressources du territoire, d'avoir la main sur leurs données de santé. Il s'agira d'accompagner le déploiement de « Mon Espace Santé » et son utilisation, et de 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. La concertation citoyenne est comprise comme un levier de mobilisation de l'ensemble des acteurs du système de santé, en faveur de la structuration de parcours de santé et de vie pertinents, fondés sur le principe de l'autodétermination.

- ▶ **Structurer des parcours en santé dans 8 domaines prioritaires** en intervenant sur plusieurs dimensions : la prévention / le repérage des problématiques ; la structuration d'une offre graduée et de filières de prise en charge spécifiques ; la coordination des acteurs, notamment ville-hôpital ; la formation, la montée en compétences et en connaissance sur les différents champs.
 - Parcours de publics à forts enjeux :
 - Périnatalité / santé maternelle et santé des jeunes enfants
 - Personnes en situation de handicap
 - Personnes âgées
 - Parcours autour d'enjeux de santé spécifiques :
 - Maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle, maladies rénales chroniques, asthme, drépanocytose, SIDA, etc.)
 - Obésité
 - Cancers
 - Addictions
 - Santé mentale

B. Les conditions de la réussite : des leviers d'action transversaux à promouvoir

1. *Garantir la poursuite de la stratégie d'Animation Territoriale et favoriser la coordination des acteurs à l'échelle régionale et locale*

La politique de santé est structurée autour d'un unique Territoire de santé, ce qui permet une intervention homogène, au regard de la configuration géographique, de la répartition de la population et de la concentration de l'offre de soins au centre de la Martinique.

Cependant, l'identification par l'ARS de 4 territoires de proximité, correspondant à des besoins différenciés, permet aujourd'hui en parallèle d'adapter la politique régionale de santé aux spécificités locales, en résonance et en cohérence avec les attentes et les besoins locaux. Cette stratégie d'animation territoriale facilite la mobilisation des acteurs de terrain, de manière intersectorielle, mais est également un cadre intéressant pour favoriser la participation citoyenne.

L'évaluation du premier PRS a montré que ce découpage territorial a fait ses preuves et est reconnu par la majorité des acteurs du champ de la santé.

Il s'agira ainsi, sur un territoire où le nombre d'acteurs est relativement réduit, de définir et structurer à la fois :

- Des **espaces de dialogue et de concertation régionale**, mobilisant les acteurs pertinents, dont les acteurs institutionnels copilotes ou co-financeurs des politiques de santé publiques, pour analyser les besoins et co-construire des orientations partagées (COFIL régionaux, thématiques)
- Des **instances et dispositifs de coordination locaux**, articulés aux territoires de proximité (poursuite et dynamisation des COTECH et COTERR).

Cette coordination des interventions est indispensable pour donner cohérence et complémentarité aux actions qui sont déployées.

Elle est complémentaire à la coordination interprofessionnelle et intersectorielle qui devra être développée autour du patient.

2. *Replacer l'utilisateur au cœur du système de santé*

Une appropriation par la population des enjeux de santé permet d'obtenir des résultats importants, notamment par le développement de la démocratie participative en matière d'observation et d'évaluation.

La loi de modernisation de notre système de santé instaure des mesures fortes visant à faire progresser la démocratie en santé via notamment :

- La mise en place du **conseil territorial de santé**, dont le rôle est, entre autres, de :
 - o veiller à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants.
 - o d'organiser, au sein d'une formation spécifique, l'expression des usagers, en intégrant celle des personnes en situation de pauvreté ou de précarité.
- Le renforcement des **compétences des commissions des usagers** dans les établissements de santé.

Pour la réalisation des orientations stratégiques prévues à 10 ans, il est indispensable de pouvoir placer l'utilisateur au cœur des actions qui seront déployées :

- Pour développer une approche en promotion de la santé efficace et partagée par tous, qui vise à **valoriser les ressources individuelles de chacun** ;
- Pour **articuler les interventions des acteurs autour du parcours de la personne**, en dépassant les cloisonnements sectoriels.

3. *Développer l'innovation en santé*

Pour accompagner les orientations régionales à 10 ans, l'innovation est un levier d'action indispensable pour faire face aux profondes évolutions qui vont intervenir dans le champ de la santé (développement des technologies numériques au service des soins, développement des sciences cognitives, développement de l'utilisation des objets connectés...).

Sur la durée du Projet Régional de Santé, seront favorisées à la fois les actions visant à intégrer et développer les innovations technologiques et les innovations organisationnelles.

Concernant les innovations technologiques :

- De nouvelles technologies en faveur de la santé seront développées pour **faciliter l'information et le recours aux soins**. Ainsi, le développement de la télémédecine, est une forme de réponse aux enjeux d'accessibilité des soins, notamment dans un contexte insulaire, en cohérence avec l'axe 4 du plan national pour l'égal accès aux soins dans les territoires.
- Il s'agit par ailleurs de permettre aux professionnels de santé de pouvoir s'appuyer sur des systèmes d'informations centrés sur le patient pour **éviter les ruptures de parcours de soins**. Ainsi, seront développés les outils numériques au service de prise en charge coordonnées et articulées entre professionnels.

Concernant les innovations organisationnelles, seront recherchés :

- Une **plus grande participation des patients** au diagnostic et au choix thérapeutique ;
- Les **formes organisées de prises en charge en ambulatoire**, en appui au « virage ambulatoire », et le développement de dispositifs innovants de soutien au domicile, dans le champ de l'autonomie notamment.

4. *Renforcer la coopération régionale caribéenne et entre DOM/COM*

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

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

La coopération régionale, internationale et entre DOM / COM est un objectif de la Stratégie de Santé pour les Outre-Mer qui a également été intégré dans les CPOM qui lient les ARS de Martinique, de Guadeloupe et de Guyane à l'Etat.

Elle apparaît comme un outil particulièrement utile et à renforcer en faveur :

- De la **structuration de filières de santé**, dans une logique de construction et de valorisation du parcours de santé du patient étranger
- De la **recherche** autour de problématiques de santé publique partagées.

5. Renforcer l'observation et l'évaluation en santé au service du pilotage et de la montée en compétence des acteurs

Afin de renforcer le pilotage du système de santé et d'appuyer la réalisation des objectifs généraux définis pour les 10 prochaines années, l'ARS souhaite **renforcer ses fonctions d'observation au service de l'évaluation** de manière à ajuster les politiques menées au regard de l'évolution des besoins constatée.

Pour cela, il s'agit de pouvoir :

- **Renforcer la connaissance et l'observation en santé**, dans une perspective de coopération régionale, et en mobilisant notamment la recherche interventionnelle et les données probantes
- **Renforcer les outils de suivi des actions et de l'activité** des opérateurs
- **Développer une culture de l'évaluation** qui a vocation à irriguer l'ensemble des actions et politiques déployées, dès leur conception.

Fixer ces objectifs devrait permettre en parallèle de renforcer les compétences et la qualité des interventions des acteurs :

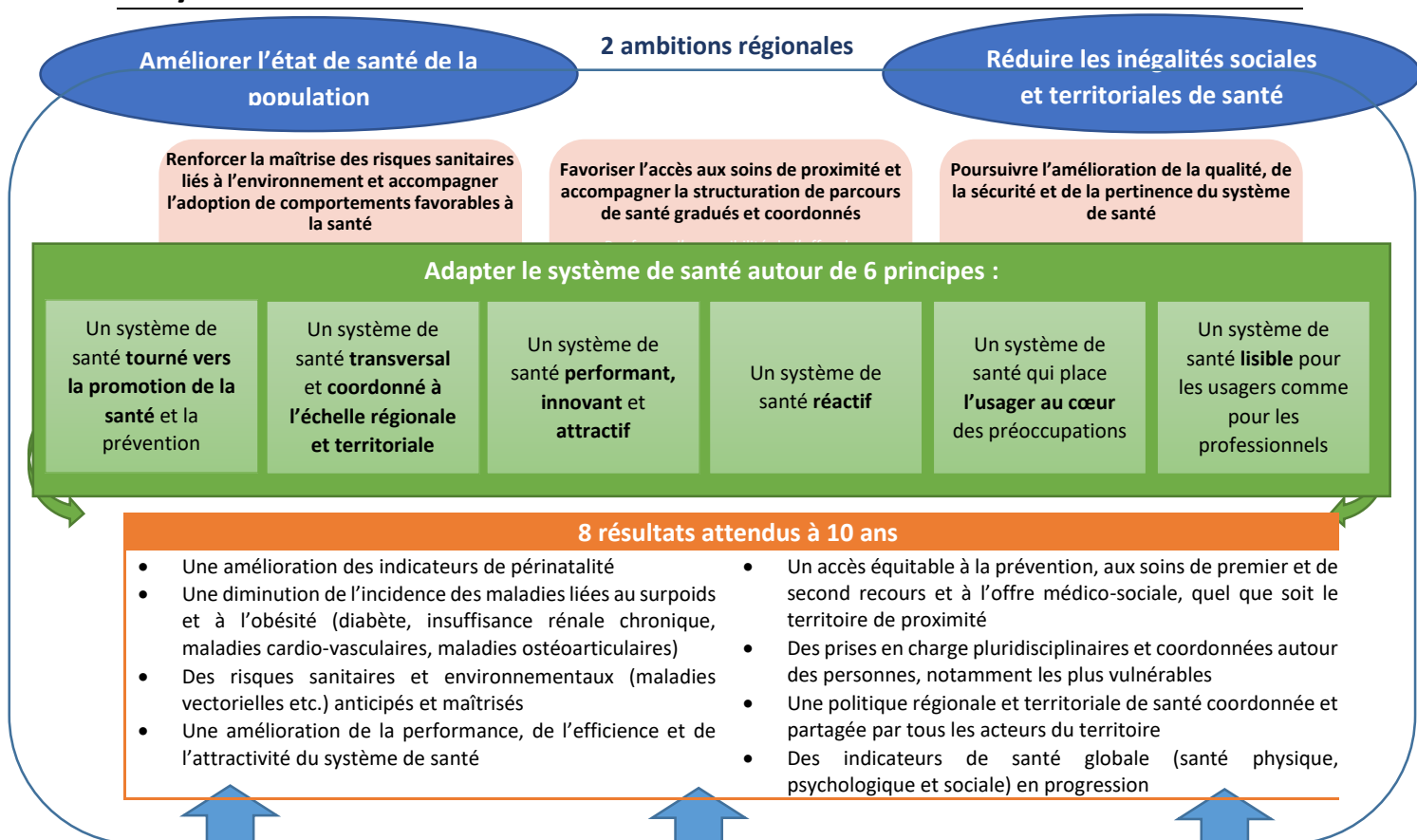
- La diffusion des éléments de connaissance et d'observation aux acteurs impliqués dans les politiques de santé publique devrait permettre une **amélioration des réponses** et de leur adéquation avec les besoins ;
- la **diffusion d'une culture de l'observation, de la recherche-action et de l'évaluation**, devra s'appuyer sur des **formations ciblées** en faveur des acteurs - locaux et régionaux - du territoire.

C. Les résultats attendus à 10 ans

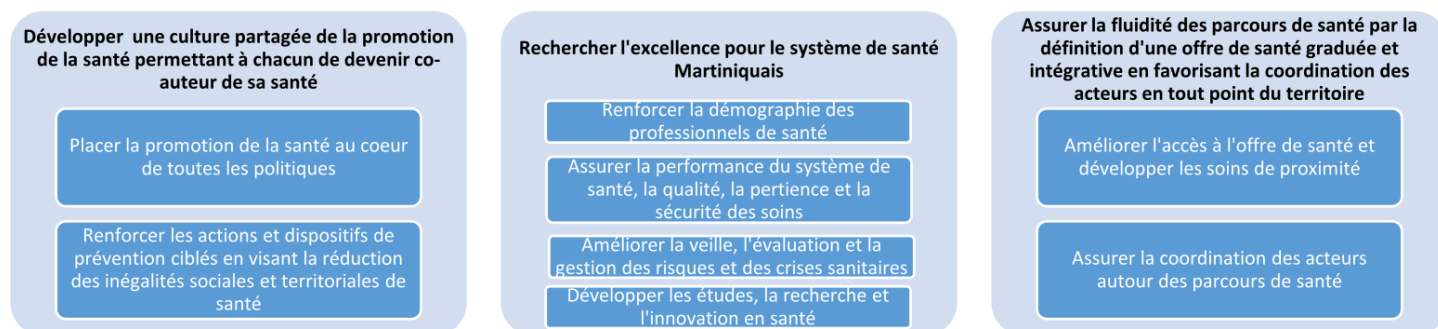
Les orientations stratégiques ainsi que les principes organisateurs du système de santé devraient permettre d'atteindre, à 10 ans et à minima, les résultats suivants :

1. Une amélioration des indicateurs de périnatalité
2. Une diminution de l'incidence des maladies liées au surpoids et à l'obésité (diabète, insuffisance rénale chronique, maladies cardio-vasculaires, maladies ostéoarticulaires)
3. Des risques sanitaires et environnementaux (maladies vectorielles etc.) anticipés et maîtrisés
4. Une amélioration de la performance, de l'efficacité et de l'attractivité du système de santé
5. Un accès équitable à la prévention, aux soins de premier et de second recours et à l'offre médico-sociale, quel que soit le territoire de proximité
6. Des prises en charge pluridisciplinaires et coordonnées autour des personnes, notamment les plus vulnérables
7. Une politique régionale et territoriale de santé coordonnée et partagée par tous les acteurs du territoire
8. Des indicateurs de santé globale (santé physique, psychologique et sociale) en progression

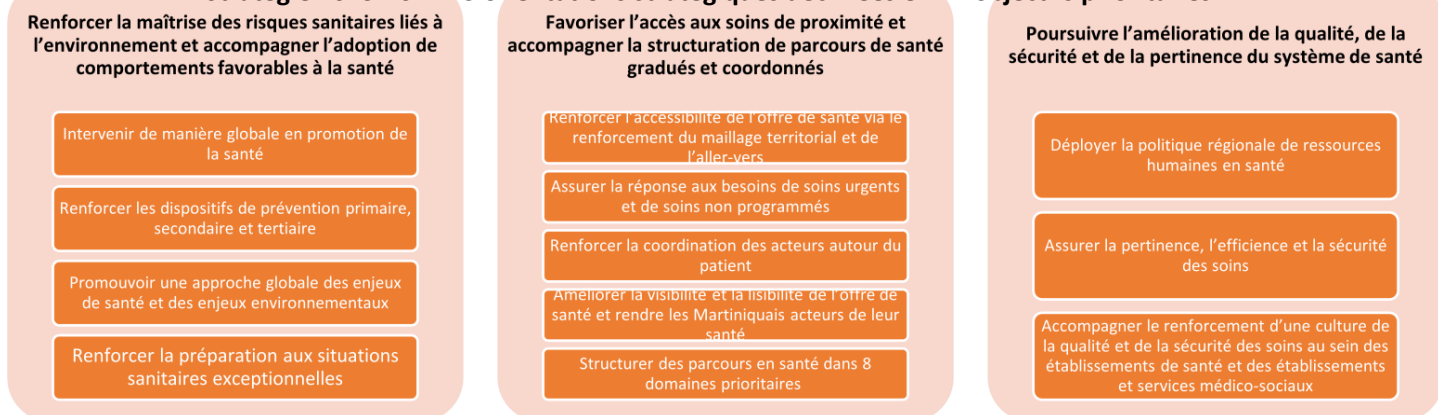
V.Synthèse



Stratégie 2018-2022 : 3 orientations stratégiques déclinées en 8 objectifs généraux



Stratégie 2023-2027 : 3 orientations stratégiques déclinées en 12 objectifs prioritaires



5 leviers d'actions transversaux

- ✓ Garantir la poursuite de la stratégie d'Animation Territoriale et favoriser la coordination des acteurs à l'échelle régionale et locale
- ✓ Replacer l'utilisateur au cœur du système de santé
- ✓ Développer l'innovation en santé
- ✓ Renforcer la coopération régionale caribéenne et entre DOM/COM
- ✓ Renforcer l'observation et l'évaluation en santé au service du pilotage et de la montée en compétence des acteurs

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 MARTINIQUEAIS 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	39
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....	42
ANNEXES	44
ANNEXE 1 - DECLINAISON DES PARCOURS DE SANTE PRIORITAIRES.....	44
MALADIES CHRONIQUES	44
OBESITE	49
CANCERS.....	52
ADDICTIONS	55
SANTE MENTALE	58
PARCOURS PERINATALITE / ENFANTS / SANTE MATERNELLE.....	61
PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES AGEES	65
PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP.....	69

ANNEXE 2 : FEUILLES DE ROUTE TERRITORIALES	72
TERRITOIRE DE PROXIMITE DU CENTRE.....	72
TERRITOIRE DE PROXIMITE DU NORD CARAÏBE	74
TERRITOIRE DE PROXIMITE DU NORD ATLANTIQUE	76
TERRITOIRE DE PROXIMITE DU SUD.....	78
ANNEXE 3 : INDICATEURS DE SUIVI.....	80
INDICATEURS DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE.....	81
INDICATEURS DU PROGRAMME REGIONAL D'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS	84
ANNEXE 4 - ACTIVITES DE SOINS / EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS ET FILIERES DE SOINS.....	86
OBJECTIFS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS DES ACTIVITES DE SOINS STRUCTURANTES POUR LES PARCOURS DE SANTE	86
OBJECTIFS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS DES EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS DONNANT LIEU A AUTORISATION	119
ANNEXE 5 - GLOSSAIRE	121

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 objectivés.

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**.

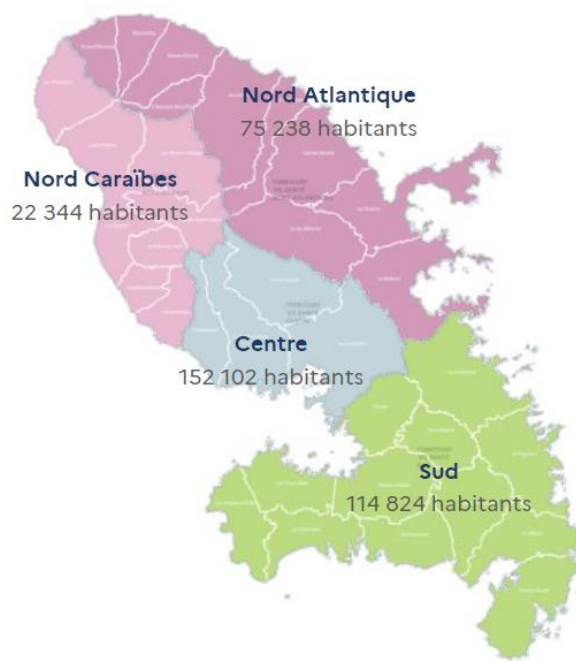
Les caractéristiques territoriales et socio-démographiques

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'Orientation Stratégique 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.

Reconnaitre 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.

Innover 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, le 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)**
 - Projet pilote avec la ville de Fort de France
 - 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 particuliers 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 **télesanté** 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

*Les médiateurs facilitent l'accès de la population aux soins et à la prévention. Assurent les liens entre les personnes vulnérables et le système de santé

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 usages 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, journées 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 télesurveillance 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

⁵ : Insee Analyses Martinique n°46 – Septembre 2021

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"> o Population cible : enfants (-18 ans) o 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 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, o 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), o 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. - 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"> o Prise en charge graduée en fonction de la gravité, la complexité de l'obésité et du risque de complications, o Formation, actualisation des connaissances pour contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles (graduation et pertinence des soins) o 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 o Renforcement et développement des programmes d'éducation thérapeutique dont pré et post chirurgie bariatrique en associant les patients experts o 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
Montée en compétence des professionnels / formation	<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.
Observation / connaissances	<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 Martinique o 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 frottis o Accompagner l'appui des pharmaciens d'officine comme relai des dépistages organisés o 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"> o Déployer le e-Parcours cancer et le DCC pour renforcer le suivi du parcours patient et mieux maîtriser les délais de prise en charge o 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"> o Faciliter l'accès pour les examens complémentaires orienté par des médecins de ville (accès aux plateaux techniques – avis spécialistes) o 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'inscrira 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 inexplicite : 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 bientraitance 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><u>Renforcer et développer l'offre de soutien aux aidants non professionnels</u></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 séniors 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 bienveillance

- 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 bienveillance

Coordination ville - hôpital	<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.
Montée en compétence des professionnels / formation / Observation / connaissances	<ul style="list-style-type: none"> - CNR Bien-Vieillir Envisager la structuration d'un gérontopôle articulé avec le CREA, 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 ; o Documenter les besoins du public cible telle que les personnes de moins de 60 ans, notamment public MND : nombre de personne concernée.

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 (CRTLTA) 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 COMMUNES 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 100000 hab.)
MCO	9	Médecins généralistes	153	101
SSR	2	Gériatres		
Psy	21	Chirurgiens-Dentistes	114	75
HAD	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	Masseurs Kinésithérapeutes	261	172
Personnes âgées	18	Orthophonistes	43	28
Personnes handicapées	32	Psychologues	39	26

LES PRIORITES DU TERRITOIRE

Les constats du CNR Santé

- ◆ 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'HAD

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. Un projet pilote est mené avec la ville de Fort-de-France
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 SANTÉ DU NORD CARAÏBE

Feuille de route

PORTRAIT DU TERRITOIRE

Localisation du territoire Nord Caraïbe



POPULATION PAR COMMUNES 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'éts	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

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Type de prise en charge	Nombre d'éts	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 COMMUNES AU 01/012022

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

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'événements 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).

Opposables, 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.

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.

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.

- 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 autre 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).

		Cibles PRS 3	
Modalité	Mention	Borne basse	Borne haute
	Polyvalent	11	11
	Locomoteur	4	4
	Système nerveux	3	4
	Cardio-vasculaire	1	1
	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.

- 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'efficacité 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 31/05/2023	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	3
Structure des urgences pédiatriques (SUP)	1	1	1
Structures d'urgence saisonnières	0	0	0
Antennes SMUR	0	0	0
SMUR hélicoptéré	0	0	0

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

Commentaires : A date, un seul établissement est autorisé, sur trois sites géographiques, à accueillir sans sélection toute personne se présentant en situation d'urgence. La réglementation en vigueur n'encadre que l'accueil de patients vingt-quatre heures sur vingt-quatre (H24).

Dans l'hypothèse :

- où la réglementation venait à évoluer
 - et que cette évolution encadrerait désormais l'accueil de patients douze heures sur vingt-quatre (H12)
- l'Agence planifierait l'ouverture de deux nouvelles structures d'urgences.

En effet, l'accueil en H12 serait la principale évolution des textes en attente de publication. L'objectif est de compléter l'offre de soins non programmés (SNP) du territoire.

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 pris 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 nouvelles implantations de maisons médicales de garde (MMG) / effecton 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.

Mention	Cibles PRS 3	
	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.

❖ 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	1	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	1
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	1
--	---	---

Traitement des grands brûlés

❖ Projections des OQOS du PRS 3, 2023-2027

		Cibles PRS 3	
Modalité	Existant - implantations autorisées au 31/05/2023	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, organisées 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 ».

Modalité	Mention	Cibles PRS 3	
		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	1
	B - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites ;	1	1
	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

- 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 réglementaires 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	1
	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 chimiothérapie 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 correspondant :

- 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 conjuncturels**, 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.

- 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	1

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 règlementaire 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 naît 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. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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	0	0

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.

Insuffisance rénale chronique

Modalité	Existant - implantations autorisées au 31/05/2023	Cibles PRS 3	
		Borne basse	Borne haute
Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	1	1	4
Hémodialyse en centre	3	3	3
Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	5	3	5
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	1	1	3

Commentaires : Dans l'intérêt de la santé publique, trois nouvelles implantations de dialyse à domicile sont ouvertes sur le territoire afin de permettre, entre autre, de :

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

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

Enfin, l'ARS Martinique favorise les conversions d'activité entre les différentes modalités de traitement de l'insuffisance rénale chronique. Ceci explique notamment les bornes fixées pour la modalité Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée et celles fixées pour la modalité Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée.

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.

Activités cliniques et biologiques d'AMP et activités biologiques de diagnostic prénatal

❖ 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	0	0
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	0	0
	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	0	0
DPN	Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	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	0	0
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN Foetal 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

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

-Réformé-

- Bilan des OQOS du PRS 2, 2018-2023

Équipement 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.

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)

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

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

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'Efficienc e 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
COFIL : 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

PROGRAMME REGIONAL D'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS

PROJET REGIONAL DE SANTE DE MARTINIQUE 2023 - 2028

« Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies »

Sommaire

INTRODUCTION	4
CONTEXTE REGIONAL	4
<i>Les personnes victimes de violences</i>	5
<i>Les jeunes avec de faibles ressources et en dehors des circuits d'accompagnement</i>	6
<i>Les personnes en situation d'errance ou de squat</i>	6
<i>Les personnes sous main de justice</i>	7
<i>Les personnes en charge de familles monoparentales</i>	7
<i>Les personnes en perte d'autonomie et en situation de vulnérabilité</i>	8
METHODOLOGIE D'ELABORATION	8
GOUVERNANCE	9
AXE 1 : MIEUX CONNAITRE LES PROBLEMATIQUES DE SANTE DES POPULATIONS CONCERNEES ET RENFORCER LA COORDINATION DES ACTEURS	10
1.1. RENFORCER LA CONNAISSANCE DES BESOINS EN SANTE DES PUBLICS PRIORITAIRES DU PRAPS	10
<i>Contexte</i>	10
<i>Population cible</i>	10
<i>Programme d'actions à 5 ans</i>	10
<i>Mise en œuvre</i>	11
1.2. RENFORCER LE TRAVAIL PARTENARIAL, L'INTERCONNAISSANCE DES ACTEURS ET AMELIORER LA COORDINATION A L'ECHELLE REGIONALE ET LOCALE	11
<i>Contexte</i>	12
<i>Population cible</i>	12
<i>Programme d'actions à 5 ans</i>	12
<i>Mise en œuvre</i>	14
1.3. AMELIORER LA VISIBILITE DE L'OFFRE ET DES DISPOSITIFS EXISTANTS	16
<i>Contexte</i>	16
<i>Population cible</i>	16
<i>Programme d'actions à 5 ans</i>	16
<i>Mise en œuvre</i>	18
AXE 2 - RENFORCER ET FACILITER L'ACCES A LA PREVENTION AUPRES DES POPULATIONS CIBLES	20
2.1. FAVORISER L'ACCES AUX BILANS DE SANTE ET DE PREVENTION	20
<i>Contexte</i>	20
<i>Population cible</i>	20
<i>Programme d'actions à 5 ans</i>	20
<i>Mise en œuvre</i>	22
2.2. DEVELOPPER L'ALLER-VERS ET LES ACTIONS DE PROXIMITE	23
<i>Contexte</i>	23
<i>Population cible</i>	23
<i>Programme d'actions à 5 ans</i>	23

<i>Mise en œuvre</i>	24
2.3. FORMER LES PROFESSIONNELS ET ACCOMPAGNER LA MONTEE EN COMPETENCES POUR AMELIORER LE REPERAGE DES BESOINS ET LES ACCOMPAGNEMENTS	26
<i>Contexte</i>	26
<i>Population cible</i>	26
<i>Programme d'actions à 5 ans</i>	26
<i>Mise en œuvre</i>	28
2.4. DEVELOPPER LES ACTIONS DE PREVENTION CIBLEES, FAVORISANT LE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES PSYCHOSOCIALES	29
<i>Contexte</i>	29
<i>Population cible</i>	29
<i>Programme d'actions à 5 ans</i>	29
<i>Mise en œuvre</i>	31
AXE 3 - GARANTIR UN ACCES EFFECTIF AUX SOINS	32
3.1. RENFORCER L'ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS DE VILLE / OFFRE DE « DROIT COMMUN »	32
<i>Contexte</i>	32
<i>Population cible</i>	32
<i>Programme d'actions à 5 ans</i>	32
<i>Mise en œuvre</i>	35
3.2. DEVELOPPER L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE DEDIEE ET ADAPTEE AUX PUBLICS PRAPS.....	36
<i>Contexte</i>	36
<i>Population cible</i>	36
<i>Programme d'actions à 5 ans</i>	36
<i>Mise en œuvre</i>	39

Contexte régional

Le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) des personnes les plus démunies fait partie intégrante du Projet Régional de Santé (PRS), il se décline en cohérence avec les objectifs définis dans le cadre du Schéma Régional de Santé (SRS) de Martinique pour assurer une parfaite complémentarité entre ces deux plans.

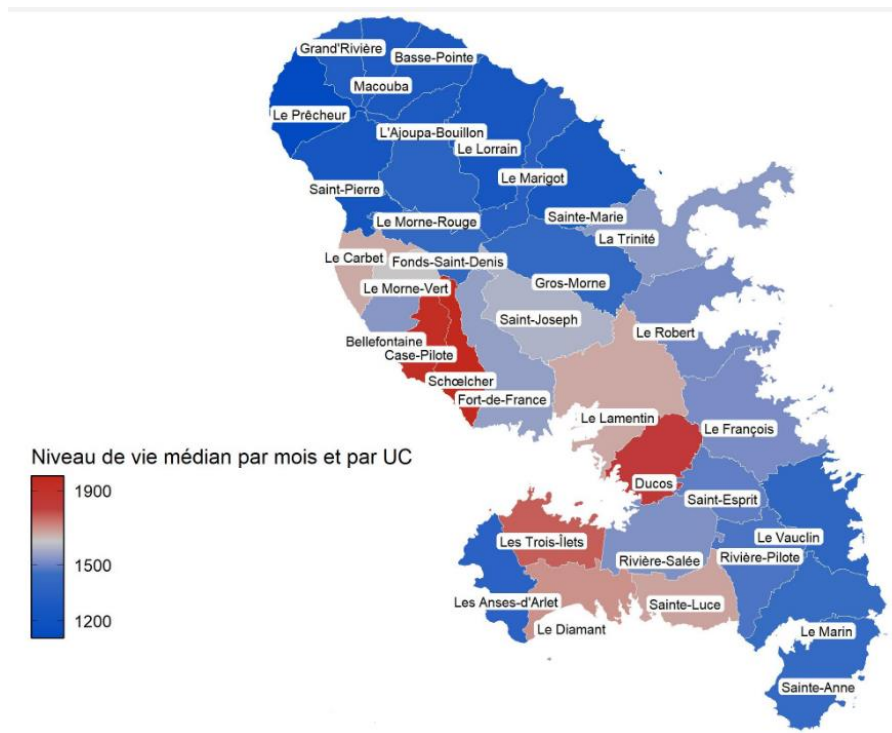
Le PRAPS cible les actions à conduire pour améliorer l'accès aux soins pour les personnes les plus démunies et l'amélioration des conditions de vie favorables à la santé. Une attention particulière est ainsi portée à la réduction des Inégalités Sociales et Territoriales de Santé (ISTS) en favorisant les interventions auprès des personnes les plus éloignées du système de santé, notamment par le déploiement de dispositifs « d'aller-vers ». La crise sanitaire liée à la COVID-19 a récemment confirmé la persistance voire l'aggravation de ces inégalités en santé. Plusieurs facteurs sociaux et territoriaux de ces inégalités ont été mis en avant : les conditions de logement, l'accès aux transports, l'offre de soins du territoire, les conditions de travail, l'éducation à la santé, l'environnement etc..., ce qui nécessite de renforcer la coordination des acteurs pour apporter une réponse globale à ces problématiques.

Ces inégalités s'ajoutent à d'autres facteurs aggravants, telles que les situations d'isolement, de ruptures de droits et de soins qui fragilisent un peu plus l'état de santé des plus précaires. Or, ceux-ci sont plus exposés que d'autres à des pathologies lourdes ou chroniques. A cela s'ajoutent des renoncements aux soins, la santé étant souvent reléguée au second plan pour ces personnes confrontées à l'urgence du quotidien et à des difficultés financières particulièrement marquées en Martinique.

En 2019, en Martinique, 27,4% de la population vit sous le seuil de pauvreté. Ce taux de pauvreté est près de deux fois plus important qu'en France hexagonale. La situation sur le marché de l'emploi est la principale cause de pauvreté : le taux de chômage atteignait en 2021, 19% des personnes de 15 à 64 ans. Cette part est deux fois plus élevée qu'en France hexagonale.

Les inégalités de niveau de vie en Martinique sont par ailleurs plus fortes que dans l'Hexagone : les 10 % les plus riches gagnent au moins 4,1 fois plus que les 10 % les plus pauvres, contre 3,4 fois dans l'Hexagone.

Ces disparités se retrouvent également au niveau territorial : dans la Communauté d'Agglomération du Pays Nord Martinique, tournée vers l'activité agricole, se trouvent les neuf communes les plus pauvres. En particulier, le niveau de vie médian y est de seulement 1 108 euros par mois et par unité de consommation au Prêcheur contre 1 548 euros en Martinique. Bien que plus riches, beaucoup de communes du sud de l'île restent défavorisées : 30 % des habitants des communes du Vauclin, de Rivière-Pilote, du Marin, de Sainte-Anne et des Anses d'Arlets vivent sous le seuil de pauvreté. À l'inverse, les communes de Sainte-Luce, Le Diamant et Trois-îlets font partie des plus aisées, grâce notamment au tourisme, mais sont aussi plus inégalitaires. Fort-de-France et son agglomération concentrent l'activité économique de l'île et les retombées économiques s'étendent aux autres communes alentours. Enfin, les communes de Schoelcher, Case-Pilote et Ducos sont les trois communes aux niveaux de revenu par unité de consommation les plus élevés.



Source : Insee-DGFIP-Cnaf-CCMA, Filosofi 2019

Il faut souligner que le mécanisme de transferts sociaux réduit fortement ces inégalités, puisque que, sans redistribution, le taux de pauvreté s'élèverait à près de 40 %, et plus de 5% des Martiniquais vivraient sans ressource ou presque. Aussi, il diminue le niveau de vie plafond des "10 % les plus aisés" de 9 % et multiplie par 3 le niveau de vie plancher des "10 % les plus modestes".

Dans ce contexte de pauvreté et de précarité plus marqué par rapport à la France Hexagonale, le PRAPS constitue un levier majeur pour améliorer la prévention et l'accès aux soins des plus démunis sur le territoire.

L'élaboration du PRAPS 2023–2028 s'est appuyée sur les travaux des 25 groupes de travail constitués dans le cadre du PRS et ont conduit à retenir une structuration du PRAPS autour de trois axes stratégiques en cohérence avec le SRS, à partir desquels sont déclinés des objectifs prioritaires adaptés au contexte de la Martinique, eux même déclinés en actions opérationnelles, qui s'imposent comme autant de leviers pour parvenir à l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Par ailleurs, afin de proposer des projets pertinents vis-à-vis des spécificités de la Martinique, un travail d'identification et de caractérisation des publics les plus démunis a été réalisé pour permettre d'adapter un programme d'actions spécifique. Ainsi, plusieurs populations cibles ont été retenues au titre du PRAPS 2023-2028 dans la continuité du précédent PRAPS :

Les personnes victimes de violences

A travers cette dénomination, l'ARS entend accompagner l'ensemble des personnes (sans distinction de sexe, d'âge, de catégorie socioprofessionnelle, de lieu de résidence en Martinique, etc.) victimes de violences sexuelles et/ou conjugales, ainsi que les co-victimes (descendants ou ascendants).

Ces violences constituent un problème de santé publique important si l'on prend en compte la fréquence, la gravité des répercussions sur l'état de santé des victimes (lésions traumatiques, troubles gynécologiques et obstétricaux, pathologies chroniques, développement de comportements à risques etc.) et leur impact sur le système de santé.

Plusieurs types de violences nécessitent une attention particulière :

- Les violences faites aux mineurs : en 2021, 13% des femmes et 4% des hommes ont déclaré des violences sexuelles avant l'âge de 18 ans. Les situations d'inceste représentent 20% de ces violences sexuelles.
- Les violences faites aux femmes : on recense 762 faits de violences conjugales en 2021 en zone gendarmerie, soit une augmentation de 57,7% par rapport à 2017. Les déclarations de situations de violences sexuelles ont augmenté de 78,7% par rapport à 2017. Si ces déclarations ont fortement progressé, notamment en raison du contexte actuel de libération de la parole, il subsiste encore de nombreux freins à la dénonciation des faits.
- Les violences faites aux femmes migrantes en situation de prostitution: au-delà de la violence intrinsèquement liée au système prostitutionnel, près de 72 % des femmes en situation de prostitution déclarent avoir été victimes de violences physiques pendant leur activité. Par ailleurs, 73% de ces femmes ont des enfants mineurs à charge.
- Les violences faites aux personnes LGBTQIA+ : 11 signalements ont été remontés sur l'application FLAG et 4 plaintes ont été déposées en 2022, bien que ces recensements très partiels ne reflètent pas l'ampleur de la situation.

Les jeunes avec de faibles ressources et en dehors des circuits d'accompagnement

En ciblant ce public, l'ARS et ses partenaires souhaitent se donner les moyens d'accompagner le public des jeunes de 15 à 29 ans, à faible niveau de ressources financières car sans emploi ou sortis du système scolaire puisque non insérés dans un circuit de formation ou d'orientation, voire en rupture familiale.

La cible du PRAPS 2023-2028 concerne plus spécifiquement les jeunes en situation de « NEET », acronyme anglosaxon (*Not in Education, Employment or Training [NEET]*, selon la définition d'Eurostat) qui désigne les jeunes ni en emploi, ni en études, ni en formation. En Martinique, 26 % des jeunes de 15 à 29 ans sont en situation de NEET, soit deux fois plus qu'en France Hexagonale. Si une majorité de ces jeunes dispose d'un faible niveau de qualification et vit encore chez ses parents, 3% d'entre eux sont en situation d'exclusion sociale et professionnelle. Enfin, il faut souligner aussi que près d'1/4 des jeunes en situation de NEET en Martinique sont des jeunes chômeurs diplômés, ce qui pose la question de l'accès à l'emploi et renforce la nécessité d'une action coordonnée des acteurs pour ce public spécifique.

Les personnes en situation d'errance ou de squat

En 2018, il a été estimé une population de 600 à 650 personnes en situation d'errance diurne ou nocturne en Martinique ; situation qui résulte de parcours de vie complexes (hospitalisation et/ou incarcération, etc..).

Le rapport de l'observatoire de santé de la Martinique (OSM) de décembre 2020 a identifié une certaine diversité dans les particularités de ce public, essentiellement masculin : on retrouve des personnes présentant des problématiques psychiatriques ou d'addiction, mais aussi des femmes et des jeunes qui sont de plus en plus nombreux à être en situation de rupture et qu'il est nécessaire d'accompagner.

De même, ce même rapport souligne une insuffisance des sorties de l'errance par le logement en raison d'un retard dans les équipements d'hébergement : la Martinique comptait, fin 2020, 152 places d'hébergement soit 0,41 pour 1000 habitants contre 2,04 au niveau national. D'où un flux d'entrées dans l'errance bien plus important que celui de sorties de l'errance.

Par ailleurs, il faut aussi souligner l'évolution progressive des profils du public errance, avec un nombre accru de personnes âgées ou de femmes, parfois enceintes, qui nécessitent d'adapter les modalités de prise en charge.

Les personnes sous main de justice

La Martinique compte un seul et unique établissement pénitentiaire, le centre pénitentiaire de Ducos. En janvier 2023 on dénombrait 967 usagers pour 738 places, chiffre témoignant de la situation de surpopulation carcérale, déjà pointée du doigt par la Cour européenne des droits de l'Homme en 2020.

D'après les dernières données datées de 2022, 1577 personnes ont été prises en charge par l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (contre 1236 personnes en 2020), soit 1512 hommes (95,8%) et 65 femmes (4.2%), pour un âge médian de 33 ans (un âge minimum de 16 ans et maximum de 78 ans), 60 personnes détenues étaient âgées de 60 ans et plus (47 en 2020).

La population carcérale se caractérise par une sur représentation des catégories sociales les moins favorisées, avec un cumul fréquent de difficultés socio-économiques et de santé. À l'entrée en détention, les personnes incarcérées présentent un état de santé fragilisé avec une prévalence importante de troubles mentaux et de comportements à risque. La mortalité des personnes détenues est respectivement 1,2 et 2,0 fois supérieure à la mortalité en population générale chez les hommes et les femmes - la mortalité des ex-détenus dans les cinq ans suivant la libération est 3,6 fois supérieure à celle de la population générale française

De même, plus de la moitié des personnes détenues en France ont des antécédents psychiatriques avant leur entrée en détention (1/6 ont déjà été hospitalisés). Les troubles psychotiques en détention ont une prévalence de 5 à 10 fois plus importante qu'en population générale, les dépressions majeures sont multipliées par 4 et le taux de suicide chez les hommes incarcérés majeurs est 7 fois supérieur à la moyenne nationale.

Les données 2021 de l'Unité Sanitaire en milieu pénitentiaire relatives aux problématiques de santé des détenus du Centre Pénitentiaire de Ducos, mettent en lumière deux enjeux prioritaires :

- D'une part, la santé mentale : 42% des personnes détenues au centre pénitentiaire de Ducos présentent des antécédents psychiatriques et 7% des détenus ont un antécédent de tentative de suicide.
- D'autre part, les conduites addictives : le nombre de détenus qui présentent une addiction soit au tabagisme actif (68% vs. 78% au niveau France hexagonale), soit au cannabis (61% vs. 33%), soit à l'héroïne (0,3%) soit à l'alcool (31% vs 31%).

Par ailleurs, les jeunes pris en charge par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) sont plus vulnérables que leurs pairs des mêmes tranches d'âges, sur le plan social, comportemental et sanitaire.

Les personnes en charge de familles monoparentales

Les familles monoparentales représentent 31% de la population en Martinique, contre 23% en France hexagonale, avec un niveau de vie particulièrement faible de 1280 euros par mois, soit 270 euros de moins que le revenu médian de Martinique, déjà en fort décalage par rapport à la France hexagonale.

Ce public constitue un enjeu pour la Martinique, car 38,6% des familles monoparentales vivent dans la précarité, sachant que les familles monoparentales où le parent est une femme sont davantage marquées par

la précarité, le taux de pauvreté atteint en effet près de 40% pour ce public (contre un taux de pauvreté de 30% pour les familles monoparentales où le parent est un homme). S'ajoute à cela le fait que la proportion de familles monoparentales dont le parent est une femme est largement majoritaire (près de 90%), même si de plus en plus de monoparents sont des hommes.

Parmi les familles monoparentales, on identifie également un certain nombre de personnes d'origine étrangère souvent peu qualifiées et en difficulté d'insertion professionnelle, ce qui a pour conséquence des droits très limités.

Par ailleurs, on retrouve des familles déclarées « monoparentales » auprès des institutions mais inscrites dans des parcours familiaux plus complexes (concubinage, multipartenaires, etc.). Parmi ce public, le nombre d'enfants dans la famille monoparentale est un facteur aggravant : plus le nombre d'enfants est important, plus la situation est complexe sachant que l'âge des enfants est à prendre également en considération (un enfant plus âgé pourra mieux prendre soin de lui-même). Le secteur géographique est également un autre facteur aggravant : en milieu rural, ces familles sont encore plus isolées et rencontrent davantage de freins pour recourir aux droits et aux dispositifs existants.

Les personnes en perte d'autonomie et en situation de vulnérabilité

Le PRAPS 2023 – 2028 souhaite aussi retenir comme public cible les personnes en perte d'autonomie et vulnérables, public rassemblant d'une part les personnes en situation de handicap vulnérables, c'est-à-dire cumulant handicap et un facteur complexifiant (tutelle, problématique de mobilité forte, troubles cognitifs, faible niveau de ressources...) et, d'autre part, les personnes vieillissantes en perte d'autonomie et en situation de vulnérabilité (isolement, faible niveau de ressources...).

Le territoire est confronté depuis plusieurs années à un vieillissement accéléré de la population : en 2030, on dénombre 167 personnes âgées pour 100 jeunes, contre 104 dans l'Hexagone. De plus, en 2017, près de 25% des 60 ans et plus vivaient sous le seuil de pauvreté. Cette fragilité est renforcée par un taux d'équipement en hébergement et en SSIAD inférieur à la France Hexagonale, un déficit de professionnels de l'accompagnement et une certaine vétusté du bâti corrélée à une situation financière des EHPAD fragiles. Ce vieillissement risque d'augmenter également la prévalence des maladies chroniques sur le territoire.

En 2021, la part des bénéficiaires de l'Allocation Adultes Handicapés (AAH) vivant avec des ressources inférieures au seuil de bas revenus s'élève à près de 55% en Martinique contre 42,1% en Hexagone. La même tendance a été identifiée chez les bénéficiaires de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé : 55,5% des familles bénéficiaires vivent avec des ressources inférieures seuil de bas revenus contre 36% en France hexagonale. Les adultes et enfants en situation de handicap sont ainsi plus fréquemment dans des situations de précarité et de pauvreté que le reste de la population, et qu'en France hexagonale.

Méthodologie d'élaboration

Les travaux de révision du Projet Régional de Santé de Martinique se sont appuyés sur les réflexions menées dans le cadre d'instances de travail déjà existantes mais également sur l'animation de 25 groupes de travail. Les groupes de travail, réunis à plusieurs reprises entre les mois de mars et de juin 2023, ont eu à questionner la déclinaison des objectifs et projets pressentis, pour les publics du PRAPS.

C'est sur cette base de réflexion que le contenu du programme a été structuré, discuté et amendé, avec les partenaires clefs du PRAPS, réunis en comité de pilotage.

Le présent PRAPS s'appuie par ailleurs sur le bilan du PRAPS 2018-2022 qui a fait ressortir à la fois des avancées mais également des objectifs encore d'actualité pour les années à venir. Ainsi, des objectifs et orientations déjà fléchés pour la période 2018-2022 sont repris dans le présent document.

Enfin, le programme d'actions s'inscrit en cohérence avec les évolutions nationales et régionales, dans un contexte renouvelé, qui permet d'accélérer certains projets et actions engagées sur le territoire.

Gouvernance

Au regard des enjeux du PRAPS, un suivi régulier de la mise en œuvre des actions prévues s'avère indispensable pour en mesurer l'avancement et le cas échéant ajuster ou compléter le plan d'actions.

Un comité technique de coordinations des référents thématiques du PRAPS sera organisé sur un rythme trimestriel pour assurer le suivi transversal interne à l'ARS.

Par ailleurs, il faut souligner la mise en place en juin 2022 du comité de pilotage régional de la stratégie de réduction des inégalités de santé, en association étroite avec la commissaire régionale à la lutte contre la pauvreté, qui favorise la concertation renforcée des acteurs du territoire, en y associant les élus locaux, les représentants d'organismes de protection sociale ou encore les usagers et les représentants d'associations. L'ARS s'appuiera ainsi sur ce comité stratégique pour rendre compte aux nombreux partenaires mobilisés de la mise en œuvre du programme, confortant ainsi le caractère opérationnel du plan d'actions du PRAPS.

Enfin, le dispositif de gouvernance pourra aussi s'appuyer sur un outil de suivi de type « 6PO » ou tout autre outil similaire, qui permettra notamment de faciliter la consolidation des données d'avancement transmises par les différents porteurs d'actions et aussi permettre des synthèses selon l'arborescence du PRAPS.

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

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

Contexte

Le précédent PRAPS avait déjà pointé l'enjeu du renforcement de la connaissance des besoins et attentes des publics ciblés, de manière à adapter l'offre et les accompagnements de la manière la plus pertinente possible.

Deux axes de travail sont identifiés pour les 5 ans à venir :

- Améliorer le partage des outils et données d'activités, recueillies par les différentes institutions du territoire, pour avoir une plus grande visibilité sur le profil des publics actuellement accompagnés par les acteurs et leur évolution
- Continuer à mener des études plus globales sur l'état de santé des publics vulnérables, cibles du PRAPS, en élargissant l'approche aux publics qui ne sont pas encore connus / accompagnés par les partenaires institutionnels.

Population cible

Ensemble des publics PRAPS

Programme d'actions à 5 ans

1. Développer les possibilités d'études et de recherches sur la santé pour les publics cibles du PRAPS, en lien avec les outils d'observation déjà existants

Le précédent PRAPS identifiait déjà le besoin de renforcement de la connaissance des besoins des publics cibles. Deux publics étaient alors fléchés comme devant faire l'objet d'études spécifiques : **les personnes en perte d'autonomie et les personnes en errance**. Plusieurs études ont ainsi été réalisées depuis 2018 : une étude relative aux freins à l'accès aux soins pour les porteurs de handicap ; une relative aux publics en errance.

Une enquête a également été conduite, à l'initiative du Conseil Territorial de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CTCA) et de la Conférence des Financeurs de la prévention et de la perte d'Autonomie (CFPPA), visant à connaître les profils et les besoins de proches aidants. Ainsi, il est désormais nécessaire de consacrer un temps d'appropriation des résultats des différentes études, mais aussi d'en lancer de nouvelles pour analyser les évolutions dans le temps ou mieux apprécier les particularités de certains publics sur notre territoire.

De même, une étude de décembre 2020 de l'observatoire de santé de la Martinique (OSM) avait permis de décrire la diversité des publics en errance et les particularités de ce public. Il conviendrait de réactualiser ce type d'étude pour permettre d'apprécier les évolutions des profils en errance sur une fréquence à définir (tous les quatre à cinq ans) et nous permettre ainsi d'adapter l'offre de prise en charge en conséquence.

Sur les cinq prochaines années, les « jeunes » et plus particulièrement **les jeunes « hors radar » ou en situation de « NEET »** sont identifiés comme le public sur lequel les prochaines études devront porter.

2. Renforcer le partage des données d'activité des différents partenaires, pour avoir une meilleure visibilité des publics accompagnés, de leur profil et des évolutions constatées

L'objectif est d'avoir une meilleure visibilité des publics accompagnés, de leur profil et des évolutions constatées, ce qui constituait déjà un objectif du précédent PRAPS.

L'enjeu consiste ainsi à mieux centraliser l'information, la coordonner et la rendre visible pour les acteurs de santé ou le grand public.

Si, à ce jour, un espace partagé en interne à l'ARS a été créé, le partage d'informations inter-institutions reste à renforcer et systématiser.

A ce titre, il conviendra notamment de s'appuyer sur la Plateforme d'Observation Sociale et Sanitaire (POSS) de la DEETS, mise en place depuis de nombreuses années en renforçant sa visibilité et le recours plus général et systématique à cette plateforme. Le site internet de la POSS répertorie et classe toutes les études relatives aux champs social et sanitaire, tout en y facilitant l'accès par des liens d'accès et des modules de recherches.

Le renforcement et la structuration de l'observation des données de santé seront indispensables pour atteindre cet objectif. Enfin, il conviendra aussi de mieux coordonner l'information, en identifiant des acteurs thématiques référents en charge de la centralisation et la mise à jour des données et de favoriser les liens vers ces portails dédiés pour éviter la démultiplication d'informations et les risques de données contradictoires (exemple : la Maison des Adolescents et Jeunes Adultes qui assure la mise à jour des informations pour ce public).

Mise en œuvre

	Acteurs associés	Territoire
Développer les possibilités d'études et de recherches sur la santé et le bien être des jeunes	Observatoire de la protection de l'enfance Membres du COFIL « NEET » Observatoire ou plateforme d'observation sanitaire et sociale	Régional
Actualiser tous les 4 à 5 ans une étude sur les profils des personnes en errance et les besoins de prise en charge	DEETS Préfecture Observatoire ou plateforme d'observation sanitaire et sociale SIAO Acteurs associatifs	Régional
Renforcer le partage des données d'activité des différents partenaires	Ensemble des membres du COFIL ISTS	Régional

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

Contexte

L'interconnaissance et les échanges entre professionnels de santé sont un levier pour une meilleure prise en charge de chaque personne, particulièrement dans un système qui promeut la structuration de parcours. De surcroît, les publics ciblés par le PRAPS, sont des publics qui cumulent des difficultés d'ordre social, d'insertion, de santé, nécessitant la structuration de prises en charges intersectorielles et coordonnées.

Selon les publics, des espaces de coordination et de travail interpartenariaux se structurent, ou ont vocation à se structurer.

Population cible

Jeunes

Personnes placées sous main de justice

Familles monoparentales

Personnes victimes de violence

Personnes en perte d'autonomie et en situation de vulnérabilité

Personnes en situation d'errance

Programme d'actions à 5 ans

1. Poursuivre l'animation du comité de pilotage NEET

Piloté par la Préfecture, le comité de pilotage cible les jeunes en situation de « NEET », à savoir, le jeunes ni en emploi, ni en étude, ni en formation. Ce COPIL associe de manière pluridisciplinaire et partenariale, des acteurs du champ du social, du médico-social, de l'insertion et de la santé.

Le COPIL prévoit la mise en place de trois groupes de travail dont un serait dédié à la santé (prévention, accès aux soins des jeunes en situation de « NEET »), permettant de travailler sur les freins à l'accès à la prévention et aux soins pour ce public évoluant actuellement en dehors des « radars » des dispositifs de droit commun.

2. Améliorer la coordination des acteurs santé-justice

✓ Mettre en place une commission régionale santé-justice

En lien avec le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice (2019) et avec la nouvelle feuille de route nationale 2023-2027 relative à la santé des personnes placées sous main de justice, une commission régionale sera mise en place, et réunie de manière régulière (a minima, annuelle). Elle permettra d'organiser la coordination de l'ensemble des partenaires, incluant les professionnels de santé mais également l'ensemble des institutions santé-justice concourant à cette politique.

✓ Améliorer la préparation des sorties via la mise en place d'une commission de préparation des sorties pour les détenus en situation « complexe »

Afin d'assurer de manière plus optimale la continuité des soins à la sortie, une commission de préparation des sorties sera mise en place pour assurer la coordination des acteurs des différents champs (social, médico-social, somatique, psychiatrie, insertion...) pouvant intervenir dans le parcours de la personne. Cette

commission traitera des situations les plus « complexes », c'est-à-dire celles cumulant des difficultés sur le plan social, voire médico-social, du soin somatique et/ou psychiatrique, de l'accès aux droits. La recherche de solutions et de relais sur ces différents volets est indispensable à la continuité des prises en charge à la sortie, notamment pour les détenus rencontrant des comorbidités psychiatriques et addictives.

3. Favoriser la coordination entre tous les acteurs de la prévention et de la prise en charge de la femme et des enfants

L'enjeu ici est de favoriser la coordination entre tous les acteurs de la prévention et de la prise en charge de la femme et des enfants et notamment les acteurs sociaux qui interviennent dans l'accompagnement des familles vulnérables, ce qui se traduit par plusieurs objectifs :

✓ Renforcer et améliorer l'information sur le rôle des centres de protection maternelle et infantile (PMI) auprès des familles vulnérables

Les centres de PMI, composés d'équipes pluridisciplinaires, sont des lieux de ressources ayant vocation à accompagner l'ensemble des familles et des enfants jusqu'à leurs 6 ans. Les missions de ces centres ont été renforcées ces dernières années, notamment en matière d'accompagnement des familles présentant des vulnérabilités conjoncturelles ou structurelles. Ces centres prévoient d'augmenter les actions d'aller-vers, dans le cadre de la contractualisation ARS-DEETS-CTM 2022-2024.

Néanmoins, selon l'Enquête Nationale Périnatale 2021 en Martinique, seules 53,5% des femmes enceintes reçoivent des informations sur le rôle et les modalités de contact des services de PMI. Par ailleurs, les PMI sont peu consultées durant les 6 premiers mois après la naissance de l'enfant.

Par conséquent, des actions d'information à destination du grand public et des femmes enceintes sont à renforcer, pour que l'ensemble des familles soient renseignées de façon fiable sur les missions et les points d'accès des centres de PMI.

✓ Soutenir l'action des centres de PMI dans l'accompagnement des familles monoparentales

Afin de fluidifier le parcours d'accompagnement des familles monoparentales, il convient de soutenir les actions de la PMI en matière d'accompagnement des familles monoparentales, en renforçant la communication autour de ses actions et en favorisant ses liens entre les autres services et acteurs intervenant dans l'accompagnement social et psychosocial et de santé et dans le soutien à la parentalité des familles vulnérables. Cette approche transversale permettra également d'apporter une réponse adaptée aux besoins de chacun (la femme, le couple, la fratrie, la famille élargie, etc...).

4. Renforcer le travail partenarial, l'interconnaissance des acteurs et améliorer la coordination à l'échelle régionale et locale pour le public des personnes en situation errance

Il s'agit ici de mettre en place une **commission régionale annuelle sur les personnes en situation d'errance** pour permettre de favoriser le travail en réseau entre les différentes institutions et les acteurs de terrain, en partageant des données d'activités (cf point 1.1) et les problématiques liées à l'évolution des profils de publics en situation d'errance : personnes âgées, jeunes, femmes enceintes... et permettre ainsi de mieux coordonner les actions.

5. Organiser des rencontres formalisées et régulières entre les secteurs du handicap et du grand âge

L'avancée en âge des personnes en situation de handicap soulève de nouvelles problématiques, notamment en ce qui concerne la qualité d'accompagnement pour assurer des parcours de santé sans rupture.

Le secteur de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes est structuré entre les établissements ou services œuvrant dans le champ du handicap et les EHPAD. Ce fonctionnement ne permet pas de répondre pleinement aux besoins spécifiques de ce public.

Au regard de cette problématique et des enjeux sur le territoire lié au vieillissement de la population, il convient de considérer les personnes en situation de handicap vieillissantes comme une sous-catégorie spécifique du public « personnes en perte d'autonomie » du PRAPS.

Ainsi, le présent PRAPS identifie comme objectif de définir pour ce public une offre d'accompagnement adaptée et variée pour répondre à la diversité des besoins.

Pour ce faire, il est important de favoriser la collaboration et la complémentarité, dans le cadre de rencontres formalisées et régulières, entre les deux secteurs pour garantir la construction d'une stratégie de prise en charge globale qui prenne en compte à la fois les besoins spécifiques relatifs au handicap et au vieillissement (=> voir SRS « Parcours personnes âgées » et « parcours personnes en situation de handicap »).

6. Mettre en place un Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) Martinique, adapté aux spécificités martiniquaises

L'objectif ici est de créer un CREAI adapté aux enjeux et spécificités de la Martinique et répondant aux grandes missions suivantes (=> voir SRS « Parcours personnes âgées » et « parcours personnes en situation de handicap ») :

- Animer le réseau des acteurs du secteur social et médico-social pour créer des complémentarités et favoriser ainsi l'interconnaissance entre l'ensemble des acteurs,
- Examiner les textes législatifs et réglementaires qui déterminent le cadre des actions qui sont menées,
- Réaliser des missions d'études et d'observations dans le but d'aider les acteurs du secteur dans leur prise de décision, de dispenser des préconisations pour mettre en adéquation les besoins des personnes en situation de vulnérabilité et l'offre de service, améliorer la qualité de l'offre,
- Apporter une expertise et accompagner les projets et les professionnels à travers des prestations de conseil,
- Former les professionnels du secteur pour les aider à améliorer l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité.

Mise en œuvre

	Acteurs associés	Territoire
Poursuivre l'animation du COFIL NEET	Membres du COFIL NEET	Régional
Améliorer la coordination des acteurs santé-justice	ARS SPIP PJJ Centre pénitentiaire CHUM / Unité sanitaire – Service social CSAPA référents CGSS	Régional
Favoriser la coordination entre les acteurs de la prévention et de la prise en charge des femmes et des enfants	ARS CTM CAF DEETS TISF	Régional

	CHUM Réseau Périnatalité Ensemble des professionnels de santé libéraux Acteurs associatifs	
Renforcer l'interconnaissance des acteurs de soutien à la parentalité	CAF ARS DEETS CTM Réseau Périnatalité Acteurs des dispositifs suivants : Reaap, Laep, Clas, médiation familiale, espaces de rencontre Acteurs associatifs, maison de la parentalité	Régional
Mettre en place une commission régionale dédiée aux personnes en errance	ARS DEETS Préfecture CTM SIAO Acteurs associatifs Collectivités locales	Régional
Organiser des rencontres entre les secteurs du handicap et du grand-âge	ARS CTM Communauté 360 DAC Ensemble des acteurs médico-sociaux PA et PH	Régional
Mettre en place le CREAI	Porteur à identifier	Régional

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

Contexte

L'amélioration de l'interconnaissance et de la coordination des acteurs et des parcours de santé dépend, entre autres, de la visibilité de l'offre et des dispositifs existants.

Le bilan du précédent PRAPS de même que les groupes de travail pour l'élaboration du PRS 3 ont mis en évidence le besoin encore actuel, de renforcer cette visibilité, dans un contexte en évolution.

Deux dimensions, qui se rejoignent, sont à travailler :

- La visibilité de l'offre pour les professionnels ;
- La visibilité et la lisibilité de l'offre pour le grand public.

Population cible

Personnes victimes de violences

Personnes placées sous main de justice

Personnes en errance

Personnes en perte d'autonomie vulnérables

Familles monoparentales

Programme d'actions à 5 ans

1. Créer une cartographie des professionnels et des structures engagés dans la prévention et la prise en charge des victimes de violences

Si des avancées sont observées en ce qui concerne l'interconnaissance des acteurs et des dispositifs de prise en charge des personnes victimes de violences, notamment via les actions de sensibilisation et de formation conduites ces dernières années, le groupe de travail dédié à ce public souligne encore un manque de visibilité sur les actions menées par les associations et sur les outils disponibles.

Par ailleurs, l'instruction DGOS/R3/2020/201 du 18 novembre 2020 relative au renforcement de la prise en charge des femmes victimes de violences sur le territoire, charge l'ARS d'organiser la lisibilité des ressources auprès des professionnels.

Un travail de cartographie des ressources présentes sur le territoire sera ainsi mené sur la durée du PRAPS, aussi bien en ce qui concerne la prévention des violences que la prise en charge des personnes victimes ou auteurs. Ce travail devrait aboutir à la production d'un outil (cartographie / annuaire...) opérationnel, mobilisable par les professionnels ou le grand public. Une articulation avec le site internet « sante.fr » sera assurée.

2. Mettre en place des actions de communication à destination du grand public pour les sensibiliser à la question des violences

Cet objectif de sensibilisation du grand public à la question des violences, déjà présent dans le précédent PRAPS, reste d'actualité. L'ARS poursuivra son soutien et sa participation à la mise en place de campagnes de communication à destination du grand public, notamment dans le cadre de la campagne annuelle pour l'élimination des violences faites aux femmes en Martinique (CEVIFeM), pilotée par la Directrice de la Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité. Une attention particulière sera également apportée à la sensibilisation et l'information des mineurs sur la question de la prostitution ; cet axe est intégré au dispositif de contractualisation ARS/DEETS/CTM relative à la protection de l'enfance.

3. Renforcer l'interconnaissance des acteurs intervenant auprès des personnes en perte d'autonomie vulnérables

✓ Elaborer une cartographie de l'offre d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie vulnérables

Les personnes en perte d'autonomie vulnérables sont accompagnées par des acteurs de différents secteurs (sanitaire, social et médicosocial) qui proposent un panier de services divers et variés, peu visible et lisible dans son ensemble auprès des personnes concernées et des professionnels.

Ainsi, l'élaboration d'une cartographie de l'offre d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie vulnérables – adaptée à chaque public cible – vient répondre à cette problématique.

Pour les personnes en perte d'autonomie vulnérables, elle vise à faciliter l'identification et la mobilisation du dispositif adapté ainsi qu'à apporter des informations sur leurs droits et les possibilités d'accompagnement.

Pour les professionnels, elle permettra la coordination et la collaboration interdisciplinaire ainsi que la connaissance des ressources disponibles dans chaque secteur pour une orientation vers des accompagnements cohérents et appropriés.

✓ Organiser tous les 2 ans un forum des acteurs de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie vulnérables

Le projet consiste à organiser un forum/salon dédié à l'offre d'accompagnement et de services destinés aux personnes en perte d'autonomie vulnérables et à leurs aidants.

Cet évènement proposera des stands avec un large éventail de professionnels et d'acteurs des différents secteurs sanitaire, social et médicosocial œuvrant dans l'accompagnement de ce public. Cette organisation permettra à chaque acteur de présenter ses services et compétences et de répondre aux questions des participants.

Ses objectifs sont multiples :

- Favoriser la rencontre et l'échange entre les différents acteurs de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie vulnérables,
- Décloisonner les différents secteurs en encourageant la collaboration et la complémentarité des acteurs présents
- Permettre aux personnes en perte d'autonomie vulnérables de découvrir les multiples options d'accompagnement offerte, en échangeant avec les acteurs pour obtenir des informations personnalisées.

4. Promouvoir les dispositifs d'interprétariat déjà existants pour favoriser le suivi des personnes ne maîtrisant pas la langue française en toute confidentialité

L'ARS finance depuis 2022 un dispositif d'interprétariat adossé à la Permanence d'Accès aux soins de santé (PASS) permettant, pour les services du CHUM, d'accéder à une solution d'interprétariat (plateforme téléphonique multilingue, accessible 24h/24). Ce dispositif, à ce jour peu utilisé, est méconnu notamment de l'Unité Sanitaire en milieu pénitentiaire. Sa promotion auprès des professionnels du CHUM est à encourager de manière à améliorer les conditions de réalisation des consultations auprès des patients qui ne maîtrisent pas ou mal le français, dans le respect de la confidentialité. Au-delà, la mobilisation de ce dispositif dans d'autres services accueillant des patients étrangers est aussi à promouvoir (urgence, pédiatrie...).

Une extension du dispositif à d'autres partenaires accueillant des publics PRAPS d'origine étrangère pourra être étudiée à l'issue de la phase d'évaluation du dispositif au sein du CHU.

5. Communiquer autour de l'offre en accompagnement à la parentalité

Le projet a pour objectif de mettre en place une communication territoriale spécifique pour promouvoir et informer sur l'offre d'accompagnement à la parentalité dédiée aux parents ayant des enfants handicapés ou étant eux-mêmes en situation de handicap. Elle sera destinée au grand public et aux professionnels.

Il s'agit d'élaborer des outils de communication adaptés à chaque cible sur l'offre et les ressources existantes sur le territoire, en ce qui concerne les droits des parents, l'accès aux services et aux aides, les ressources disponibles pour soutenir les parents, etc.

Cette communication sera établie avec l'ensemble des acteurs locaux qui œuvrent dans l'accompagnement des parents afin d'assurer une communication cohérente et complète.

6. Mieux faire connaître l'offre dédiée aux personnes sans domicile fixe, en particulier les nouveaux dispositifs mis en place et ceux à venir

Les groupes de travail réunis dans le cadre de l'élaboration du PRS ont mis en lumière un besoin de renforcer l'interconnaissance entre les acteurs de la santé et ceux de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion.

Une meilleure visibilité du fonctionnement et des parcours d'accès aux structures d'hébergement d'urgence et d'insertion (rôle et missions du SIAO, qui pourra assurer la coordination de la mise à jour d'une plateforme de recueil des centres d'hébergement d'urgence, des CHRS...localisation, précisions sur leur périmètre d'intervention) de même que des dispositifs à la croisée de l'hébergement et du soins (Lits d'accueil médicalisé [LAM], Lits Halte Soins Santé [LHSS], Appartements de coordination thérapeutique [ACT], CSAPA...) est attendue, dans un contexte d'évolution de l'offre :

- Développement des LHSS et des LAM
- Développement à venir du dispositif « Un chez soi d'abord » (55 places à terme, d'ici 2024) permettant l'accès à un hébergement pour des personnes sans logement et en situation de grande précarité avec des problématiques psychiatriques.

Mise en œuvre

Acteurs associés	Territoire
------------------	------------

Cartographie de l'offre pour personnes victimes de violences	ARS PREFECTURE CTM ACTEURS ASSOCIATIFS	Régional
Communication/ sensibilisation grand public à la question des violences	ARS PREFECTURE CTM ACTEURS ASSOCIATIFS	Régional
Cartographie de l'offre de prise en charge des personnes en perte d'autonomie vulnérables	ARS CTM	Régional
Forum des acteurs de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie vulnérables	ARS CTM ACTEURS ASSOCIATIFS	Régional
Promotion des dispositifs d'interprétariat	ARS CHUM	Régional
Communication autour de l'offre d'accompagnement à la parentalité	ARS PREFECTURE CTM CAF	Régional
Renforcement de la visibilité de l'offre pour personnes sans domicile	ARS DEETS CTM Préfecture SIAO	Régional

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

2.1. Favoriser l'accès aux bilans de santé et de prévention

Contexte

L'accès à des bilans de santé permet de limiter les risques de développer des maladies graves qui ne seraient pas détectées à temps. Les publics ciblés par le PRAPS concentrent davantage de facteurs de risques par rapport à la population générale, l'accès à ces dispositifs de prévention constitue donc une priorité pour accompagner les parcours de soins.

Le précédent PRAPS avait mis l'accent sur l'accès aux dispositifs de prévention et de dépistage pour les personnes en situation de handicap ou les personnes âgées en perte d'autonomie. Ainsi, des actions ont été déployées à destination des établissements et services médico-sociaux visant à favoriser le recours au dépistage du cancer du sein. Des actions adaptées ont également été menées à l'intention de personnes en situation de handicap (déploiement du programme « MT Dents » en ESMS pour enfants porteurs de handicap, campagnes de prévention santé sexuelle menées en ESMS par le CREPSS...)

Si ces actions ont vocation à être poursuivies, pour les cinq années à venir, la priorité va aussi porter sur :

- Les publics sous main de justice, notamment les mineurs, dans la continuité de la convention signée récemment entre l'ARS et la PJJ
- La structuration de filières d'accès aux « rendez-vous de prévention » déployés à partir de 2023 pour les publics du PRAPS.

Population cible

Ensemble des publics du PRAPS

Personnes sous main de justice

Personnes en errance

Familles monoparentales

Programme d'actions à 5 ans

1. Favoriser l'accès à la prévention et au repérage des besoins de santé via l'examen de prévention en santé et les « rendez-vous de prévention » aux âges clefs de l'Assurance Maladie
- ✓ Faciliter l'accès aux examens de prévention en santé (EPS) – examen gratuit, ouvert aux plus de 16 ans. Les personnes en situation de précarité ou rencontrant des difficultés à accéder aux soins font partie des publics prioritaires pour accéder à ces EPS.
 - L'accès aux EPS est à organiser pour tous les jeunes de 16 ans et plus suivis par la PJJ, dès leur entrée dans la file active PJJ et leur accès aux droits.
 - Une réflexion sur les modalités d'accès à ces examens pour les publics en errance est également à envisager, en lien avec le déploiement des « rendez-vous de prévention » aux âges clefs de la vie (ci-dessous).

- ✓ **Prévoir d'accompagner les publics les plus vulnérables dans l'accès aux « rendez-vous de prévention » aux âges clés de la vie (20-25 ans, 40-45 ans et 60-65 ans) dès 2023.** Prévus par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), ces rendez-vous « 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. » La structuration de filières d'accès à ces « rendez-vous de prévention » pour les publics du PRAPS, notamment pour les personnes en errance, est à organiser, dans des conditions qui dépendront notamment des modalités de réalisation de ces rendez-vous (instruction nationale à venir).

2. Structurer le parcours de repérage des facteurs de risque pouvant affecter la santé physique et mentale des individus en âge de procréer, de la femme enceinte, du couple en période post partum et du nourrisson

Les consultations et entretiens de préventions constituent des moments clés du parcours de santé de l'individu qui permettent de repérer les facteurs de risque pouvant affecter sa santé. Ce repérage représente un levier aboutissant à une prise en charge précoce des vulnérabilités.

La structuration des parcours de repérage, élaborée en lien avec les professionnels de santé impliqués dans les bilans de prévention, la CGSS, l'ARS et la PMI, permettra un meilleur recours aux consultations/entretiens de préventions. Les entretiens obligatoires pré et post natals précoces en sont également un levier.

Ainsi elle permettra la diffusion de 5 bonnes pratiques à intégrer dans les consultations prévention, tout en prenant en compte les risques liés au territoire :

- Le dépistage surpoids et diabète et orientation,
- Le dépistage pratiques addictives et orientation,
- Le repérage des situations de violences intrafamiliales et orientation,
- Le repérage exposition à un risque environnemental : chlอร์ดéconémie et exposition aux sargasses,
- Le repérage situation de précarité économique et orientation adaptée.

3. Poursuivre le repérage systématique des problématiques de santé à l'entrée en détention

En cohérence avec la feuille de route nationale relative à la santé des personnes placées sous main de justice, le repérage des problématiques de santé, actuellement réalisé par l'Unité Sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) du CHUM, reste une mission essentielle.

Une vigilance particulière doit être portée sur :

- Le repérage et la prise en charge des addictions (voir également axe 3),
- Le dépistage bucco-dentaire,
- Le repérage des situations de handicap, de fragilité ou de perte d'autonomie des personnes détenues,
- Le dépistage des infections par le VIH, le VHB et le VHC,
- L'amélioration de la prévention et du repérage de la tuberculose, dans un contexte de réapparition de cas de tuberculose en Martinique.

Sur ce dernier point, au niveau national, les données font état d'une prévalence de la tuberculose multipliée par 10 en milieu carcéral.

Sur les 5 années à venir, plusieurs actions pourront ainsi être engagées :

- Appliquer les recommandations issues des avis du HCSP du 10 mai 2019 et de la HAS (à venir) sur les modalités de dépistage adaptées aux populations les plus exposées afin de limiter la transmission de la tuberculose en détention
- Renforcer le partenariat entre l'USMP et le Centre de Lutte Antituberculose (CLAT) de Martinique. Engager une réflexion sur les modalités d'intervention du CLAT en milieu pénitentiaire.

4. Favoriser l'accès aux bilans de santé et de prévention pour les personnes en errance

Au regard des spécificités du public des personnes en errance, l'enjeu sera de leur permettre de bénéficier de bilans de santé (notamment podologie, dentaire, dépistage des maladies chroniques) dans une démarche d'aller-vers, en lien avec les équipes mobiles existantes. La structuration et la coordination de ces actions pourront s'appuyer sur la mise en place de la commission régionale « personnes en situation d'errance » à constituer.

Mise en œuvre

	Calendrier	Acteurs associés	Territoire
Favoriser l'accès à la prévention et au repérage des besoins de santé via l'examen de prévention en santé et les rendez-vous de prévention pour les différents publics cibles	2023-2024 / puis en continu	CGSS ARS PJJ	Régional
Promouvoir les consultations/entretiens de prévention auprès des familles monoparentales/vulnérables (consultations de prévention 18-25 ans, consultations pré-conceptionnelles, bilans prénatal, entretiens prénatals précoces, consultations post-natales	Calendrier à préciser	ARS CGSS PMI Professionnels de santé libéraux	Régional
Poursuivre le repérage systématique des problématiques de santé à l'entrée en détention	En continu	ARS CHUM (USMP + CLAT) Centre Pénitentiaire	Régional

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

Contexte

A travers le PRAPS, l'ARS s'est fixé pour objectif de mieux adapter sa stratégie d'accompagnement personnalisé des personnes démunies et éloignées du système de droit commun, en développant notamment le recours aux démarches d'« aller-vers », et en sortant d'une logique de guichet.

Même si de nombreux opérateurs soutenus par l'ARS ont déjà déployé des dispositifs en ce sens, il convient de poursuivre et d'accentuer le déploiement de cette stratégie.

L'« aller-vers » se déclinera essentiellement via le renforcement du travail partenarial entre les acteurs de la santé, et les acteurs de terrain, présents en proximité avec les publics et spécialistes des méthodes « d'aller-vers ». Il s'agira entre autres de s'appuyer sur des espaces connus et identifiés des publics, pour y déployer des actions de prévention et d'accès aux droits dans le champ de la santé.

Population cible

Ensemble des publics PRAPS

Programme d'actions à 5 ans

1. Faire du lien avec les ressources et dispositifs présents en proximité des jeunes en rupture et de leurs familles

S'appuyer sur les ressources et acteurs présents sur le terrain, en proximité des jeunes et de leurs familles (médiateurs sociaux présents dans certaines communes; équipes de prévention spécialisée; conseils citoyens mis en place dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville ...) pour accompagner la diffusion de messages de prévention et/ou proposer des événements mobilisateurs pour les jeunes (culturels / sportifs) durant lesquels des acteurs de la prévention pourraient intervenir (présentation des services et associations existantes dans le champ de la santé; actions de réduction des risques; ...)

Il s'agira notamment de faire du lien avec les dispositifs présents dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville : conseils citoyens, cités éducatives, réflexions en cours dans le cadre des Contrats de Ville autour de la médiation sociale...

2. Envisager la mise en place de lieux d'accueil ouverts, pour permettre aux jeunes de se retrouver, dans un cadre sécurisé et encadré (ex: Espace jeune / foyers ado...)

La difficulté sur le public dit « NEET » est véritablement liée aux stratégies d'approche. En Martinique, une partie de ce public est facilement repérable mais l'autre partie qui concerne notamment les jeunes qualifiés et au chômage reste moins visible. Mettre en place une stratégie d'approche nécessite de mettre en place des partenariats forts avec les institutions incontournables en matière de cohésion sociale, d'insertion socio-professionnelle et d'accompagnement à la parentalité. Ensuite, il apparaît évident d'organiser une approche qui corresponde plus généralement aux modes de vie et aux codes sociaux des jeunes.

En ce sens, il convient d'ambitionner, non seulement une organisation de l'espace socio-culturel sur le territoire mais également d'élaborer des actions d'aller-vers qui mobiliseront l'ensemble des services

déconcentrés de l'Etat (notamment la Direction de l'Economie, de l'Emploi et du Travail et la Direction des Affaires Culturelles), les institutions et collectivités locales ainsi que les partenaires identifiés comme œuvrant en faveur, à destination et avec le public jeune.

La mise en place de lieux d'accueil ouverts représente une forme d'aller-vers à développer. Au travers de ces lieux, pourraient être proposés une information transversale et une orientation vers les services de droit commun le cas échéant. Ainsi, l'ARS pourra accompagner les collectivités à mettre en place un espace à destination des jeunes, engageant des jeunes. Un cahier des charges pourra être défini en ce sens, pour lancer une expérimentation dans le Nord et le Sud de la Martinique.

3. Faire des Epiceries sociales et solidaires des points d'entrée dans le système de santé

L'alimentation est un des déterminants majeurs de la santé. Elle joue également un rôle essentiel sur les questions d'identité, de lien social et familial, de plaisir, de culture, d'appartenance. La politique de lutte contre la précarité alimentaire menée par l'État vise à favoriser l'accès à une alimentation sûre, diversifiée, de bonne qualité et en quantité suffisante aux personnes en situation de vulnérabilité économique ou sociale. Les épiceries sociales et solidaires habilitées par la DEETS, permettent de lutter contre la précarité alimentaire.

Dans une logique d'approche globale en santé, ces points de mise à disposition de denrées peuvent constituer un point d'entrée dans le système de santé :

- Informer les professionnels des épiceries de l'offre en santé pour faciliter l'orientation des bénéficiaires : transmettre les annuaires, mailing d'information, rencontre annuelle en partenariat avec la DEETS
- Proposer des cours de cuisine, ateliers de renforcement des compétences psycho-sociales sur la nutrition ;
- Proposer des séances d'activité physique adaptée dans les épiceries en partenariat avec les maisons sport-santé

4. Prévoir une permanence en santé dans les Maisons France Service

Les Maisons France Service, en tant que lieux de proximité et d'accès aux services publics, offriront aux Martiniquais un espace d'écoute, de soutien et d'information en matière de santé, adaptés aux besoins et aux préoccupations de chaque public cible. Les permanences en santé seront assurées par des professionnels de santé qualifiés.

Il s'agit de prévoir une permanence en santé dans ces maisons, en commençant par un point d'accueil de la plateforme régionale d'oncologie de Martinique puis en l'étendant aux maladies chroniques (prévention, dépistage, éducation thérapeutique du patient).

Mise en œuvre

	Acteurs associés	Territoire
Faire du lien avec les ressources et dispositifs présents en proximité des jeunes et de leurs familles	ARS DEETS Missions locales Ecole de la 2eme Chance PJJ – CP Ducos CTM / ASE	Martinique

Expérimenter la mise en place de lieux d'accueil ouverts, pour permettre aux jeunes de se retrouver, dans un cadre sécurisé et encadré	ARS DEETS Direction des affaires culturelles EPCI / Communes Association des jeunes	Nord et Sud
Faire des Epicerie sociales et solidaires des points d'entrée dans le système de santé	ARS DEETS CTM CCAS Association des épicerie sociales Banque alimentaire CAF CGSS Professionnels de santé	Nord
Prévoir une permanence en santé dans les Maisons France Service	MFS Préfecture GIP PROM Associations ARS CGSS CAF Collectivités locales	Tout le territoire

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

Contexte

Les publics cibles du PRAPS se caractérisent par des parcours de vie qui, par nature, ne sont pas linéaires et simples de compréhension. L'accompagnement adapté et l'orientation de ces publics fragiles est aussi par essence un objectif complexe pour les professionnels.

Dans ce contexte, le renforcement des compétences et des connaissances des acteurs de santé aux spécificités de ces publics constitue un enjeu essentiel pour permettre d'être plus efficaces et pertinents, dans les phases de repérage, prise en charge et d'orientation.

Population cible

Personnes sous main de justice

Jeunes

Personnes victimes de violences

Les personnes en perte d'autonomie et en situation de vulnérabilité

Personnes en situation d'errance

Familles monoparentales

Programme d'actions à 5 ans

1. Développer les formations croisées PJJ / Centre pénitentiaire dans le champ de la prévention du suicide

Le repérage et la prise en charge des situations de mal-être font partie des objectifs prioritaires de la feuille de route nationale 2023-2027 relative à la santé des personnes placées sous main de justice. En ce sens, les formations au repérage de la souffrance psychologique et à la prévention du suicide doivent être poursuivies. Sur la période du précédent PRAPS, les personnels du centre pénitentiaire avaient en effet bénéficié d'une formation dédiée, de même que les professionnels de la PJJ.

En lien avec le développement des formations de premier secours en santé mentale, les formations croisées entre professionnels de la PJJ et du Centre pénitentiaire seront favorisées pour permettre ainsi de créer des synergies et mieux mutualiser les expertises existantes entre le milieu ouvert et fermé.

2. Renforcer la formation des professionnels au repérage des violences

Dans le cadre du précédent PRAPS, plusieurs actions visant la sensibilisation et la formation des acteurs au repérage et à la prise en charge des personnes victimes de violences ont été mises en place, comme par exemple :

- Des formations auprès des professionnels de la santé sexuelle, à l'école de sage-femmes, en IFAS, IFSI, auprès de CCAS sur le repérage, l'accueil et l'orientation des femmes victimes de violences (UFM)
- Une formation des personnels des urgences gynécologiques aux violences sexuelles (CREPSS)

Parallèlement, la mise en place récente du Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIA VS), espace gratuit de soutien et de ressources pour les professionnels qui interviennent auprès des personnes auteurs de violences sexuelles, permet d'étoffer l'offre de formation des acteurs.

Pour le PRAPS 2023-2028, deux champs prioritaires sont ciblés pour la poursuite d'actions de formation et de sensibilisation :

- Les professionnels de premier recours. Il s'agira notamment de mettre à la disposition des professionnels de premier recours, un outil (arbre décisionnel) permettant de faciliter l'orientation des personnes victimes de violences en fonction de leur situation
- Les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap pour qu'ils soient mieux armés pour le repérage et le suivi des violences, en établissement et à domicile

3. Renforcer le soutien et l'accompagnement des professionnels du secteur de l'Accueil, Hébergement et Insertion dans le champ de la santé mentale et de l'addictologie

Les troubles en santé mentale et les problématiques addictives sont fréquents chez les publics en situation d'errance. Les professionnels du secteur de « l'Accueil, Hébergement, Insertion » (AHI) sont ainsi fréquemment confrontés à des publics consommateurs ou présentant des troubles psychiatriques.

Le soutien à ces équipes pour assurer un accompagnement plus adapté de ces publics, dans la perspective de favoriser leur accueil dans les structures d'hébergement d'urgence ou d'insertion est essentiel. Si l'abstinence n'est pas un critère à l'entrée en structure, selon les dispositifs, le seuil de tolérance vis-à-vis de la consommation est plus ou moins bas.

Sur la durée du PRAPS, il s'agira ainsi de promouvoir l'acculturation entre les secteurs de l'addictologie et de l'AHI : formation des professionnels aux principes de la réduction des risques et des dommages (RDRD), diffusion et accompagnement à l'appropriation des référentiels existants relatifs à l'accueil des personnes souffrant d'addictions en structures d'hébergement, mise à disposition de matériel de réduction des risques...

De même, l'intervention renforcée des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) dans les établissements de santé du territoire devra être recherchée, favorisant ainsi une coordination « Psy » et « Addicto » (**=> voir SRS « Parcours Addictions »**)

4. Renforcer le repérage des vulnérabilités (psychologiques, psychiatriques, sociales, sanitaires) auprès des familles monoparentales en renforçant le lien ville-hôpital (MFME, PMI, tissu social etc.) via les conventions de partenariat

Les familles monoparentales sont confrontées à des difficultés particulières (sociales, économiques, etc.) nécessitant une attention spécifique pour répondre à leurs besoins.

Dans ce cadre, le présent PRAPS souhaite renforcer le repérage des vulnérabilités de ce public afin de leur offrir un accompagnement adapté.

Pour ce faire, cette action implique la mise en place de conventions de partenariat entre les différents acteurs en contact avec ce public (acteurs du champ sanitaire, social et médicosocial) pour favoriser un accompagnement global, coordonné et cohérent.

Cette action prévoit également de former les acteurs partenaires au repérage et à l'orientation des familles vers les prises en charge appropriées. Ainsi, des outils de repérage et d'orientation seront développés et mis à leur disposition.

5. Sensibiliser et former les professionnels amenés à intervenir auprès du public « personnes victimes de violences »

Certains professionnels non sensibilisés à la problématique des violences peuvent, dans le cadre de leurs missions, être confrontés à la révélation de faits de violence. Ces professionnels peuvent se sentir démunis et isolés face à ces situations qui peuvent à la fois générer un stress intense, mais également nécessiter une écoute et une orientation vers une prise en charge adaptée. Il conviendra, pour les 5 prochaines années, de former et d'accompagner ces professionnels amenés à intervenir auprès de personnes victimes de violences (institutions, collectivités, établissements scolaires) pour qu'ils puissent intervenir plus sereinement dans ces situations spécifiques.

6. Former les professionnels du médico-social à la prise en charge des personnes en situation de handicap, notamment des situations évolutives et complexes (dont les PHV).

(=> voir parcours « personnes en situation de handicap » du SRS)

Mise en œuvre

	Acteurs associés	Territoire
Développer les formations croisées PJJ / Centre pénitentiaire	ARS Centre Pénitentiaire PJJ	Régional
Formation des professionnels au repérage des violences	ARS PREFECTURE RECTORAT COLLECTIVITE	Régional
Soutien aux professionnels de l'AHJ dans le champ de la santé mentale et de l'addictologie	ARS CAARUD DEETS	Régional
Repérage des fragilités chez les familles	ARS CTM- PMI CHUM –staffs médico-psycho-sociaux Professionnels de santé CAF Préfecture CGSS CCAS	Régional
Sensibilisation et formation des professionnels intervenant auprès de personnes victimes de violences	ARS PREFECTURE RECTORAT COLLECTIVITE	Régional

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

Contexte

La seule diffusion des messages de prévention et de promotion de la santé est insuffisante pour l'adoption de comportements favorables à la santé, notamment chez les personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité, nécessitant ainsi de développer des modalités d'action adaptées.

Le schéma régional de santé identifie un certain nombre d'actions et de priorités, qui ont vocation à être déclinées pour les publics prioritaires du PRAPS.

Plus particulièrement, il s'agira de renforcer :

- La prévention des violences
- La prévention et l'accompagnement des familles en situation de vulnérabilité
- Le développement et l'évaluation des actions de prévention de la perte d'autonomie, notamment en direction des personnes en situation de handicap.

Population cible

Personnes victimes de violences

Familles monoparentales

Les personnes en perte d'autonomie et en situation de vulnérabilité

Programme d'actions à 5 ans

1. Prévenir les comportements sexistes et les violences sexuelles dès le plus jeune âge et promouvoir l'égalité

L'ampleur des comportements sexistes et des violences sexuelles dans nos sociétés résulte notamment de la persistance d'inégalités entre femmes et hommes et de stéréotypes sexistes. La lutte contre les violences, notamment à l'égard des femmes, nécessite de promouvoir l'égalité et de déconstruire les stéréotypes de genre, et ce dès le plus jeune âge. Ainsi, il conviendra de renforcer les actions d'éducation à la vie affective et sexuelle et de prévention des violences. Les actions de soutien à la parentalité devront également comporter des actions de sensibilisation des futurs et jeunes parents à la question des violences et à en prévenir la répétition. L'offre de prévention du territoire nécessitera par ailleurs d'être structurée, coordonnée et sa lisibilité renforcée.

2. Agir dès la grossesse, à l'accouchement et durant la période néonatale sur les facteurs qui peuvent affecter la santé et le développement psychomoteur des enfants vivant dans des familles monoparentales et/ou vulnérables

Les familles monoparentales sont particulièrement exposées à différents types de vulnérabilités qui peuvent affecter la santé et le développement psychomoteur des enfants qui naissent et vivent dans ces familles (obésité, violences, facteurs environnementaux...).

Le repérage précoce de ces vulnérabilités permettrait de soutenir ces familles et de favoriser des conditions optimales pour le développement de leurs enfants.

Pour ce faire, des partenariats seront établis avec les acteurs locaux des différents secteurs qui accompagnent les femmes enceintes et les nouveau-nés. Il sera également renforcé lors des consultations et bilans suivants : bilan pré-conceptionnels, bilan prénatal, entretien prénatal précoce, consultation post-natale, entretien post-natal (=> voir SRS ; parcours « périnatalité /enfants / santé maternelle »).

Pour atteindre les résultats escomptés, des actions de sensibilisation, de formation et d'information seront déployées auprès des partenaires. Aussi, des outils de repérage et d'orientation leur seront fournis.

L'orientation des personnes se fera vers les services de soutien et d'accompagnement, y compris vers des actions de prévention fondées sur le renforcement des compétences psychosociales.

3. Prévenir les pertes d'autonomie évitables auprès des personnes handicapées vulnérables et des personnes handicapées vieillissantes

Les personnes handicapées vulnérables et vieillissantes sont par nature, fortement exposées à des risques de dépendance plus importants, nécessitant des interventions spécifiques.

Ainsi, ce projet vise à mettre en place des mesures préventives et des interventions précoces afin de favoriser le plus longtemps le maintien de l'autonomie chez ce public.

Pour ce faire, une stratégie de repérage précoce des fragilités chez les personnes les plus susceptibles de présenter des pertes d'autonomie évitables doit être déployées auprès de tous les acteurs en contact avec les personnes en situation de handicap (professionnels de santé libéraux, structures sanitaires, médicosociales, aidants, travailleurs sociaux, etc.).

Afin d'harmoniser les pratiques, des actions de sensibilisation, de formation et d'information – relatives au repérage précoce et à l'orientation – seront déployées auprès des acteurs partenaires.

Parallèlement des actions et des dispositifs de prévention de la perte d'autonomie évitable chez ce public seront coconstruites et structurées avec les acteurs concernés.

4. Evaluer les actions de prévention de la perte d'autonomie déployées dans les établissements médico-sociaux dans un objectif d'amélioration des pratiques.

Ce projet s'inscrit dans une volonté de garantir une offre de prévention de qualité aux résidents des établissements sociaux et médicosociaux. (=> voir SRS ; parcours « Personnes âgées »).

Les objectifs sont d'une part d'évaluer la pertinence et l'adéquation des actions déployées par rapport aux besoins des personnes. D'autre part, il s'agit de mesurer leur impact sur le niveau d'autonomie des bénéficiaires.

Pour bien mener ce projet, un protocole et des outils d'évaluation seront élaborés par l'ARS et la CTM, puis partagés avec l'ensemble des structures concernées.

Les résultats de cette évaluation permettront d'orienter les politiques de prévention de la perte d'autonomie vers une optimisation des pratiques.

Mise en œuvre

	Acteurs associés	Territoire
Prévenir les comportements sexistes et les violences dès le plus jeune âge	ARS Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité Rectorat Associations œuvrant dans le champ de la prévention des violences Collectivités locales Forces de l'ordre	Régional
Agir dès la grossesse, à l'accouchement et durant la période néonatale sur les facteurs qui peuvent affecter la santé et le développement psychomoteur des enfants vivant dans des familles monoparentales et/ou vulnérables	ARS CHUM Réseau périnatalité Clinique Saint-Paul Professionnels de santé PMI Associations CCAS CHRS	Régional
Prévenir les pertes d'autonomie évitable	ARS CTM Professionnels de santé libéraux, Structures sanitaires, Structures médicosociales, Aidants, Travailleurs sociaux	Régional
Evaluer les actions de prévention de la perte d'autonomie	CFPPA ARS CTM CGSS Usagers	Régional

Axe 3 - Garantir un accès effectif aux soins

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

Contexte

L'enjeu de l'accès à un parcours de soins complet, mobilisant les dispositifs de « droit commun », est encore freiné pour une partie des Martiniquais faute de droits ouverts. Or, l'absence de droits ouverts ou les difficultés d'accès aux prestations ou aides auxquelles elles peuvent prétendre, peuvent expliquer, au moins en partie, le renoncement aux soins de populations fragiles, en situation de précarité.

Le précédent PRAPS avait défini comme objectif de travailler à la limitation des ruptures de droits pour les jeunes à leur entrée dans la vie active. Il était également question de développer des actions d'aller-vers pour accompagner les publics dans la structuration d'un parcours de soins et le relais vers l'offre de droit commun.

Le PRAPS 2023-2028 s'inscrit dans la continuité de ces orientations et se fixe des objectifs plus ambitieux structurés autour de trois grands axes de travail :

- 1 Le développement des dispositifs dédiés aux droits de santé et à l'accès aux soins des personnes démunies, en lien avec les évolutions soutenues au niveau national : restructuration et renforcement de la PASS du CHU ; mise en place de PASS de ville ; mise en place d'une consultation d'accueil de soins et d'orientation. Tous les publics cibles du PRAPS sont ainsi concernés, en particulier les plus vulnérables et les plus éloignés de l'offre ;
- 2 L'accompagnement dans l'accès aux droits et aux soins des jeunes en situation d'insertion, suivis par la Mission Locale ;
- 3 L'amélioration des dispositifs d'accès aux droits et aux soins des personnes sous main de justice en milieu ouvert ou fermé.

Population cible

Ensemble des publics du PRAPS

Programme d'actions à 5 ans

1. Accompagner la mise en conformité de la PASS du CHU et le développement d'activités complémentaires

L'instruction N° DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS) prévoit la mise en conformité des PASS existantes au nouveau cahier des charges dans un délai de 3 ans à compter de sa publication, à savoir avril 2025.

Le cahier des charges définit à la fois :

Des obligations communes à toutes les PASS :

- Les activités « socles » devant être réalisées par les PASS, auprès des patients ou pour le bénéfice des patients auprès des professionnels de l'établissement et des partenaires extérieurs ;

- Les modalités d'organisation et de déploiement des missions des PASS (obligation de structurer une unité fonctionnelle pluridisciplinaire, composée de personnels dédiés [a minima 0,2 ETP médicaux dédiés à la médecine générale polyvalente, 0,5 ETP d'IDE et 0,5 ETP d'assistant de service social]).
- La mise en place d'un COPIL PASS, réuni annuellement
- Le renforcement de l'articulation avec les services d'urgences
- La formalisation du partenariat avec les services de l'Assurance Maladie
- L'identification d'un coordonnateur régional.

Des activités complémentaires avec la définition :

- D'actions d'aller-vers
- De parcours dédiés aux soins dentaires, aux mères et enfants

2. Mettre en place la consultation de soins et d'orientation pour les personnes en situation de précarité au sein de la PASS hospitalière et communiquer vers les acteurs de la précarité

Il s'agit d'accompagner le CHUM dans la création de son unité de soins associant compétence médicale et infirmière intégrée à la PASS. Cette équipe aura pour mission d'assurer une première évaluation de l'état de santé des personnes en situation de précarité et de développer un partenariat avec les filières spécialisées et les professionnels de santé du premier recours pour orienter le public (gynécologie, ophtalmologie, ORL, dentaire, ...).

3. Mettre en place les PASS de ville sur le modèle prévu par l'instruction nationale en cours de rédaction :

Les PASS de ville, dont la généralisation est prévue en 2023, poursuivent plusieurs objectifs :

- Permettre à des personnes sans couverture maladie d'accéder à des soins de ville
- Bénéficier d'un accompagnement pour faciliter leur ouverture de droits
- Limiter le recours aux PASS hospitalières et les passages aux urgences

Leur déploiement en Martinique sera à envisager sur la durée du PRAPS, selon les orientations et le cadre actuellement en cours de réflexion au niveau national et au regard des adaptations nécessaires pour notre territoire.

4. Mettre en place le programme « santé des jeunes » dans les missions locales

Dans le cadre du Contrat Engagement Jeune (CEJ), dispositif qui s'inscrit dans la continuité du plan « 1 jeune, 1 solution » et qui remplace la Garantie Jeunes, le champ de la santé fait partie intégrante de l'accompagnement individuel mis en place au travers la démarche globale du CEJ.

Le CEJ s'adresse aux jeunes de 16 à 25 ans révolus (ou 29 ans révolus lorsqu'ils disposent d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé), qui ne sont pas étudiants, ne suivent pas une formation et présentent des difficultés d'accès à l'emploi durable. Mis en œuvre par Pôle emploi et les missions locales, le CEJ propose un parcours entièrement personnalisé, de 6 à 12 mois, pour les jeunes en fonction de leur profil, avec pour objectif de les aider à définir leur projet professionnel et à trouver un emploi. Or, les problématiques de santé font souvent partie des freins à l'accès à l'emploi pour ces jeunes.

Le programme « Ta santé, ta priorité, t'as capté », mis en place en partenariat avec l'ARS, la CGSS, le SUMPPS (Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé) et l'URML, va ainsi être adapté et déployé auprès de ce public avec pour ambition de :

- Favoriser l'accès aux droits
- Mettre en place des actions de prévention
- Apporter de l'information aux jeunes sur les outils et dispositifs existants
- Améliorer l'accès aux soins à travers des parcours de santé.

5. Améliorer la coordination avec la CPAM du Lot en charge de l'ouverture des droits pour les détenus du Centre pénitentiaire

Actuellement, dès la mise sous écrou, les détenus sont administrativement et automatiquement rattachés au régime général d'assurance maladie et affiliés auprès du pôle du Centre national de protection sociale des personnes écrouées (CNPE) situé dans le Lot. A la sortie, le délai de transfert du dossier entre la CPAM du Lot et la CGSS peut parfois engendrer des ruptures de parcours de prise en charge. Pour les détenus pour lesquels les droits n'étaient pas ouverts avant leur incarcération, le délai d'ouverture des droits peut également constituer un frein à la mise en place des soins.

Une réflexion sera ainsi menée pour améliorer la coordination entre la CGSS et la CPAM du Lot. Une proposition viserait à dupliquer le système actuellement mis en place entre le service social du CHUM et la CGSS autour de l'accès aux droits des personnes en situation de précarité (convention PLANIR). Il s'agirait de prévoir des temps d'échanges pour passer en revue les dossiers les plus problématiques d'accès aux droits des détenus pour apporter une réponse adaptée et rapide.

6. Rendre opérationnelle la borne d'accès aux droits au Centre Pénitentiaire

La convention de mise en place de la borne d'accès aux droits entre le Conseil département d'accès aux droits (CDAD) et les différents partenaires est signée depuis décembre 2022. Il convient désormais d'accompagner la mise en œuvre opérationnelle du dispositif nécessitant d'affiner la répartition des rôles entre les conseillers numériques du CDAD qui accompagneront les détenus dans les démarches d'accès aux droits et les partenaires (SPIP notamment).

7. Renforcer l'accès aux droits et aux soins de ville / de « droit commun » pour les personnes en errance

L'accès aux droits et aux dispositifs de droits communs pour les personnes en errance sera articulé autour de trois axes :

- Mettre en place un dispositif spécifique pour lever les freins à l'accès aux droits communs pour les personnes en errance (procédure accélérée pour obtention de pièces d'identité notamment)
- Mettre en place un dispositif « passerelle » entre hospitalisation en psychiatrie et offre d'hébergement pour éviter les « sorties sèches »
- Renforcer la coordination entre EMPPA et CCAS afin de faciliter l'accès aux dispositifs de droit commun pour l'hébergement des personnes âgées en errance diurne

Mise en œuvre

	Acteurs associés	Territoire
Mise en conformité de la PASS du CHU	CHUM ARS Assurance Maladie	Régional
Mise en place d'une consultation de soins et d'orientation	CHUM	Régional
Mise en place des PASS de ville	A définir en fonction de l'appel à projet à venir	Régional
Mise en place du programme « santé des jeunes » dans les missions locales	ARS CGSS Missions locales URML CPTS Centre de santé Professionnels de santé CEGIDD	NORD CENTRE SUD
Renforcement de la coordination avec la CPAM du Lot	PASS du CHUM USMP Assurance Maladie	Régional
Rendre opérationnelle la borne d'accès aux droits au CP de Ducos	CDAD Centre pénitentiaire SPIP	Régional

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

Contexte

L'adaptation de l'offre de soins aux problématiques des populations les plus fragiles constitue une priorité déjà identifiée dans le précédent PRAPS, qu'il convient encore de renforcer. En effet, la crise Covid-19 a contribué à accentuer les inégalités d'accès aux soins déjà fortement marquées pour les populations cibles du PRAPS.

En complément des actions visant à accompagner les publics du PRAPS vers l'offre de droit commun en s'appuyant sur des dispositifs d'accompagnement ou d'accès aux droits (voir 3.1.), il s'agira de développer des offres de prise en charge dédiées, spécifiques et adaptées, dépassant une simple mobilisation et adaptation du droit commun. Le renforcement de l'offre de soins pour les personnes sous main de justice en milieu fermé, ou encore le renforcement de dispositifs mobiles dédiés sont prévus.

Par ailleurs, certains dispositifs spécifiques n'ont pas encore pu être déployés sur le territoire à l'instar de l'unité d'accueil pédiatrique enfant en danger (UAPED), il convient donc d'en accélérer la mise en œuvre.

Population cible

Personnes victimes de violences

Personnes sous main de justice

Personnes en errance

Les personnes en perte d'autonomie et en situation de vulnérabilité

Programme d'actions à 5 ans

1. Renforcer l'offre de soins des personnes sous main de justice en milieu fermé

Sur la durée du PRAPS, plusieurs évolutions sont attendues :

- **Augmentation des capacités d'hospitalisation complète au sein du CHUM** dédiées aux détenus (7 chambres livrées fin 2023, soit augmentation de 4 chambres, dans un secteur sécurisé)
- **Développement du recours à la télémedecine** (téléconsultation /téléexpertise) au sein de l'USMP pour limiter les besoins d'extraction
- **Renforcement de l'offre de prise en charge en milieu pénitentiaire en lien avec la création de la SAS** (« Structure d'accompagnement à la sortie ») prévue en 2025 (unité de 120 places, dédiée aux détenus en fin de peine) :
 - o **Création d'une seconde Unité sanitaire** au sein de la SAS en 2025. Il s'agira d'ici 2025 de définir le projet de santé de l'USMP dans ses différentes dimensions (somatique et psychiatrique).
 - o Cette seconde USMP sera assortie d'un CATTP et d'un renforcement du CSAPA référent (+0,5 ETP).
- **Réaménagement de l'unité sanitaire actuelle** du centre pénitentiaire en doublant les surfaces et en reliant l'unité psychiatrique et somatique (en 2027).
- **Organiser l'accès aux soins en période de PDSA au sein du Centre Pénitentiaire**

Le précédent PRAPS pointait déjà les fragilités de l'organisation de l'accès à la PDSA pour les détenus du Centre pénitentiaire de Ducos. L'actuel cahier des charges régional de la PDSA est actuellement en cours de révision et sera publié en 2023. Celui-ci intégrera un volet d'intervention en milieu pénitentiaire. La procédure d'accès au Centre pénitentiaire pour les médecins de garde sera à réviser.

- **Rendre accessible l'offre d'imagerie aux patients du Centre pénitentiaire**

Un projet de parcours d'accès à l'imagerie pour les détenus du Centre pénitentiaire a été formalisé. Une convention tripartite entre ARS, URML et Centre de détention est à relancer.

En parallèle, **une réflexion autour de la mise en place d'une nouvelle unité inter-régionale UHSA pour la Martinique, la Guadeloupe et la Guyane pourra être engagée en inter-ARS**, ce qui permettrait d'améliorer le parcours de soins en santé mentale sur 3 niveaux (ambulatoire, hospitalisation à temps partielle, et hospitalisation complète).

2. Organiser des parcours de soins coordonnés dans le cadre des « modules santé » pour les jeunes suivis par la PJJ.

Dans le cadre des mesures éducatives judiciaires, la Protection Judiciaire de la Jeunesse réalise un accompagnement socio-éducatif en milieu ouvert. Depuis 2019, le juge peut ajouter à cet accompagnement, en fonction de la personnalité, des besoins et de l'évolution du jeune, un ou plusieurs modules et obligations. Il existe 4 modules, dont un module « santé » qui peut consister en :

1° Une orientation du mineur vers une prise en charge sanitaire adaptée à ses besoins ;

2° Un placement dans un établissement de santé, à l'exclusion des services de psychiatrie ;

3° Un placement dans un établissement médico-social. (Article L112-11, code la justice pénale des mineurs)

Un travail partenarial associant PJJ, partenaires de la protection de l'enfance, mais également l'ensemble des acteurs de la santé et du médico-social, est à mener, de manière à structurer des parcours de prise en charge en ville, adaptés aux besoins des jeunes accompagnés.

En particulier, des relais sont à penser avec les acteurs de l'addictologie : une convention entre CSAPA et PJJ serait à envisager pour faciliter les orientations et l'accès aux accompagnements en CSAPA, notamment au titre de leur mission CJC (repérage précoce, accompagnement motivationnel), et favoriser la continuité des prises en charge entre milieu fermé et milieu ouvert.

3. Limiter l'impact des violences subies par une prise en charge pluridisciplinaire et adaptée

Le renforcement de l'offre de prise en charge des personnes victimes de violences, via notamment, la mise en place de dispositifs prévus nationalement est prévu sur la durée du PRAPS :

- Renforcer les dispositifs de prise en charge des femmes victimes de violences au sein des établissements sanitaires
- Mettre en place une **unité d'accueil pédiatrique enfant en danger** (UAPED)
- Mettre en place une **équipe pédiatrique référente enfant en danger** (EPRED)
- Mettre en œuvre le **protocole de prise en charge des enfants présents lors d'un féminicide/homicide** au sein du couple

- Etudier, en lien avec les partenaires institutionnels et associatifs, **les conditions de mise en place d'une Maison des Femmes**, espace visant à favoriser l'accès aux droits, la capacité d'agir et l'autonomie des femmes, en particulier celles victimes de violences.

En parallèle, une réévaluation de l'amplitude horaire de l'unité médico judiciaire (actuellement ouverte du lundi au vendredi de 8h à 17h) sera engagée afin de couvrir une plage horaire plus grande.

4. Renforcer l'accompagnement des public-cibles vers une sortie des situations de violences

Sortir de situations de violences est souvent difficile, surtout lorsqu'il existe une relation d'emprise entre l'auteur et la victime. Aussi, il est indispensable d'accompagner ces publics en levant les obstacles à une sortie des violences qu'ils subissent. Ainsi, durant la période du PRAPS, le soutien au parcours de sortie de prostitution, placé sous l'autorité du Préfet, sera renforcé. Par ailleurs, une attention particulière sera portée au renforcement du maillage territorial de l'accompagnement des personnes victimes de violences sur les territoires de proximité du Nord.

5. Structurer une prise en charge coordonnée des situations de handicap individuelles complexes

(=> voir parcours « personnes en situation de handicap » du SRS)

6. Adapter l'accompagnement médico-social aux besoins des personnes en situation de handicap, des personnes en grande précarité vieillissantes et au public des femmes en errance

- ✓ Favoriser des liens de complémentarité entre les structures du handicap (SAVS, SAMSAH, établissements) et les acteurs du champ gérontologique (DAC, SAAD...) pour construire des réponses adéquates.

L'absence de données sur le nombre de personnes handicapées vieillissantes rend difficile une projection capacitaire. En lien avec la CTM, il conviendra de solliciter le CREA I pour une étude sur les PHV en établissements médico-sociaux mais aussi sur le domiciliaire. Cette étude permettrait de construire les réponses adéquates aux besoins des personnes handicapées vieillissantes

- ✓ Définir les modalités d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes par les secteurs du grand âge et du handicap

Les modalités d'accompagnement seront définies en fonction du résultat de l'enquête CREA I. Pour autant, dans les structures médico-sociales de types maison d'accueil spécialisée ou foyer d'accueil médicalisé, l'usager est voué à vieillir sur son lieu de vie. Il conviendra d'adapter l'accompagnement aux publics vieillissants. Des leviers sont d'ores et déjà repérés : échanges sur les pratiques professionnelles entre la gériatrie et le handicap ; la formation des équipes, acquisition de matériel adapté aux PHV. Pour les PHV, au domicile, il conviendra de développer des structures de type : SSIAD, SAVS, SAMSAH... et faire de la communauté 360, un dispositif ressource pour les aidants par le biais de la communication.

Pour les PHV n'étant jamais allées en établissement médico-social, il conviendra soit de réserver des places en EHPAD pour un accompagnement PHV, ou de créer un EHPAD pour PHV ou des petites unités de vie en coordination avec la CTM.

- ✓ Engager une réflexion sur l'accompagnement et la prise en charge des personnes sans domicile vieillissantes et des femmes en situation d'errance.

Les publics sans domicile, en situation d'errance, rencontrent davantage de problématiques de santé qu'en population générale, pouvant accélérer le processus de perte d'autonomie. Ces situations peuvent donner lieu à la fois :

- À des prises en charge inadaptées (accueil dans des structures d'hébergement d'urgence ou d'insertion de personnes en perte d'autonomie qui pourraient, en faisant abstraction de l'âge, relever d'une prise en charge en EHPAD)
- À des besoins d'adaptation et d'étayage des structures dédiées à la prise en charge de la perte d'autonomie pour assurer l'accompagnement de ces publics aux profils complexes.

Par ailleurs, au regard des spécificités de ce public, il est aussi nécessaire prévoir des dispositifs dédiés lors des prochaines créations d'hébergements, pour les femmes en errance, consommatrices de substances psychoactives, ayant des comorbidités psychiatriques et parfois en situation de grossesse.

7. Renforcer les dispositifs d'aller-vers pour les publics cibles du PRAPS

Le mouvement de renforcement des prises en charge en santé mentale a permis de diversifier l'offre du CH Maurice Despinoy avec le développement de plusieurs dispositifs :

- Equipe Mobile de Psychiatrie Précarité (EM PP)
- Equipe Mobile de Psychiatrie de la Personne Âgée (EM PPA)
- Urgences Psychiatriques Martinique UPM et dispositif de Régulation (numéro d'appel pour les professionnels de santé)
- Equipe Mobile Suivi Intensif dans le Milieu et de Réhabilitation Psychosociale (EM SIMRP)
- Equipe Mobile Premiers Episodes Psychotiques (EM PEPS)

Au regard des besoins de prise en charge, notamment en situation de crise, l'ARS a prévu de financer une expérimentation sur 2 ans d'une « **Equipe psychiatrique d'intervention et de crise** » (EPIC) qui devrait permettre de faciliter les coordinations interprofessionnelles et l'accompagnement vers les soins, notamment des publics en errance. La pérennisation du dispositif sera étudiée à l'issue d'une phase d'évaluation.

Par ailleurs, il est aussi prévu le développement à venir du dispositif « Un chez soi d'abord » (55 places à terme, d'ici 2024) permettant l'accès à un hébergement pour des personnes sans logement et en situation de grande précarité avec des problématiques psychiatriques.

Mise en œuvre

	Acteurs associés	Territoire	Evolution de l'offre
Renforcement de l'offre de soins des personnes sous main de justice en milieu fermé	ARS CHUM CP DUCOS APIJ	Régional	+4 chambres +1 USMP-SAS +1 CATT renforcement du CSAPA référent (+0,5 ETP)
Mise en place de parcours de soins coordonnés dans le cadre des « modules santé »	PJJ Partenaires de la protection de l'enfance Acteurs de la santé et du médico-social CSAPA	Régional	

Limiter l'impact des violences subies par une prise en charge pluridisciplinaire	ARS CHUM Porteurs des dispositifs UAPED/EPRED/Maison des femmes	Régional	Création d'une UAPED Création d'une EPRED
Adaptation de l'accompagnement médico-social aux besoins des PHV et publics en errance	ARS CTM ACISE Croix Rouge Partenaires dans le champ médico-social	Régional	A expertiser au regard des études réalisées
Renforcement des dispositifs d'aller-vers	ARS CHMD	Régional	Mise en place d'une EPIC