



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON

**ATS
ADMINISTRATION
TERRITORIALE
DE SANTE**

**Plan stratégique
Territorial de Santé
(PSTS)**

Archipel de Saint-Pierre-et-Miquelon

1	DIAGNOSTIC : UN ARCHIPEL AUX CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES	8
1.1	CONTEXTE GEOGRAPHIQUE ET DEMOGRAPHIQUE	8
1.1.1	CONTEXTE GEOGRAPHIQUE	8
1.1.2	DEMOGRAPHIE	10
1.2	DES SPECIFICITES SOCIO-ECONOMIQUE ET CULTURELLES	13
1.3	UN CONTEXTE INSTITUTIONNEL SPECIFIQUE.....	15
1.4	DONNEES SANITAIRES et MEDICO SOCIALES	17
	« ETAT DE SANTE : DES PROBLEMATIQUES TRES PROCHES DE CELLES OBSERVEES EN METROPOLE »	17
1.4.1	La mortalité	17
1.4.2	L'état de santé selon les étapes de la vie	18
1.4.3	Des handicaps divers	20
1.4.4	Les grandes pathologies	20
1.4.5	La santé mentale	21
1.4.6	Comportements de santé et mode de vie.....	23
1.5	L'OFFRE DE SANTE	27
1.5.1	L'offre dans le domaine de la prévention et de la promotion de la sante.....	27
	EN CONCLUSION : L'offre dans le domaine de la prévention et de la promotion de la sante.	28
1.5.2	L'offre médico-sociale	29
1.5.3	L'offre de soins	30
	Un problème reconnu: le cout du système.....	30
2	DES PRINCIPES STRUCTURANTS	34
3	DEUX GRANDES ORIENTATIONS :.....	35
>	Une offre sur-mesure pour les besoins spécifiques du territoire	35
>	Faire progresser la démocratie sanitaire	35
3.1	Orientation stratégique n°1 : Améliorer la santé en garantissant une offre de prévention efficiente.....	36
3.1.1	Promouvoir une coordination sur le territoire.....	36
3.1.2	Ancrer les politiques de prévention au cœur des territoires	36
3.1.3	Favoriser l'accessibilité aux dépistages organisés.....	36
3.1.4	Veiller au respect des droits en matière de santé des populations vulnérables (Personnes âgées, jeunes déscolarisées, famille monoparentale, population en situation de précarité, personnes handicapées)	36
3.1.5	Développer une offre de prévention ciblée	36

3.2	Orientation stratégique n°2 : Améliorer la fluidité du parcours de prise en charge sanitaire et médicosociale.....	36
3.2.1	Le Territoire doit disposer d'un maillage de premier recours, pivot du parcours de prise en charge	36
3.2.2	La structuration des filières de santé de premier recours, de recours local et supra local	36
3.2.3	Garantir une offre de santé durable	36
3.2.4	La télésanté auxiliaire du parcours de prise en charge	36
3.3	Orientation stratégique n°3 : Conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs au plus près de la réalité du territoire.....	36
3.3.1	Une réelle dynamique locale.....	36
3.3.2	Une «co-production qualitative»	36
3.4	Orientation stratégique n°1 : Améliorer la santé en garantissant une offre de prévention efficiente.....	38
3.4.1	Promouvoir une coordination sur le territoire.....	38
3.4.2	Ancrer les politiques de prévention au cœur des territoires	38
3.4.3	Favoriser l'accessibilité aux dépistages organisés.....	39
3.4.4	Veiller au respect des droits en matière de santé des populations vulnérables (Personnes âgées, jeunes déscolarisées, famille monoparentale, population en situation de précarité, personnes handicapées)	39
3.4.5	Développer une offre de prévention ciblée : 3 priorités.....	40
3.5	Orientation stratégique n°2 : Améliorer la fluidité du parcours de prise en charge sanitaire et médicosociale.....	41
3.5.1	Assurer le maillage de premier recours	41
3.5.2	Disposer d'une offre de diagnostic précoce accessible sur l'ensemble du territoire. ...	41
3.5.3	La structuration des filières de santé de premier recours, de recours local et supra local	42
3.5.4	Garantir une offre de santé durable	42
3.5.5	Face aux perspectives offertes par la télésanté, l'Archipel doit s'organiser.....	44
3.5.6	Mettre en place une gouvernance territoriale de la télésanté en regroupant l'ensemble des acteurs de la santé.	45
3.5.7	Déployer la télésanté sur l'ensemble du territoire de St Pierre et Miquelon pour garantir une offre de santé accessible en tous points du territoire et développer la qualité des soins	46
3.6	Orientation stratégique n°3 : Conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs au plus près de la réalité du territoire.....	47
3.6.1	Une réelle dynamique locale.....	47

DIAGNOSTIC

3.6.2	L'utilisateur acteur de santé	47
3.6.3	Les professionnels de santé dans le processus de co-production	48
3.6.4	S'adapter avec les professionnels et les usagers aux évolutions du système de santé	48
3.6.5	Améliorer et structurer l'information des usagers afin de favoriser la lisibilité du système de santé.....	50
3.6.6	Sensibiliser aux représentations discriminantes de la maladie	51
ANNEXES.....		52
	L'offre de soins	52
ANNEXE 1.....		53
	L'offre de soins	53
ANNEXE 2.....		63
ANNEXE 3.....		65
1	Parents et enfants :	65
2	Les enfants et adolescents	66
ANNEXE 4.....		71
	Disposer d'un système d'observation territorial compilant les données de prévention, soins et médico-social, médico-économiques, sociales, éducatives	71
	Organiser un système de recueil et de traitement capable d'identifier les phénomènes émergents pour une meilleure sécurité sanitaire.....	72
	Disposer des supports d'information et organiser le recours aux données de santé	72
	Promouvoir la santé à tous les âges de la vie.....	73
	Promouvoir un environnement favorable à la santé	74
3.	Structurer l'accès aux soins et aux prises en charge médico-sociales en filière.....	75
	Créer un service territorial de santé au service du public favorisant une coopération forte entre les offreurs de santé (prévention, soins, médico-social)	75
	Conforter la télémédecine.	76
	Organiser les parcours santé	77
	Agir sur les maladies chroniques et leurs déterminants	77
	Promouvoir la santé mentale.....	77
	Mettre en place un parcours coordonné de santé et d'accompagnement, en respectant le libre choix des personnes	78
	Développer la participation des acteurs du système de santé territorial.....	78
	Promouvoir les droits et l'information des usagers	80
	Rendre plus efficace la démocratie sanitaire	81

DIAGNOSTIC

Le plan stratégique territorial de santé a pour but de définir les grandes orientations de la politique de santé dans notre espace de vie. Il constitue le premier étage du projet territorial de santé.

Il s'agit de dire au nom de quoi l'administration territoriale de santé, qui a la responsabilité de piloter l'ensemble des sujets de santé dans l'archipel, veut agir, quels sont les objectifs qu'elle poursuit, comment elle entend répondre aux besoins de santé locaux.

Ce document n'a pas vocation à décrire l'application opérationnelle de cette politique.

Ce sera fait dans un second temps. Le deuxième étage du projet régional de santé sera décliné sous la forme de trois schémas opérationnels :

Un schéma organisant les actions de prévention, un schéma organisant l'offre de soins et un schéma organisant l'offre médico-sociale pour la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées. La préparation de ces schémas fera à son tour l'objet d'une concertation.

Mais avant d'élaborer ces schémas, il est nécessaire que la cohérence d'ensemble des mesures à prendre, des actions à conduire ait été affichée et que le sens de l'action ait été donné. Tels sont les objectifs du présent Plan stratégique territorial de santé.

Une annexe dédiée à néanmoins été consacrée aux points forts des échanges entre l'Administration territoriale de Santé et les acteurs. Ces éléments seront utilement connus lors de l'élaboration des schémas.

Le secteur de la santé à St-Pierre et Miquelon est confronté à des transformations et à des défis de plus en plus aigus.

Pour relever ces défis, pour continuer d'améliorer le service rendu à la population, pour en garantir l'efficacité et la qualité, nous devons sans cesse nous adapter et évoluer. L'organisation et le fonctionnement du système de santé de demain ne pourront être ceux que nous avons connus hier. Le projet territorial de santé a pour but de consolider les actions aujourd'hui pertinentes, de développer des actions nouvelles, de renforcer la prévention, d'adapter l'offre de santé aux changements à venir

La santé est une notion complexe et pluridimensionnelle comme le met en évidence la définition de l'Organisation mondiale de la Santé : « **La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité** ».

Envisager et programmer la période à venir dans le domaine de la santé est un exercice qui n'est pas nouveau puisque sur des périodes antérieures des documents ont déjà été élaborés afin de fixer le développement des réponses à la population dans le domaine de la santé.

DIAGNOSTIC

Ainsi, le projet territorial de santé succède au Schéma territorial de l'organisation sanitaire et sociale (2008 – 2013) de deuxième génération.

Sur la même période, d'autres schémas ont été déployés.

Ainsi, un travail d'évaluation du Schéma territorial d'éducation et de prévention de la santé 2008 – 2011(STEPS) a été entrepris par les équipes du service prévention de la Caisse de Prévoyance Sociale et de l'ATS.

De même, a été mis en place durant cette période le Schéma territorial d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées 2011 – 2015 du Conseil territorial

La force du Plan stratégique 2015 est d'avoir une approche qui se veut plus globale et participative que les plans de génération antérieure.

Pour réaliser ce travail de réflexion et de projection, l'Administration Territoriale de Santé avait souhaité dans un premier temps organiser des groupes de travail par thématique. Chaque groupe devait être piloté par un ou des professionnels du champ sanitaire et médico-social.

Ce mode de travail, basé sur les recommandations nationales, a montré rapidement ses limites eut égard au contexte local

Suite à ce constat, nous avons fait le choix de produire le plan stratégique territorial de santé par une approche plus personnalisée, favorisant le contact plus direct avec les professionnels et le monde associatif.

Le diagnostic et des orientations stratégiques sont présentés dans ce document. Ce travail s'adosse aux éléments recueillis par les équipes de l'Administration territoriale de santé, à partir de nombreuses réunions de travail organisées avec divers professionnels représentatifs des acteurs de la santé, échanges qui ont permis de compléter les données quantitatives en notre possession par des données plus qualitatives.

Je tiens à remercier tous les acteurs de santé, institutionnels, associatifs et individuels qui se sont impliqués dans l'élaboration de ce Plan

LE CONSTAT-DIAGNOSTIC

1 DIAGNOSTIC : UN ARCHIPEL AUX CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES

1.1 CONTEXTE GEOGRAPHIQUE ET DEMOGRAPHIQUE

1.1.1 CONTEXTE GEOGRAPHIQUE

Un territoire peu accessible depuis la France métropolitaine

Situé dans l’Atlantique Nord, à 4750 kilomètres de Paris l’archipel de Saint-Pierre-et-Miquelon dispose d’une superficie de 242 km².

L’archipel est composé de deux communes : Saint-Pierre (5467 habitants) et Miquelon-Langlade (614 habitants).¹ Le chiffre de la population totale auquel il convient de se référer pour l’application des lois et règlements à compter du 1^{er} janvier 2014 est de 6311 habitants.²

Le gros des infrastructures est concentré sur l’île de Saint-Pierre. Des liaisons maritimes et aériennes (**Tableau 1**) permettent d’assurer le transport en passagers inter-îles et en direction du Canada. Les vols depuis ou à destination de Saint-Pierre passent tous par le Canada. L’archipel est de fait isolé de la métropole. La compagnie aérienne locale, Air Saint-Pierre dispose de deux appareils qu’elle peut affréter pour les transports très urgents ou non réalisables par un vol régulier.

Distances et temps de vol en avion au départ de Saint-Pierre			
Au départ de Saint-Pierre	Distance km	en	Temps
Saint Jean de TN	280		0h45
Moncton	660		1h30
Montréal	1400		3h30
Halifax	620		1h30
Paris via Montréal	7000		15h
Paris direct	4300		5h30

¹ Insee, Décembre 2011

²² Décret n°2013-1289 du 27 décembre 2013 authentifiant les chiffres des populations de métropole, des départements d’outre-mer de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de La Réunion, de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

DIAGNOSTIC

(liaison inexistante)		
Miquelon	30	15mn

Tableau 1



Un archipel Français en Amérique du Nord : une coopération régionale indispensable et qui se développe

La coopération régionale en santé entre Saint-Pierre et Miquelon et le Canada atlantique, est formalisée pour l'instant avec la Province de Terre Neuve-Labrador (TNL) et la Nouvelle Ecosse.

Elle est basée principalement sur un partenariat entre la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS), le Centre Hospitalier François DUNAN (CHFD), l'Administration Territoriale de Santé (ATS) pour la partie Française, et l'Agence de Santé de l'Est de Terre-neuve (Eastern Regional Health Authority – ERHA) pour la partie Canadienne.

Cette coopération consiste pour l'essentiel dans la prise en charge médicale ou hospitalière à St Jean (Terre neuve) ou à Halifax, des patients de l'archipel qui ne peuvent être traités à SPM. Près de 1200 personnes en bénéficient chaque année (Cf. Données sur les EVASANS).

Cette coopération est orientée vers les soins aux personnes, en urgence ou sur rendez-vous.

- Elargir les sujets et les acteurs de la coopération en matière de santé : établir des liaisons institutionnelles en vue d'échanges permanents et de partenariats, notamment sur la promotion de la santé et la prévention en général

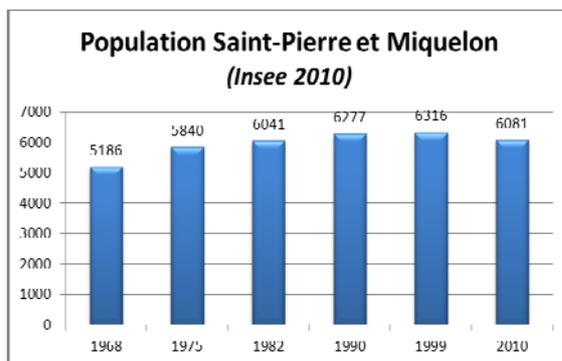
DIAGNOSTIC

- Améliorer la coopération entre Saint-Pierre et Miquelon, le Canada et les agences nationales sur la prévention des risques, la veille et la sécurité sanitaires

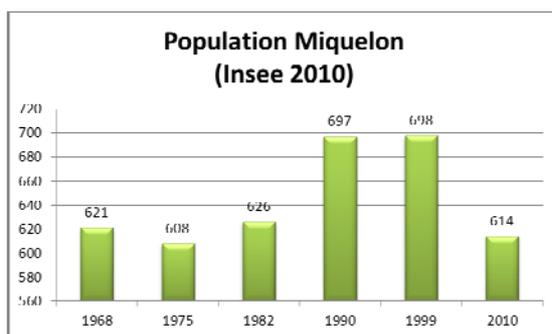
1.1.2 DEMOGRAPHIE

Si le nombre d'habitants pour l'archipel varie peu (la variation annuelle moyenne de la population était de -1,2% entre 1999 et 2010), on note une variation dans la répartition par sexe et par âge. La population de Miquelon-Langlade connaît une diminution plus importante que celle de Saint-Pierre.

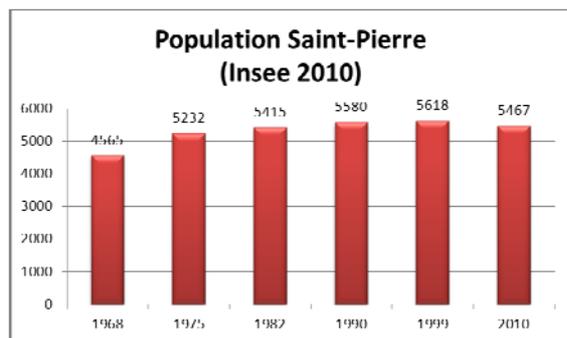
Graphique 1 :



Graphique 2



Graphique 3



Un contexte insulaire qui amène les jeunes à quitter le territoire

Selon l’INSEE, « l’archipel est confronté à d’importants départs de jeunes en âge de faire des études supérieures ou de trouver un premier emploi. La proportion des jeunes de 20 à 30 ans est ainsi passée de 12,6% en 1999 à 9,6% en 2006. Le départ de ces jeunes adultes en âge de devenir parents, a également pour conséquence un déficit de jeunes enfants (0-9 ans). [...] Après avoir obtenu leur diplôme, ces étudiants ne reviennent pas tous sur l’archipel car les offres d’emploi à Saint-Pierre-et-Miquelon ne correspondent pas nécessairement aux qualifications acquises».³

La pyramide des âges révèle un déficit pour la tranche d’âge 20-34 ans alors que la part des moins de 20 ans est sensiblement la même qu’en métropole.

Une population qui vieillit

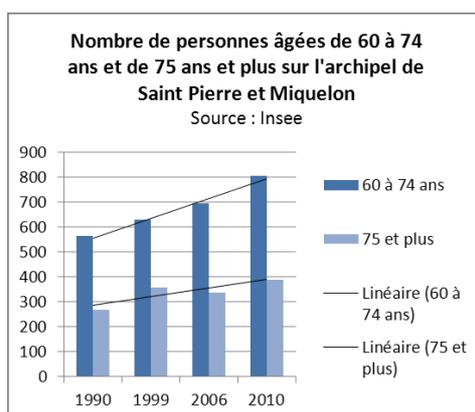
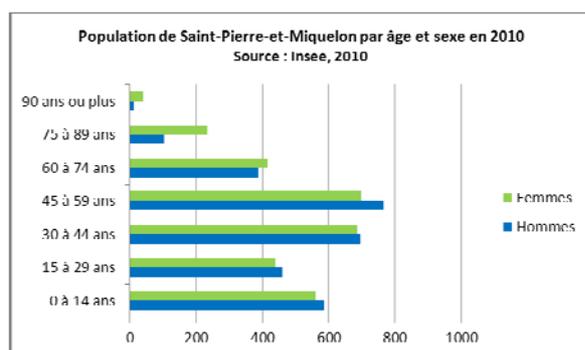
Comme pour la métropole, on observe un vieillissement de la population. Nous pouvons également noter que plus on avance en âge, plus la population féminine représente une part importante des personnes vieillissantes.

	Population par grandes tranches d’âges		
	Saint-Pierre-et-Miquelon		Métropole
	1999	2010	2010
0 à 14 ans	21.2	18.8	18.4
15 à 29 ans	20.1	14.8	18.5
30 à 44 ans	25.6	22.7	19.8
45 à 59 ans	18	24.1	20
60 à 74 ans	9.8	13.2	14.3

Source : Insee, 2010

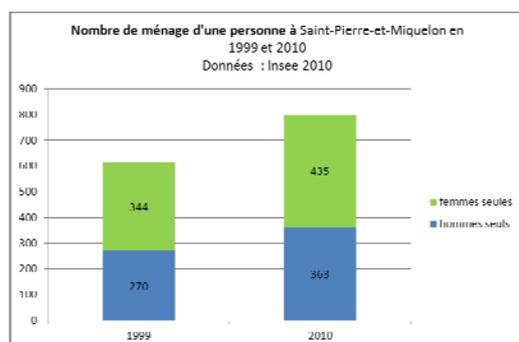
³ Insee, 2006

DIAGNOSTIC



Une composition des ménages⁴ en évolution

De plus en plus de personnes vivent seules. Comme nous pouvons le constater sur le graphique suivant, le nombre de ménage d'une personne a augmenté de 184 entre 1999 et 2010.



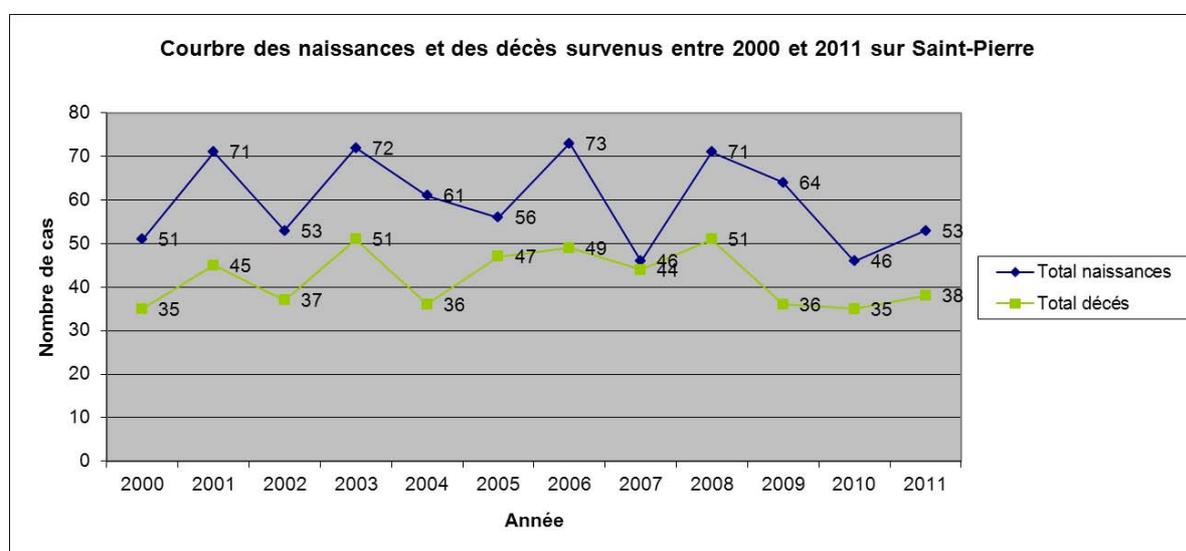
L'archipel accueille peu de nouveaux arrivants : 82,1% des habitants sont nés dans l'archipel et seulement 10,2% des habitants n'y résidaient pas 5 ans auparavant.

⁴ L'Insee retient la définition suivante du ménage. Un ménage, au sens du recensement, désigne l'ensemble des personnes qui partagent la même résidence principale, sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté. Un ménage peut être constitué d'une seule personne.

Evolution de la population

Principaux indicateurs démographiques	2009	2010	2011	2012	Variation 2012/2011
Nombre de naissance (a)	64	46	56	54	-3,60%
Nombre de décès (b)	45	37	43	39	-9,30%
Accroissement naturel (c=a-b)	19	9	13	15	15,40%

Source : Préfecture de Saint-Pierre-et-Miquelon



Source : Registre municipal des naissances

L'accroissement naturel reste sur une dynamique positive.

1.2 DES SPECIFICITES SOCIO-ECONOMIQUE ET CULTURELLES

Le PIB

Estimé pour la première fois en 2008 sur la base des données de 2004, le PIB de l'archipel a été réévalué en 2012 à partir des indicateurs de l'année 2008.

Le PIB courant de Saint-Pierre-et-Miquelon en 2008 est estimé à 172 millions, soit un PIB

courant par habitant de 28 327 euros, contre 26 076 euros en 2004. Il a ainsi augmenté d'environ 1,6% par an en moyenne entre 2004 et 2008, l'impact dans cette progression de l'inflation de la valeur ajoutée contenue dans les produits importés du Canada ne pouvant être apprécié.

Une économie reposant sur le secteur tertiaire

Traditionnellement dominée par l'activité halieutique, l'économie de Saint-Pierre-et-Miquelon a été durement touchée par la diminution de sa Zone économique exclusive (ZEE) en 1992 ainsi que par l'imposition de quotas sur les espèces pêchées en 1994. Depuis

DIAGNOSTIC

cette date, aucune activité marchande n'a véritablement émergé et l'économie locale repose principalement sur la commande publique et la consommation des ménages.⁵

Le secteur tertiaire occupe 81% des actifs. La fonction publique demeure le premier employeur de l'archipel (26%), suivi de l'éducation, de la santé et de l'action sociale (17,6%), du commerce (15%), des services à la personne (9,2%) et des transports (5,4%).

Le coût de la vie

Le coût de la vie est plus élevé qu'en métropole. Le taux d'inflation en 2012 est de 4.37 à Saint-Pierre-et-Miquelon contre 2% en Métropole.

⁵ Rapport 2012 de l'IEDOM

1.3 UN CONTEXTE INSTITUTIONNEL SPECIFIQUE

L'archipel : une collectivité d'outre-mer

Depuis 2003, Saint-Pierre-et-Miquelon a le statut de collectivité d'outre-mer régi par l'article 74 de la Constitution. La loi organique du 21 février 2007 portant dispositions statutaires et institutionnelles relatives à l'Outre-mer à quant à elle défini un statut propre à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Le conseil général est alors devenu un conseil territorial et ses règles d'organisation et de fonctionnement ont été alignées sur celles applicables aux conseils généraux et régionaux.

La collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon est constituée de deux communes (Saint-Pierre et Miquelon-Langlade) et d'un conseil territorial. Les communes de Saint-Pierre et de Miquelon-Langlade ont les mêmes compétences qu'une commune métropolitaine.

Le conseil territorial détient les compétences des départements et des régions métropolitains, à l'exception de celles relatives à :

- La construction, l'entretien général et fonctionnement des collèges et des lycées, l'accueil et la restauration et l'hébergement de ces établissements ;
- La construction, l'aménagement, l'entretien et la gestion de la voirie classée en route nationale ;
- La lutte contre les maladies vectorielles ;
- La police de la circulation sur le domaine de la collectivité ;

- Les bibliothèques régionales et bibliothèques de prêt départementales ;
- Le financement des moyens des services d'incendie et de secours.

En outre, le conseil territorial dispose de compétences relatives à la fiscalité, au régime douanier et à l'urbanisme.

L'ensemble des dispositions législatives et réglementaires françaises est applicable de plein droit à Saint-Pierre-et-Miquelon, à l'exception de celles qui interviennent dans les matières relevant de la compétence de la collectivité (régime de l'inclusion législative). Les lois et règlements, comme dans les départements et régions d'outre-mer, peuvent faire l'objet d'adaptation particulière.

La collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon pilote un schéma territorial d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées, intitulé « Bien vieillir à Saint-Pierre-et-Miquelon ». Il couvre la période 2011-2015.

A ce jour, la collectivité n'a pas produit de schéma en faveur des personnes handicapées (enfance inadaptée et adultes).

L'administration territoriale de santé

A Saint-Pierre-et-Miquelon, les compétences dévolues aux agences régionales de santé sont exercées, sous l'autorité du représentant de l'Etat, par un service déconcentré de l'Etat relevant des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, dénommé « *Administration Territoriale de Santé* »⁶.

Il existe deux instances de démocratie sanitaires placées auprès de l'ATS :

⁶ Article L1441-1 du Code de la Santé Publique

DIAGNOSTIC

- La Conférence Territoriale de la Santé et de l'Autonomie (CTSA) qui exerce les compétences dévolues à la fois à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et à la conférence de territoire.

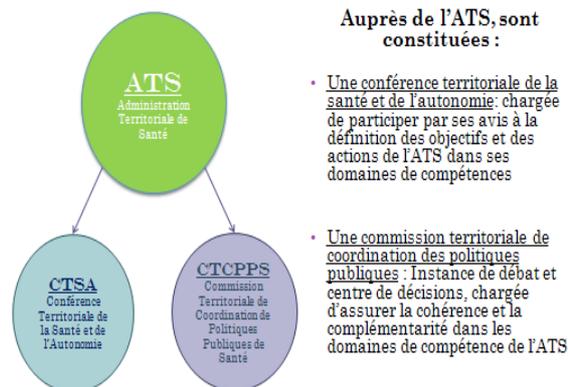
Elle rend un avis sur le projet territorial de santé, les différents schémas et le rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé. Elle peut organiser des débats publics sur des questions de son choix.

- Une Commission territoriale de coordination des politiques publiques de santé (CTCPPS) qui exerce les compétences dévolues aux deux commissions de coordination des politiques publiques de santé (prise en charge et accompagnements médico-sociaux et prévention, santé scolaire, santé au travail et protection maternelle et infantile).

Elle est compétente pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres dans le domaine de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail, de la protection maternelle et infantile et de la prise en charge et des accompagnements médico-sociaux.

Ces deux instances regroupent les cinq instances de démocratie sanitaire qui existent en métropole.

Figure 1



Une caisse de prévoyance sociale autonome

Créé en 1977, la Caisse de prévoyance sociale (CPS) est une caisse autonome relevant du code de la mutualité⁷.

La CPS assure la gestion de la maladie, maternité, décès, accident du travail et maladies professionnelles, la branche famille, le régime de retraite de base, le recouvrement des cotisations ainsi qu'une action sociale familiale et vieillesse. A Saint-Pierre-et-Miquelon 90% de la population active relève de la CPS pour ce qui est de l'assurance maladie.

Le tiers payant est très étendu localement (centre hospitalier, centre de santé, cabinet dentaire, pharmacie).

La CPS assure également la prise en charge des soins hors de l'archipel (EVASAN en dehors de l'urgence). Pour ce faire la CPS conventionne avec un établissement canadien de Saint-Jean de Terre-Neuve.

La CPS est particulièrement impliquée dans deux domaines : celui du premier recours par l'intermédiaire de son centre de santé et celui de la prévention.

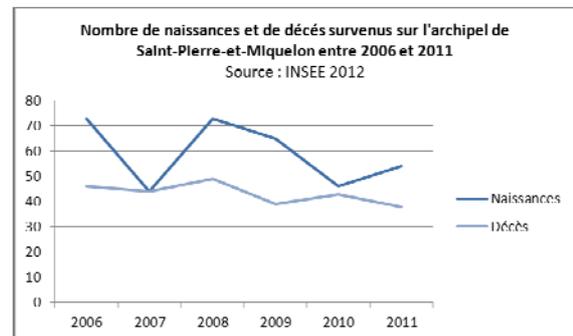
⁷ Art. 3 de l'ordonnance n°77-1102 du 26 septembre 1977

- Les cancers : 34.6% ;
- Les maladies cardio-vasculaires : 27% ;
- Les traumatismes et empoisonnements : 13%.

A ce jour, nous ne disposons pas d'analyse des certificats de décès. L'ATS envoie les bulletins à la cellule Cépi-DC mais n'a pas encore eu de retour. En l'absence de médecin inspecteur de santé public localement nous n'avons pas procédé à une analyse qui aurait pu permettre d'avoir des données actualisées.

1.4 DONNEES SANITAIRES et MEDICO SOCIALES

« ETAT DE SANTE : DES PROBLEMATIQUES TRES PROCHES DE CELLES OBSERVEES EN METROPOLE »



1.4.1 La mortalité

Nombre de décès

Le nombre de décès sur Saint-Pierre-et-Miquelon est stable (moyenne de 43 décès par an entre 2006 et 2011).

Cause de mortalité

Dans un rapport sur les collectivités ultramarines⁽⁸⁾ datant de 2009, Mme Jacqueline André, Conseiller Economique et Social, expose les principales causes de mortalité (Analyse d'études et d'enquêtes menées dans l'archipel, complétée par l'analyse des certificats de décès et des motifs EVASAN) :

⁸ L'offre de santé dans les collectivités ultramarines, Mme Jacqueline André, Conseil Economique, social et environnemental, 2009.

La morbidité à travers l'étude des motifs d'exonération du ticket modérateur

En 2012, la CPS recensait 779 patients exonérés du ticket modérateur pour une affection de longue durée. Quatre maladies représentent 65,3% des motifs d'exonération⁹, à savoir :

- Les tumeurs malignes : 22,7%
- Le diabète sucré : 21,3%
- Les maladies coronariennes : 12%
- Les maladies psychiques : 9,3%

Il faut indiquer qu'il y a néanmoins des biais connus à l'admission en ALD à SPM :

- Tiers payant très étendu

⁹ Rapport d'activité 2012 de la CPS

DIAGNOSTIC

- Absence d'incitation financière pour les médecins de suivre les patients en ALD comme c'est le cas sur la métropole (40 euros par an et par patients en ALD...)

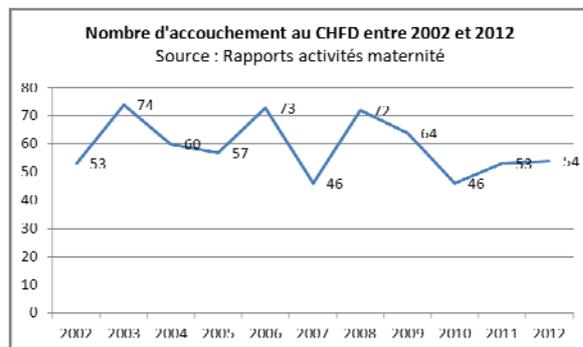
1.4.2 L'état de santé selon les étapes de la vie

1.4.2.1 Naissance, enfance et jeunesse

Les événements de santé survenus chez un nourrisson ou un enfant sont susceptibles d'avoir un impact sur sa santé à l'âge adulte. Plus largement, les conditions de vie connues dans l'enfance ont elles-mêmes un impact sur les inégalités de santé à l'âge adulte¹⁰ : accès à l'éducation dans l'enfance, normes et valeurs éducatives reçues, alimentation, loisirs, sont autant de déterminants qui définissent dès l'enfance des trajectoires de santé socialement différenciées.

Périnatalité

L'archipel de Saint-Pierre-et-Miquelon compte en moyenne de 60 naissances par an¹¹.



¹⁰ D.bricard, F.Jusot, S.tubeuf, "Les modes de vie, un canal de transmission des inégalités de santé", irDeS, Questions d'économie de la santé, juin 2010

¹¹ Insee, 2012 (chiffres disponibles pour la période 2006 à 2011)

Sur la base des données disponibles, nous avons calculé le taux de natalité pour pouvoir comparer les données locales à la métropole.

Taux de natalité pour 1000 habitants	
2000	8,07
2006	11,91
2009	10,13

Comme le soulignait le Docteur Bondonneau (Médecin Conseil à la CPS), dans un article nommé « Réflexion à propos de données chiffrées de l'archipel », la publication d'un indice de mortalité infantile est rendue difficile par l'occurrence de l'événement.

Ce dernier précise que pour être significatif, statistiquement parlant, il faudrait que le « décès d'un nourrisson de 0 à moins de un an sur notre archipel, à la fréquence constatée pour 1000 naissances est un événement qui se produit tous les 40 ans – il en faudrait 11 pour conclure (440 ans). »

Allaitement maternel



Il n'existe pas de service de Protection Maternelle et Infantile et de Centre de Planification sur Saint-Pierre et Miquelon, du moins dans l'acception classique.

DIAGNOSTIC

L'entretien prénatal précoce au cours du 4ème mois de grossesse n'est pas proposé à ce jour.

Il n'existe pas de réseau périnatalité, ni de rencontre entre professionnels.

Absence de protocole concernant le suivi postnatal permettant une prise en charge médicale, psychologique et sociales et la prise en charge adaptée et renforcées pour des situations délicates (précarité, handicap, maladie mentale, toxicomanie, jeune âge, ...)

Absence de suivi à la maison des nouveaux nés et de la famille.

Ainsi, l'examen du 8e jour est réalisé mais pas exploité. Pour ce qui est des autres examens obligatoires, l'Administration Territoriale de Santé n'est pas informé sur leur réalisation. Il n'existe pas pour les enfants de moins de 5 ans une connaissance précise de leur état de santé et une réponse précoce qui pourrait être apportée.

Les enfants (1 à 14ans)

Etat bucco-dentaire

Un dépistage des maladies bucco-dentaires a été réalisé par le Centre de Santé en 2007-2008¹².

La conclusion du rapport produit indique que le dépistage des maladies bucco-dentaire en milieu scolaire chez les moyennes sections, CP, CM1, 5ème et 2nde a été effectué sur 322 enfants, soit 73% de la population concernée.

Les indices de CAO (ratio du nombre total de dents cariées, obturées ou absentes pour cause de carie / nombre de personnes examinées) de Saint-Pierre-et-Miquelon pour l'année se trouvent en deçà des objectifs préconisés par l'OMS pour 2010.

¹² Dépistage des maladies bucco-dentaires à Saint-Pierre-et-Miquelon, Docteur DONA Viera, 2008

« On atteint 48% des enfants de 6ans indemnes de caries contre 80%. L'indice pour les enfants de 12 ans est de 2,08 contre 1 pour l'OMS.

A ce jour, l'Administration Territoriale de Santé ne dispose pas d'informations supplémentaires. Nous regrettons entre autre l'absence de données concernant la vaccination et le surpoids et obésité.

L'adolescence (15 à 25 ans)

L'adolescence constitue à son tour une période critique pour la santé.

Le diagnostic participatif intitulé « Etre jeune à Saint-Pierre et Miquelon, réalisé en 2006, nous donne des éléments relatifs à la santé des jeunes, ainsi que des pistes pour les actions à mener auprès de ce public.¹³

De même, le service prévention de la CPS organise des enquêtes auprès des jeunes sur des thématiques diverses : les consommations, la vie sexuelle et affective et l'alimentation.

L'analyse de ces données permet d'orienter la politique de santé.

Conduites à risque

Selon les enquêtes précitées, les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis s'avèrent élevées, tout en restant prudent, au regard de la difficulté d'avoir une vision d'ensemble et comparative

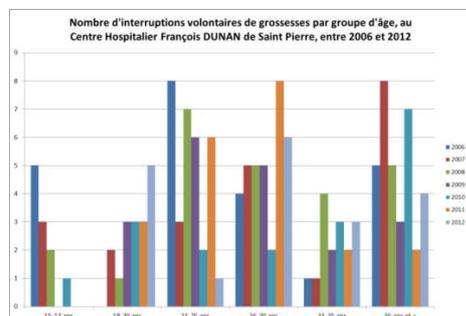
Les interruptions volontaires de grossesse

Depuis 2006, on note une diminution constante des mineures ayant recours à l'IVG.

¹³ « Etre jeune à Saint-Pierre-et-Miquelon », Les 12-25 ans à Saint-Pierre-et-Miquelon, Diagnostic participatif, Denis ADAM et Christian Gautellier, Mai 2006

DIAGNOSTIC

Toutefois, les tranches d'âge ayant le plus recours à l'IVG sont les 21-30 ans et les 36 ans et plus.¹⁴



Les personnes âgées

Les principales pathologies rencontrées par les résidents de la maison de retraite sont les suivantes¹⁵ :

Les troubles psychiatriques et les démences :

- Troubles anxieux : 61%
- Troubles du comportement : 54%
- Syndrome démentiel : 40%

Les pathologies cardio-vasculaires : la plus fréquente est l'hypertension artérielle qui est de l'ordre de 49% (en long séjour, elle atteint plus de 55% de cette part de la population).

La maladie d'Alzheimer et autres démences apparentées

En ce qui concerne la maladie d'Alzheimer, celle-ci ne fait l'objet d'aucune évaluation ni de prise en charge spécifique. A ce il n'y a pas de diagnostic systématique.

¹⁴ Rapports d'activité de la maternité

¹⁵ Rapport d'activité gériatrie 2011

1.4.3 Des handicaps divers

Les seules données recensées à ce jour sont celles de la Maison Territoriale de l'Autonomie.

Les premiers mois de fonctionnement de la MTA en 2012 ont été marqués par l'urgence pour le traitement des demandes des usagers restés en suspens suite à l'arrêt de la commission technique d'Orientation et de Reclassement professionnel (COTOREP) et des instances d'attribution des diverses prestations et cartes. Seule, la Commission Territoriale d'Education Spéciale (CTES) a continué de fonctionner durant toute cette période.

L'absence de MDPH sur l'archipel de 2008 à 2012 a pu être un obstacle pour réaliser les objectifs qui avaient été retenus dans le cadre du STOSS.

Le fonctionnement à plein régime de la MTA permettra, dès 2014, de mieux décrire les situations de handicap sur l'archipel et ainsi de contribuer à adapter l'offre aux besoins.

Les données de 2012 et 2013 permettent d'appréhender la situation, même si l'absence d'outil adapté pour analyser les données pose problème pour avoir une vision plus précise des besoins.

Parmi les dossiers examinés par la CDAPH, on peut noter la prédominance des handicaps physiques tous âges confondus

En 2012, 44 bénéficiaires de l'AAH¹⁶

1.4.4 Les grandes pathologies

1.4.4.1 Les cancers

Le cancer est devenu, au cours des années 2000, la première cause de décès. On estime aujourd'hui que 1 200 000 personnes (au

¹⁶ Rapport d'activité de la CPS

DIAGNOSTIC

niveau national) vivent avec un cancer ou après avoir eu un cancer. Ces données montrent l'importance des enjeux sociaux et de santé publique liés à cette pathologie.

Une enquête épidémiologique¹⁷ a été menée sur l'archipel, de mai à septembre 2007, par l'Institut de veille sanitaire et la Caisse de prévoyance sociale. Elle avait pour objectif de mesurer rétrospectivement la fréquence des cancers et des leucémies à Saint-Pierre et Miquelon, entre 1998 et 2006, et de la comparer aux fréquences de ces maladies en France et au Canada.

Les trois localisations les plus fréquentes chez les hommes sont :

- La prostate ;
- Le poumon ;
- Le côlon, rectum.

Les trois localisations les plus fréquentes chez les femmes sont :

- Le sein ;
- L'utérus ;
- Le côlon, rectum.

Les localisations cancéreuses les plus fréquentes retrouvées à Saint-Pierre-et-Miquelon sont identiques à celles de la métropole. La seule particularité concerne, chez l'homme, les incidences du cancer du poumon et de la prostate : elles sont similaires à Saint-Pierre-et-Miquelon alors qu'en métropole l'incidence du cancer de la prostate est largement supérieure à celle du poumon.

L'étude d'incidence des cancers sur l'archipel n'a pas mis en évidence de différence entre la population de l'archipel et la population française métropolitaine. Elle ajoute qu'en comparaison à nos voisins des îles de la Madeleine au Canada, les cancers sont globalement moins fréquents.

¹⁷ Etude d'incidence des cancers sur l'archipel de Saint-Pierre-et-Miquelon, Rapport d'étude, Institut National de Veille Sanitaire, 2008.

1.4.4.2 Le poids des maladies chroniques

Saint-Pierre-et-Miquelon, comme les autres régions, n'échappera pas à la nécessité d'adapter son dispositif de santé à cette évolution.

Selon le rapport FAVIER¹⁸, Si l'accroissement annoncé du nombre de pathologies chroniques est confirmé, la prévalence de certaines d'entre elles ne permettra pas d'atteindre un effectif suffisant pour autoriser certaines activités au regard de la réglementation actuelle en matière de seuil d'autorisation d'activité. Des prises en charge innovantes devront être recherchées.

1.4.5 La santé mentale

La santé mentale est un des défis majeurs pour le système de santé. L'Organisation Mondiale de la Santé estime qu'une personne sur cinq connaîtra au cours de sa vie un trouble psychique. Au niveau mondial, l'OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au vingt et unième siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs¹⁹. De plus, les troubles psychiatriques sont généralement associés à une forte mortalité. Ils sont responsables de la majeure partie de la mortalité par suicide (10 500 morts en France par an en 2006), de handicaps et d'incapacités lourds ainsi que d'« une qualité de vie détériorée pour les personnes atteintes et leurs proches ». Ces pathologies sont l'une des premières causes d'invalidité et d'arrêts maladie de longue durée au niveau national.

¹⁸ Op. cit.

¹⁹ Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

DIAGNOSTIC

Enfin, les troubles mentaux nous posent collectivement la question de la protection des individus et de la société dans son ensemble lorsque l'expression de la pathologie ne permet plus le discernement. Les enjeux de la « santé mentale » ne sont plus subsumés sous la seule maladie mentale : ils incluent désormais la détresse psychologique et la santé « positive » (comme aptitude au bien-être, au rebond, à la relation, etc.).

Les déterminants de la santé mentale et des troubles mentaux comprennent non seulement des facteurs individuels tels que la capacité de maîtriser ses pensées, ses émotions, ses comportements et ses relations avec autrui, mais aussi des facteurs sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux, au nombre desquels figurent les politiques nationales, la protection sociale, le niveau de vie, les conditions de travail et le soutien social offert par la communauté. L'exposition à l'adversité dès le plus jeune âge est un facteur de risque de troubles mentaux reconnu et évitable.

Au regard des données disponibles localement²⁰, la santé mentale apparaît comme un axe majeur à prendre en compte pour la politique de santé.

De l'avis de l'ensemble des acteurs, le champ de la santé mentale est peu structuré et manque de coordination. Plusieurs missions et rapports ont mis en avant la nécessité d'établir un plan de santé mentale.²¹ Madame Jacqueline André, dans un rapport sur l'offre de santé dans les collectivités ultramarine soulignait que *« L'inadaptation et l'insuffisance dans l'offre de psychiatrie sont constatées à la fois par les médecins, les professionnels intervenants dans le champ de la prévention et les associations. Le réseau de soins visant à une prise en charge globale, pluridisciplinaire et transversale des*

*problèmes liés au mal être et touchant toutes les tranches d'âge de la population et peu développé. Il en résulte que les besoins de la population ne sont pas correctement couverts dans le champ de la santé mentale et que le travail entre les différents partenaires n'est pas coordonné.»*²²

1.4.5.1 Les troubles psychiatriques

A ce jour, l'activité en santé mentale est d'une manière générale mal décrite²³.

Les consultations par le praticien du CHFD représentent en 2011 près du quart des consultations externes facturées par le CHFD. Celles-ci qui sont en constante augmentation²⁴.

En gériatrie, au CHFD, les troubles psychiques et les démences sont les pathologies les plus fréquentes²⁵.

Par ailleurs, 9,3% des personnes exonérés du ticket modérateur le sont pour troubles mentaux²⁶

Parmi les dossiers examinés par la Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) 23 personnes (enfants et adultes) ont un problème psychologique.

Le comité médical, régit par l'arrêté du 14 mars 1986 relatif à la liste des maladies donnant droit à l'octroi de congés de longue maladie pour les agents des fonctions publiques, (Etat, Territoriale et Hospitalière) a

²⁰ Renvoyer sur une annexe à construire (penser à inclure le projet d'établissement de l'établissement)

²¹ Mission MANTION, 2011

²² Rapport sur l'offre de santé dans les collectivités ultramarines, Conseil Economique social et environnemental présenté par Mme Jacqueline André-Cormier, 2009

²³ Mission FAVIER, 2013.

²⁴ Rapport d'activités psychiatriques, Centre Hospitalier François Dunan, Année 2011.

²⁵ Rapport d'activité 2011 du CHFD

²⁶ CPS 2009

DIAGNOSTIC

examiné en 2011 et 2012 56 dossiers. Parmi eux, 27 concernés des personnes ayant des maladies mentales. Au regard du faible nombre de dossiers traités il est indispensable d'interpréter ces chiffres avec prudence.

1.4.5.2 La détresse psychologique

Les rapports d'activité des missions thérapeutiques organisées par l'association Action Prévention Santé mettent en avant une forte demande de la population de Saint-Pierre mais aussi de Miquelon pour consulter des thérapeutes. Ainsi, en 2012, l'association a comptabilisé 178 consultants (soit 604 consultations) dont 95 nouveaux consultants. La population est majoritairement féminine à ce jour ; Les comptes rendus des thérapeutes mettent en évidence que les principaux problèmes rencontrés par les personnes ayant consultées sont les suivants :

- Addictions (alcool et drogues illicites)
- Dépendances (affectives et alimentaires)
- Conflits relationnels (couple, enfants/parents, relations professionnelles)
- Phobies (avion, bateau, peurs et angoisses)
- Deuil et séparations²⁷

Suicides et tentatives de suicide sur SPM :

Au final, cette problématique est mal connue

²⁷ Compte rendu de missions 2012, Association Action Prévention Santé

1.4.6 Comportements de santé et mode de vie

1.4.6.1 Les consommations

Le diagnostic participatif « Etre jeune à Saint-Pierre-et-Miquelon »²⁸ réalisé en 2006 a mis en évidence que les consommations de tabac, d'alcool et de drogue étaient élevées parmi les jeunes de l'archipel, plus élevées que la moyenne nationale et intervenaient souvent à un âge plus précoce. Un des facteurs expliquant cette situation était que l'alcool et le tabac apparaissaient comme largement tolérés, voire même étaient les signes identitaires du passage à l'âge adulte et ne s'apparentaient pas à des transgressions. La prise de conscience des risques liés à la consommation de drogue et la mobilisation de la population sur ce sujet commençaient à peine.

Un des déterminants forts de la consommation de substances addictives au sein de l'archipel tant chez les adultes que chez les jeunes reste le phénomène de l'insularité propre au territoire et l'absence d'autres échappatoires à la présence permanente du regard des autres.

La CPS, Service Prévention, a réalisé plusieurs enquêtes afin d'avoir des éléments locaux sur les consommations.

1.4.6.1.1 Alcool

Les enquêtes du service prévention de la CPS constituent les seules données mobilisables à ce jour, les informations démontrent la nécessité de mieux partager les informations dans ce secteur.

²⁸ Diagnostic participatif « Etre jeune à Saint-Pierre-et-Miquelon », Christian Gautellier et Denis Adam, 2006

DIAGNOSTIC

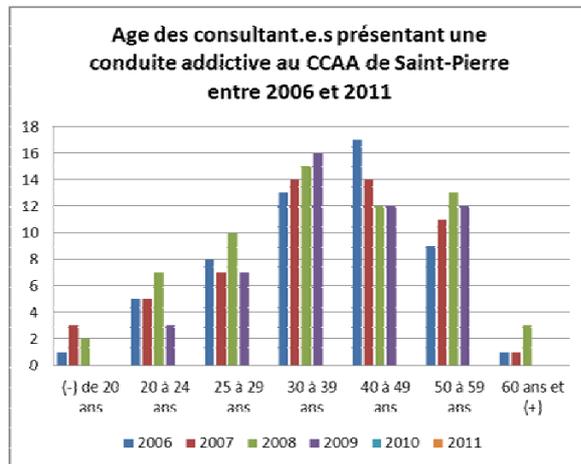
L'enquête auprès des collégiens sur les consommations met en avant

Fréquentation du CCAA :

Les fréquentations du CCAA sont restées stables depuis 2005.

Toutefois, on peut noter une forte diminution du nombre de nouveaux consultants. A ce jour, nous n'avons pas d'explication sur cette diminution.

Le CCAA accueille d'une manière générale peu de femmes et peu de personnes de moins de 30 ans.



1.4.6.1.2 Tabac

Les enquêtes du service prévention de la CPS constituent les seules données mobilisables à ce jour, les informations

démontrent la nécessité de mieux partager les informations dans ce secteur.

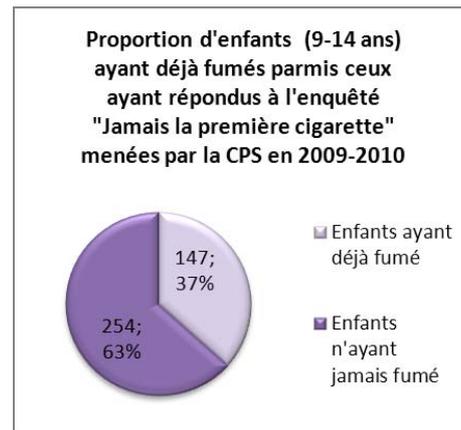
Données manquantes objectives :

Mortalité par cardiopathies ischémiques et bronchites chroniques ou maladies pulmonaires obstructives

Fréquence des hospitalisations pour cardiopathies ischémiques

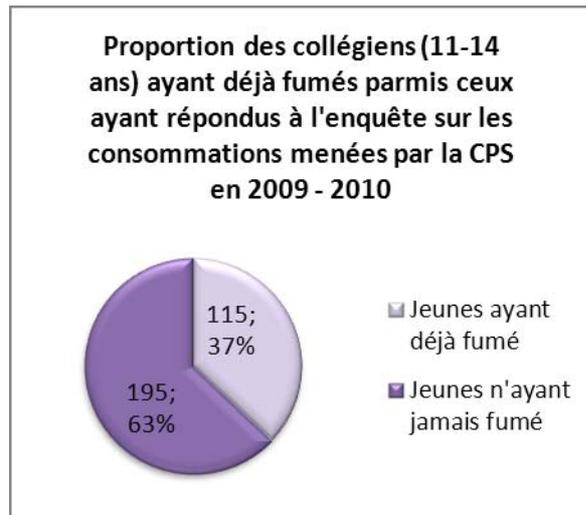
Nombre de cigarette vendue

D'après l'enquête « jamais la première cigarette » menée par le service prévention de la CPS en 2009 – 2010²⁹ la moyenne d'âge pour la consommation de la première cigarette à Saint-Pierre et Miquelon est de 10 ans et 9 mois.

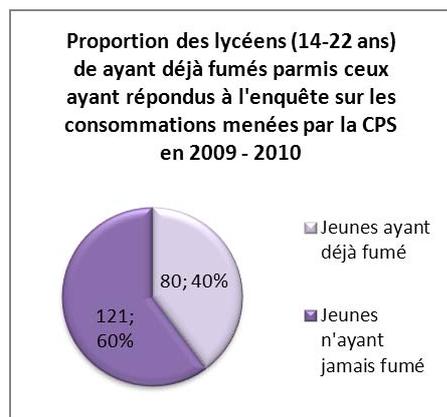


L'enquête auprès des collégiens sur les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis menée durant l'année scolaire 2009-2010 a permis de mesurer la consommation de tabac chez les jeunes ayant répondu aux questionnaires (310 adolescents des classes de collèges). Parmi eux, 37,1% (soit 115 jeunes) avaient déjà fumé ; 34,78% de ceux-ci fument encore au moment de l'enquête, soit 12,9% de la totalité de l'effectif. 80% des collégiens consommateurs de tabac ont entre 13 et ans.

²⁹ L'enquête « Jamais la première cigarette »



L'enquête auprès des lycéens sur les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis menée durant l'année scolaire 2009 – 2010 a mis en évidence que 80 jeunes sur 221 questionnés dument du tabac, soit 36,2%. 59 jeunes interrogés sont des consommateurs réguliers, soit 23,98% de l'effectif total.



1.4.6.1.3 Cannabis et autres substances illicites

Les données ne sont pas disponibles, un travail est à mener dans la collecte de l'information

1.4.6.2 Nutrition et activité physique

1.4.6.2.1 Nutrition

Actuellement nous ne disposons pas d'éléments sur la prévalence de l'obésité.

1.4.6.3 Les facteurs professionnels

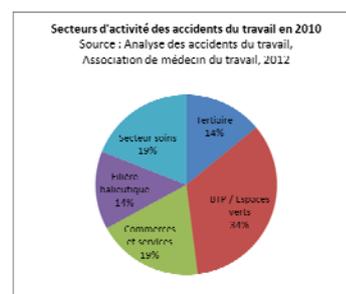
Les conditions de travail peuvent avoir sur l'état de santé un retentissement plus ou moins important selon les types d'activité (accidents routiers liés au travail, les contraintes articulaires, l'exposition chronique à des niveaux sonores importants, l'exposition à des produits cancérigènes...).

Les maladies professionnelles indemnisées

Les accidents du travail

Une analyse des accidents du travail pour l'année 2010³⁰, « principalement basée sur les données transmises à l'Association de Médecine du Travail de Saint-Pierre et Miquelon (AMT-SPM) par la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) et par le Centre Hospitalier François Dunan (CHFD », a été réalisée par l'Association de Médecine du Travail.

Une répartition des accidents de travail par secteur d'activité met en exergue une prédominance des activités de BTP qui génèrent un accident sur 3.



³⁰ Analyse des accidents du travail, Association de médecine du travail de Saint-Pierre-et-Miquelon, 2012.

DIAGNOSTIC

Dans la conclusion, il est indiqué la « nécessité d'action préventive pour les troubles musculo-squelettiques et éventuellement pour les accidents de plain-pied ainsi que l'utilisation de certains outils, machines et couteaux, en particulier dans les secteurs du bâtiment, des soins, et de l'alimentation ».

1.4.6.4 Facteurs environnementaux

En l'absence de dispositif local d'observation de la santé et de veille épidémiologique, les pathologies d'origine environnementale ne sont pas répertoriées ni suivies voire identifiées ou du moins ne sont pas portées à la connaissance de l'autorité sanitaire (légiellose, intoxication alimentaire, traumatisme sonore, saturnisme infantile, intoxication au monoxyde de carbone, mésothéliome, mélanome, etc.).

Une sur-incidence de leucémies aiguës (cancer du sang) et de mélanomes (cancer de la peau) est toutefois suspectée. Par ailleurs, la connaissance des facteurs de risques sanitaires liés à la l'environnement local est encore incomplète.

Enfin, d'une manière générale et non spécifique à l'archipel, la connaissance de la part attribuable aux facteurs de risques environnementaux et comportementaux (par opposition aux facteurs de risques génétiques) dans l'apparition des pathologies est très difficile (cancers, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, allergies, troubles neurologiques, hormonaux ou de la reproduction, etc.).

A Saint-Pierre-et-Miquelon, l'analyse des milieux et modes de vie des populations permet de retenir quatre grands domaines susceptibles d'être à l'origine d'effets sur la santé.

- Les eaux et les aliments
- Les espaces clos

- L'environnement extérieur
- Le climat, la géographie et le cadre de vie.

1.5 L'OFFRE DE SANTE

1.5.1 L'offre dans le domaine de la prévention et de la promotion de la sante

L'organisation de la prévention et de l'éducation à la santé dans l'archipel de Saint-Pierre et Miquelon est assez récente.

Guidée jusqu'à ce jour par le Schéma Territorial d'Education et de Prévention de la Santé, lui-même en référence au plan national de santé. Le Préfet avait nommé Madame Jacqueline ANDRE, Présidente du Conseil d'Administration de la CPS, chef de projet du STEPS (2008 – 2011). Le document n'a pas fait l'objet d'une évaluation complète, mais un bilan a été réalisé par les équipes de l'ATS et du service prévention de la CPS. Ce dernier a permis de dresser les principaux constats et ainsi guider la réflexion pour les prochains documents cadres concernant la politique de prévention et promotion de la santé.

En 2003, la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) a développé un service prévention. A ce jour, elle met en œuvre différents programmes, qui découlent des objectifs fixés dans le STEPS 2008-2011 :

- Programme « Autour des consommations »
- Programme « De l'alimentation à la santé »
- Programme « Education à la vie Sexuelle et Affective »
- Programme bucco-dentaire

Ce service a développé des compétences dans la mise en place d'actions de prévention dans les domaines mentionnés précédents. Par conséquent, il constitue un atout sur lequel il faudra s'appuyer pour la mise en œuvre de certains axes qui seront prévus dans le PTS.

Bien que l'ensemble des projets menés dans ce champs soient soutenus par les financeurs, jusqu'à ce jour il n'existe pas d'instance de concertation permettant en commun un plan de financement en cohérence avec les priorités définies en concertation. La Commission de Coordination des Politiques Publiques de Santé pourrait jouer ce rôle.

De ce fait, la politique mise en place peut manquer de coordination. Le rapport final de la mission FAVIER recommande sur ce champ d'élaborer **un schéma unique de prévention associant l'ensemble des acteurs.**

En effet, un pilotage renforcé pourrait permettre de gagner en lisibilité et en efficience.

De plus, la politique d'éducation et de prévention de la santé pourrait prendre une place plus importante dans l'offre de santé telle que le prévoit la politique nationale définit dans la stratégie nationale en santé.

Le tissu associatif porteur d'actions de prévention et de promotion de la santé est actuellement fragile. Il sera indispensable de les soutenir, notamment sur la méthodologie de projet, le développement d'actions et de l'évaluation, tout en les valorisant.

DIAGNOSTIC

En effet, il convient de souligner que les actions entreprises par les différents partenaires (institutionnels et associatifs) jouent un rôle majeur dans pour déployer sur le territoire la politique de prévention et promotion de la santé.

Par ailleurs, nous pouvons souligner que l'existence de candidats à une subvention a parfois pu l'emporter sur l'évaluation des besoins dans le choix des actions conduites. Il est difficile d'avoir une vision globale de la synergie et de la complémentarité des actions entreprises et de leurs impacts sur le territoire et/ou une population donnée, et ce malgré les enquêtes mises en place par le service prévention de la CPS.

La mise en place d'une démarche évaluative devra être mise en place.

La logique d'appel à projet n'a pas été investie par les différents financeurs pour susciter l'émergence de projets d'éducation et de promotion de la santé. Cela pourrait être une piste pour développer l'innovation dans ce champ.

EN CONCLUSION : L'offre dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé

FORCES :

Taille du territoire favorable aux réseaux

Des acteurs impliqués : CPS, Associations

Une population restreinte

Des médias locaux

Une tradition d'entraide

L'adossement à l'ARS d'Aquitaine, en terme d'expertise

POINTS DE PROGRESSION :

Organisation d'une action a mieux coordonner entre les acteurs et les financeurs

Des publics cibles à redéfinir Meilleur soutien technique et financier aux associations

Améliorer la démocratie sanitaire

DIAGNOSTIC

1.5.2 L'offre médico-sociale

Celle-ci est détaillée en annexe. Il a été jugé plus opportun dans une logique de Plan stratégique de ne pas alourdir sa présentation par trop de données chiffrées.

Au regard du faible nombre de personnes porteuses d'un handicap dans l'archipel de Saint-Pierre-et-Miquelon et dans une logique de regroupement des moyens, chacune des structures est amenée à recevoir des publics hétérogènes (âge, sexe, niveau et type de handicap, ...).

La logique des indicateurs nationaux est mal adaptée à la réalité de l'Archipel

Son analyse met en relief des ponts forts et des faiblesses.

FORCES :

Taille du territoire favorable aux réseaux

Des acteurs impliqués : CPS, Associations, les Collectivités territoriales

Une tradition d'entraide

POINTS DE PROGRESSION :

Organisation d'une action a mieux coordonner entre les acteurs

Meilleur soutien technique et financier aux associations

Améliorer la démocratie sanitaire

Un effort de mise aux normes nécessaire : Application des lois 2002-2, 2005 et HPST

1.5.3 L'offre de soins

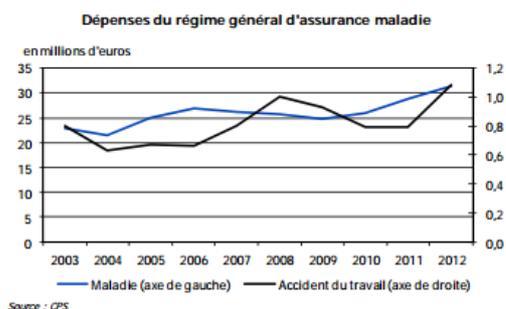
Celle-ci est détaillée en annexe. Il a été jugé plus opportun dans une logique de Plan stratégique de ne pas alourdir sa présentation par trop de données chiffrées.

Un problème reconnu: le coût du système

Compte-tenu du faible nombre d'habitants le coût de l'offre de santé à Saint-Pierre et Miquelon est élevé. Rapporté au nombre d'habitants c'est le plus élevé d'outre-mer³¹.

Les dépenses de santé du régime général de l'assurance maladie sont importantes, elles progressent de 9,8% en 2012 pour atteindre 32,4 millions d'euros³². L'Institut d'émission des départements d'outre-mer (IEDOM) indique dans son rapport sur l'année 2012 que cette évolution est liée à la progression des dépenses maladies en raison de l'augmentation de la dotation globale hospitalière (+9,9%) et des soins à l'extérieur de l'archipel (+14,2%), qui représentent respectivement 47% et 24% des dépenses du régime général d'assurance maladie. Les prestations versées pour couvrir les accidents du travail, stables durant les années 2010 et 2011, s'accroissent également en 2012 pour s'établir à 1,1 million d'euros.

Graphique 4 (Issu du rapport annuel 2012 de l'IEDOM pour Saint-Pierre-et-Miquelon



La CPS est très déficitaire (27,5M€ en 2012)³³.

Le coût des EVASAN s'élève à 8M€ par an.³⁴ Ces dernières années, une évolution à la hausse est constatée. Celle-ci est objectivée par la CPS³⁵ et les motifs suivants évoqués :

- La majoration de 30% des tarifs de l'EHRA depuis 2011
- La variation du taux du dollar canadien à la hausse
- La comptabilisation de frais conséquents engagés pour certains patients qui bénéficient de prises en charge médicales particulièrement longues et lourdes

³¹ Soit 4280 € par habitants et par an en 2012 (source DGOS citée par le rapport FAVIER)

³² Rapport de l'IEDOM, Saint-Pierre-et-Miquelon, 2012

³³ Rapport FAVIER, 2013

³⁴ Source CPS – BP 2013

³⁵ Rapport d'activité de la CPS, 2012

DIAGNOSTIC

- L'augmentation des indemnités de résidence

Le fonctionnement du centre de santé reste très déficitaire (2,09 M€ en 2012).

Si ces données permettent d'avoir une idée du coût de la santé, celles-ci font peut-être débat. En effet, pour la même année, plusieurs chiffres sont annoncés.

Un enjeu d'efficience

Si la structuration de l'offre génère des coûts, les évolutions en matière d'organisation, à la main des professionnels et des établissements, peuvent porter des gains d'efficience. Les EVASAN et la télémédecine doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Accroître l'efficience repose également sur une meilleure coordination de l'ensemble des acteurs.

Une coopération hospitalière soutenue et ouverte vers l'extérieur

La coopération inter-hospitalière

En raison de son éloignement et de son positionnement ultramarin, le CHFD a très tôt inscrit son fonctionnement dans une logique de coopération inter-hospitalière avec le Canada et la métropole :

- Convention avec l'hôpital de St-John's (Terre-Neuve et Labrador) signée en décembre 2005 : elle fixe les modalités de prise en charge des urgences
- Convention avec le CHU de Tours signée en juin 2005.
- Convention avec le CHU de Montpellier signée en 2005.
- Convention avec le centre hospitalier spécialisé de Maison Blanche pour les urgences psychiatriques.
- Convention avec le GH Diaconesses Croix St-Simon signée en 2006.
- Convention avec l'IMM signée en 2010.
-

Une activité de ville particulière

Avec 142,6 médecins généralistes pour 100 000 habitants, Saint-Pierre-et-Miquelon se situe au-dessus de la moyenne nationale en densité de médecins généralistes³⁶. Si on prend en compte les médecins généralistes du centre hospitalier, la densité médicale s'élève alors à 237,7 médecins pour 100 000 habitants.

³⁶ Densité en France métropolitaine : 138,6/100000 habitants. Source : conseil national de l'ordre des médecins 2012

DIAGNOSTIC

L'exercice libéral, y est très faible, voir annexe offre de soin

L'analyse de l'ensemble des éléments chiffrés à disposition, lors de l'élaboration du Plan, met en relief des ponts forts et des faiblesses.

FORCES :

Un centre hospitalier entièrement reconstruit et fonctionnel

Une offre de premier recours conséquente

Des financements importants

POINTS DE PROGRESSION :

Faible attractivité pour les professionnels de santé (nomadisme médical)

Très faible attractivité pour les médecins spécialistes

Rentabilité des équipements souvent faible

Psychiatrie

Petite enfance

PROSPECTIVE : DES LEVIERS ET ACTIONS

2 DES PRINCIPES STRUCTURANTS

Le Plan Stratégique Territorial de Santé couvre l'ensemble des domaines de compétences de l'ATS et répond à 3 objectifs stratégiques essentiels :

- **Améliorer la santé en garantissant une offre de prévention efficiente**
- **Améliorer la fluidité du parcours de prise en charge sanitaire et médicosociale**
- **conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs au plus près de la réalité du territoire**

8 principes vont guider l'action de l'ATS :

1. *La prévention*
2. *La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*
3. *La maîtrise des risques sanitaires*
4. *L'organisation des soins*
5. *Le parcours de santé*
6. *Amélioration de la qualité des prises en charge et de l'efficience du système de santé*
7. *Le renforcement des capacités d'observation de la santé en région : la démocratie sanitaire*
8. *La créativité des acteurs locaux*

3 DEUX GRANDES ORIENTATIONS :

> Une offre sur-mesure pour les besoins spécifiques du territoire

Ceci implique que l'Administration territoriale de la santé travaille selon certains principes fondamentaux :

- Développer la connaissance des besoins au niveau des bassins de vie St Pierre et Miquelon des populations ;
- Construire des parcours de santé qui organisent la coopération de tous les acteurs au niveau local
- Solliciter les professionnels et les établissements pour qu'ils inscrivent leur travail dans une logique de proximité avec leur environnement professionnel local.

> Faire progresser la démocratie sanitaire

L'ATS souhaite que les habitants de l'Archipel s'approprient les enjeux de santé, s'y investisse et en maîtrise les difficultés. Les acteurs sur le terrain, les associations, les professionnels, souhaitent et doivent eux aussi être associés aux décisions et aux actions de l'ATS.

L'engagement de l'ATS auprès de ses partenaires est de faire émerger la parole de tous et de conduire des actions concertées avec l'ensemble des acteurs sur le terrain. Les instances de démocratie sanitaire, la Conférence territoriale pour la santé et l'autonomie est le canal privilégié de cette concertation.

Pour cela, elle se propose de donner son essor à cette instance ; développer les consultations thématiques, et le débat public sur le territoire ; renforcer la représentation des usagers et les droits collectifs ; répondre aux besoins d'information des usagers sur le système de santé

3.1 Orientation stratégique n°1 : Améliorer la santé en garantissant une offre de prévention efficiente

3.1.1 Promouvoir une coordination sur le territoire

3.1.2 Ancrer les politiques de prévention au cœur des territoires

3.1.3 Favoriser l'accessibilité aux dépistages organisés

3.1.4 Veiller au respect des droits en matière de santé des populations vulnérables (Personnes âgées, jeunes déscolarisées, famille monoparentale, population en situation de précarité, personnes handicapées)

3.1.5 Développer une offre de prévention ciblée

3.2 Orientation stratégique n°2 : Améliorer la fluidité du parcours de prise en charge sanitaire et médicosociale

3.2.1 Le Territoire doit disposer d'un maillage de premier recours, pivot du parcours de prise en charge

3.2.2 La structuration des filières de santé de premier recours, de recours local et supra local

3.2.3 Garantir une offre de santé durable

3.2.4 La télésanté auxiliaire du parcours de prise en charge

3.3 Orientation stratégique n°3 : Conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs au plus près de la réalité du territoire

3.3.1 Une réelle dynamique locale

3.3.2 Une «co-production qualitative»

LES LEVIERS D'ACTION

3.4 Orientation stratégique n°1 : Améliorer la santé en garantissant une offre de prévention efficiente

Il est proposé les principes organisateurs et leviers suivants :

- La coordination des acteurs et un lieu de ressources
- La priorisation des mesures et plan d'actions

La prise en compte dans les objectifs d'action du lien social et des compétences psychosociales

Les objectifs généraux visent à :

- Répondre à la nécessité d'une organisation graduée du premier recours au recours régional et d'une progression continue des gains d'efficience

3.4.1 Promouvoir une coordination sur le territoire

Création d'un espace visant à fédérer l'ensemble des acteurs qui interviennent dans la prévention.

Il poursuit les missions suivantes : information, expertise (méthodologie, communication, formation), coordination, évaluation, veille en promotion de la santé.

Une amélioration de la capacité locale à observer les phénomènes émergents ainsi que l'évolution des grandes causes de mortalité et de handicap doit être développée.

3.4.2 Ancrer les politiques de prévention au cœur des territoires

L'organisation d'une offre de proximité en matière de prévention a été une préoccupation constante, non seulement des décideurs mais aussi des acteurs en charge de développer des actions répondant aux besoins de la population.

Le souci d'être au plus près de chaque citoyen est partagé par l'ensemble des intervenants en promotion de la santé.

La conséquence directe est l'exigence de s'inscrire dans des dynamiques faisant participer les acteurs. Cette promotion de la santé doit s'effectuer sur la base de l'engagement à atteindre des objectifs garantissant la qualité des prestations (programmes d'actions, modalités d'intervention) en conformité avec les préconisations des sociétés savantes l'INPES, HAS, et ciblés en fonction des besoins identifiés :

- Planifier la promotion de la santé sur le territoire en tenant compte des compétences psychosociales,

- Développer l'utilisation des technologies de l'information pour la promotion de la santé,
- Respecter la dimension éthique des interventions dans la mise en place des programmes,
- Développer la coordination des partenariats dans le temps et l'espace en s'appuyant notamment sur 3 communautés : le milieu scolaire, le domicile et les loisirs et le milieu professionnel,
- Evaluer les programmes.

3.4.3 Favoriser l'accessibilité aux dépistages organisés

La réduction de la mortalité évitable et l'amélioration de l'accès aux évaluations et dépistage précoce des troubles envahissants du développement, des troubles du langage et de déficiences sensorielles chez le jeune enfant sont attendues à la fois des usagers et des professionnels. À ce titre, le schéma régional de prévention veillera à déterminer les conditions favorisant la participation des usagers aux dépistages organisés (cancers, diabètes...).

3.4.4 Veiller au respect des droits en matière de santé des populations vulnérables (Personnes âgées, jeunes déscolarisées, famille monoparentale, population en situation de précarité, personnes handicapées)

La démarche de prévention doit privilégier la rencontre avec les personnes en situation de précarité : bureau d'aide sociale, CHRS...

Sur les 2 niveaux : Individuel et familial, Collectif et communautaire : impulser des actions en privilégiant une approche globale et plurielle à la fois sur les individus, sur le collectif et sur son environnement

> À destination des publics :

L'accès aux informations pour les publics doit contribuer à la réduction des inégalités. Il existe en effet un accès inégal aux informations. Les questions d'aide médicale, l'absence de couverture complémentaire pour difficultés financières, les procédures et dispositifs d'aide complexes en sont les principales raisons. L'ATS veillera à ce que les populations sous-main de justice bénéficient de l'accès aux prestations de soins, de prévention, d'information et de dépistage

> À destination des professionnels :

Il s'agit :

- d'inciter à une prise en compte de la santé dans toutes ses dimensions (sociale, psychologique, physique,...) afin que soit adopté un comportement favorable à celle-ci, de changer le regard des professionnels sur les personnes en difficulté d'accès aux soins et en situation de précarité pour éviter la stigmatisation,
- de renforcer la formation des professionnels de première ligne à l'écoute des publics en situation difficile

3.4.5 Développer une offre de prévention ciblée : 3 priorités

Les actions d'éducation pour la santé et d'éducation du patient visent l'adaptation des attitudes et des comportements influençant la santé. Pour être efficaces, elles interviennent simultanément sur trois déterminants du comportement accessibles à l'éducation : le savoir, le savoir-faire et le savoir-être.

S'il est assez facile de prendre en compte l'acquisition ou le renforcement de connaissances et de compétences techniques (utiliser un préservatif, composer un menu équilibré, s'orienter dans un dispositif de prise en charge...), le travail sur le savoir-être est plus délicat.

- **Réduire les conduites de consommation à risque : tabac, alcool, cannabis, cocaïne, opiacés, et médicaments psychotropes**

L'usage précoce de cannabis et la montée en puissance chez les jeunes d'une alcoolisation aiguë sont retrouvés sur l'archipel comme au niveau national. Une programmation stratégique est à établir pour réduire les usages à risque d'une part et favoriser le retour vers le soin des usagers en situation de dépendance.

- **Réduire les comportements de malnutrition**

Des mesures sont à initier, notamment :

Rendre plus accessibles aux populations défavorisées les aliments de bonne qualité nutritionnelle et gustative, en particulier les fruits, les légumes et le poisson.

Diffuser une culture de la promotion de la santé dans le territoire, sur les thèmes de la nutrition et de l'activité physique, en soutenant non seulement, ainsi que la formation des acteurs de la promotion de la santé (professionnels spécialisés et acteurs-relais) mais aussi celle des élus et des décideurs.

- **Le volet veille, alerte et gestion des urgences sanitaires**

Le volet veille, alerte et gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN) est un domaine prioritaire retenu par le conseil national de pilotage des ARS. L'ATS contribue avec l'ensemble des services de l'Etat, des collectivités et des professionnels de santé à la protection de la population faces à l'exposition à des risques de différentes natures.

Un état des lieux identifie à l'échelle régionale, les principaux risques sanitaires pouvant nécessiter des mesures d'urgence, ainsi que les principaux dispositifs et outils existants pour y faire face

L'ATS propose de s'investir dans les objectifs suivants :

- Améliorer la connaissance des risques sanitaires dans le territoire
- Encourager la recherche, les études pour l'évaluation des risques mal connus, la veille scientifique, le travail d'échange avec les partenaires institutionnels et universitaires travaillant dans ces domaines.
- Développer le signalement
- Améliorer le taux de signalement des événements susceptibles d'avoir un impact sur la santé et la rapidité de leur transmission ;
- Développer les systèmes de surveillance des menaces pour la santé publique (ex. épidémies d'infections respiratoires...) ;

- Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires
- Veiller à la préparation de l'hôpital, des établissements de santé et des professionnels à la gestion des urgences sanitaires ;
- Garantir l'accessibilité à des soins adaptés, en cas d'urgence sanitaire, pour les personnes handicapées ou en perte d'autonomie, ou les plus éloignées géographiquement des structures de soins
- Développer la communication sur les urgences sanitaires : Organiser et développer la communication institutionnelle au cours de la gestion des urgences sanitaires ; Développer des outils permettant d'informer rapidement
- Les professionnels de santé, les maires et les populations à risque en cas de menace sanitaire ; Présenter régulièrement les résultats de la veille et de la sécurité sanitaire aux professionnels de santé et aux instances de démocratie sanitaire ; Sensibiliser la population à la culture du risque.

3.5 Orientation stratégique n°2 : Améliorer la fluidité du parcours de prise en charge sanitaire et médicosociale

Le Territoire doit disposer d'un maillage de premier recours, pivot du parcours de prise en charge

3.5.1 Assurer le maillage de premier recours

L'objectif de garantir sur l'ensemble du territoire, aujourd'hui comme à l'avenir, l'accessibilité et la continuité des soins nécessaires à la préservation de la santé apparaît tout à fait prioritaire pour l'Archipel en raison même des fortes spécificités et contraintes géographiques insulaires. Son affirmation nécessite aujourd'hui une forte mobilisation de l'ensemble des acteurs – l'enjeu étant de définir une offre de soins de premier recours organisée, efficiente et accessible.

Les populations les plus vulnérables doivent pouvoir accéder au premier recours. Une attention particulière est portée aux populations sous-main de justice.

L'ATS cherchera à proposer les mesures permettant de favoriser l'installation des professionnels de santé dans l'archipel et conforter l'offre de soins existante.

Structurer une offre de santé de proximité pour assurer la réponse aux besoins de la population de Miquelon en risque de « désert médical » est une priorité

3.5.2 Disposer d'une offre de diagnostic précoce accessible sur l'ensemble du territoire.

La précocité du diagnostic réduit le caractère invasif du traitement et les conséquences tant physiques que psychologiques et sociales pour le patient. Les chances de guérison sont optimisées. L'accès aux techniques de diagnostic anténatal, le développement des évaluations précoces dans le champ de la gériatrie en s'appuyant sur les acteurs du premier recours, des médecins généralistes et infirmiers, sont autant d'exemples des évolutions qui peuvent être envisagées.

La réduction des difficultés d'apprentissage, des difficultés relationnelles, sources de handicap scolaire, nécessite le développement d'une coordination voire d'une offre en matière de dépistage précoce ou d'évaluation de l'enfant. De la même manière en santé mentale l'évaluation précoce chez l'enfant et la famille en lien avec les acteurs du secteur médico-social est un enjeu important.

3.5.3 La structuration des filières de santé de premier recours, de recours local et supra local

Une approche fluide et rationnelle des parcours de soins organisés par filière de prise en charge, dans une graduation parfaitement lisible par les usagers et favorisant les complémentarités entre les professionnels et intervenants de chaque filière, telles sont, sur ce plan, les axes stratégiques qu'il est proposé de développer.

3.5.3.1 La structuration par filière complète de prise en charge de la prévention aux soins et à l'accompagnement médico-social.

La structuration par filière de prise en charge doit permettre un égal accès aux soins spécialisés relevant des « niveaux de recours » en particulier des « filières de recours régional insulaire » et des soins de première intention relevant des « filières territoriales de proximité ».

L'organisation et la répartition territoriale du « plateau technique » doit intégrer les obligations réglementaires structurant les activités de soins et les logiques de parcours de soins.

Cette approche par filière complète, transversale, de la prévention aux soins et à l'accompagnement médico-social doit intégrer, en particulier dans le champ des maladies chroniques, le développement d'une prise en charge personnalisée.

L'éducation thérapeutique du patient peut s'inscrire ainsi de façon transverse dans l'ensemble des filières du premier recours jusqu'au recours élargi

Ce dernier doit être structuré autour d'une instance qui rassemble l'ensemble des acteurs intervenants en Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) et garantit le développement de programmes collaboratifs

3.5.3.2 La mise en réseau pour répondre aux parcours de prise en charge des pluri-pathologies

Confrontés aux pluri-pathologies nécessitant des coopérations interdisciplinaires, les professionnels expriment le besoin de « travail en réseau » et par « pôle de compétences », modalités concrètes de travail coopératif qui doivent être favorisées par le développement de la télésanté encore trop peu représentée dans l'archipel. Aussi dans un souci permanent d'accroître la qualité de la prise en charge du patient et de l'aide à apporter aux aidants une attention particulière sera portée au développement de réseaux. L'ATS s'attachera à favoriser le développement d'un réseau poly pathologiques.

3.5.4 Garantir une offre de santé durable

3.5.4.1 Une offre de santé qui s'adapte à l'évolution des besoins

L'Administration territoriale de santé doit porter l'action sur la structure de l'offre de soins, de l'ambulatoire à l'hôpital et au médico-social.

Ainsi, l'ATS poursuit deux objectifs généraux : améliorer les parcours de soins par la réduction des inadéquations, et promouvoir les meilleures pratiques auprès des professionnels.

Le schéma régional de prévention, à venir, participe à l'efficacité et la réduction des dépenses de santé que ce soit par la diminution de l'incidence des maladies (par la promotion de la santé et l'éducation

par la santé), mais aussi par une action sur les comportements à risque (prévention des chutes, mal nutrition et maintien du lien social de la personne âgée, prévention des conduites de consommations à risque).

Pour faire face aux défis démographiques liés notamment au vieillissement de la population et aux poly pathologies qui l'accompagnent l'offre de soins devra s'adapter, y compris parfois en se redéployant.

Les dynamiques locales en place doivent permettre d'assurer efficacement une prise en charge préventive des facteurs de vieillissement ainsi que le maintien de l'autonomie.

L'adaptation de l'offre en matière d'alternatives à l'hébergement complet, le maintien à domicile, doit répondre aux contraintes de l'archipel, aux évolutions de l'organisation du premier recours, aux attentes des usagers mais aussi aux contraintes tarifaires.

Innover dans les coopérations constitue un axe stratégique de premier rang qu'il s'agisse du développement des organisations fédératives et de mutualisation des équipements sanitaires, ambulatoires et médico-sociaux, ou de la constitution de groupements de coopération sanitaires et médico-sociaux porteurs d'autorisation d'activité et / ou de gestion mutualisé

3.5.4.2 Prévenir les risques inhérents aux soins

Quatre axes prioritaires ont été retenus :

- Favoriser la pratique du signalement des infections associées aux soins et la gestion des épidémies par les professionnels de santé ;
- Développer les bonnes pratiques de prescription des antibiotiques et des anti-infectieux ;
- Accroître les compétences des professionnels de santé en matière de gestion d'événements indésirables aux soins par la formation et l'information, soutenir les démarches qualités en établissements de santé, médico-sociaux et des maisons de santé pluridisciplinaires, améliorer la connaissance des risques sanitaires sur l'archipel ;
- Impliquer les professionnels de santé du premier recours à la veille et à l'alerte, développer le réseau centré sur le patient.

3.5.4.3 Les coopérations innovantes participant à la qualité et à l'efficacité médico-économique

La politique d'investissement hospitalier doit permettre la nécessaire adaptation de l'outil de soins aux besoins de la population. Les investissements permettant d'améliorer l'efficacité dans un cadre coopératif renouvelé et innovant seront priorités.

Dans un contexte de ressources contraintes, la recherche de l'efficacité est une priorité du PTS.

Cette recherche de l'efficacité permettra en effet d'une part, une amélioration du service rendu au patient via l'amélioration du fonctionnement des organisations, et d'autre part la constitution de marges de manœuvre pouvant être redéployées

3.5.4.3.1 • Le développement d'actions de gestion du risque assurantiel

L'amélioration de la qualité des prises en charge par l'application de référentiels de bonnes pratiques tout en maîtrisant les dépenses associées, telles sont les lignes stratégiques qui sous-tendent le programme régional de gestion des risques.

Les 10 priorités nationales de gestion du risque (entre autres les transports sanitaires, imagerie médicale, chirurgie ambulatoire) sont autant de domaines clefs qui permettent d'associer qualité et sécurité des pratiques et efficience.

Face aux enjeux d'efficience et de gestion du risque, une des faiblesses de notre organisation réside dans la fragilité financière de notre établissement sanitaire, fragilité qui est un marqueur du niveau d'efficience observé.

Cette stratégie doit être soutenue par le recours à des outils désormais disponibles pour gérer dans de bonnes conditions les voies et moyens de la performance hospitalière : des « contrats de performance » pourront être élaborés, des groupements de coopération sanitaire (GCS) seront l'outil de référence pour structurer les coopérations y compris avec les professionnels libéraux, ainsi que la contractualisation dans le cadre des nouveaux CPOM

3.5.4.3.2 Assurer la qualité et la fluidité des parcours de soins

En liaison étroite avec les usagers et les professionnels, il faut proposer des solutions concrètes fonctionnelles qui sont porteuses d'une meilleure gestion ou d'une meilleure qualité.

Ceci conduit à la recherche systématique des alternatives à l'hospitalisation qui méritent d'être étudiées, filière par filière.

Le principe à retenir, est donc celui d'une réflexion au cas par cas, s'appuyant sur l'expertise des professionnels et la sécurité des usagers.

L'analyse de la pertinence des prises en charges est aussi une voie d'abord utile, d'autant plus que son objectif n'est pas seulement celui de contrôler la pertinence de la dépense, mais encore de contribuer à améliorer nos organisations et nos pratiques.

Enfin, une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences permettra d'adapter les organisations aux évolutions à venir.

3.5.4.4 La télésanté auxiliaire du parcours de prise en charge

Le développement de la télésanté (télé expertise, télé consultation, télé surveillance, télé formation,...) permet en particulier de répondre aux situations d'isolement et d'éloignement géographique, de garantir l'égalité d'accès à l'expertise, d'accélérer la mise à niveau de tous les professionnels (téléformation) ou encore de faciliter la gestion des situations d'urgence en améliorant la circulation de l'information

3.5.5 Face aux perspectives offertes par la télésanté, l'Archipel doit s'organiser

Face aux perspectives offertes par la télésanté, une réflexion globale doit être menée.

Pour accompagner le déploiement de cette technique, l'ATS souhaite mettre en place une gouvernance régionale qui permettra de fédérer l'ensemble des acteurs autour d'un certain nombre d'objectifs partagés.

Le développement des usages apportent des solutions répondant tant aux besoins des professionnels de santé que des usagers :

- Combattre les effets liés au cloisonnement et à la complexité de l'organisation des soins notamment pour le continuum des prises en charge thérapeutiques lourdes et pour les soins à domicile (en lien avec la médecine ambulatoire) ;
- Garantir l'accès aux soins en toutes circonstances notamment en situation d'éloignement géographique, aggravé par la raréfaction de médecins ;
- Faciliter la gestion des situations d'urgence par une circulation plus fluide de l'information ;
- Maintenir au bon niveau les compétences des professionnels de santé et du secteur médico-social, en particulier pour ceux exerçant à Miquelon
- Renforcer l'efficacité du système de santé en veillant à une utilisation optimale des ressources et compétences mobilisables
- Faciliter les travaux d'observation de la santé, de l'épidémiologie et de la veille et sécurité sanitaire.

Pour le secteur médico-social, la télé santé peut répondre entre autres aux besoins suivants

- le maintien ou la création de lien social
- l'accessibilité physique et la communication avec les professionnels de Santé
- une aide à la prise en charge plus autonome de la maladie par le patient
- l'accessibilité physique (pour les déficiences motrices)
- les loisirs et la participation sociale ;

La télésanté s'inscrit dans une évolution des pratiques médicales visant à mieux informer et à davantage responsabiliser.

Cet objectif ne peut être conduit sans une prise en compte de l'entourage et du rôle qu'il joue dans la gestion de son état de santé, de sa fragilité, de son incapacité. Les besoins des aidants par rapport à la télésanté s'inscrivent dans cette logique : être soutenus dans leur rôle pour mieux pouvoir l'assurer

3.5.6 Mettre en place une gouvernance territoriale de la télésanté en regroupant l'ensemble des acteurs de la santé.

St Pierre et Miquelon devra se doter d'un groupement de coopération sanitaire dédié aux systèmes d'information.

C'est un atout opérationnel extrêmement précieux qui permettra de définir une gouvernance territoriale des systèmes d'information auquel le GCS devrait s'adosser et de générer les conditions pour un déploiement efficace de la télésanté.

La gouvernance locale consistera à :

- Piloter la mise en œuvre d'une politique territoriale des systèmes d'information de santé et de partage des données utiles
- Développer les systèmes d'information des établissements de santé et des établissements médico-sociaux en particulier
- Expertiser et mettre en œuvre dans le cadre de maîtrises d'ouvrage spécifiques (dont le GCS devrait par nature être le porteur) des services d'intérêt commun et des applicatifs nécessaires au développement de la télésanté

- Structurer autour de l'ATS un étroit partenariat entre l'Etat et les collectivités et leurs partenaires dans leur champ de compétences respectif, partenariat en particulier entre les financeurs, les professionnels de santé, les établissements de santé, les usagers
- Porter cette politique dans le cadre de l'animation de la démocratie sanitaire au sein de la Conférence Territoriale de la Santé et de l'Autonomie (CTSA), de ses commissions spécialisées

Sur cette base organisationnelle, l'ATS s'engagera dans la création d'un « espace sante territorial numérique », offrant ainsi un point d'accès unique pour l'ensemble des systèmes d'information et en s'attachant à mobiliser des financements spécifiques.

3.5.7 Déployer la télésanté sur l'ensemble du territoire de St Pierre et Miquelon pour garantir une offre de santé accessible en tous points du territoire et développer la qualité des soins

« Garantir une offre de santé accessible en tous points du territoire »

Il s'agit notamment d'assurer les développements suivants :

Télé consultation : une réponse aux situations d'isolement et d'éloignement géographiques La télé consultation permet de limiter les effets insulaires et les difficultés de déplacement.

Télé expertise : une aide à la décision médicale

Elle permet de fournir une compétence supplémentaire au professionnel de santé. De telles compétences devraient être particulièrement utiles dans des situations d'urgences, en neurologie pour la prise en charge des AVC, Là encore la visioconférence représente une première ressource.

Télé surveillance : pour favoriser le maintien à domicile

La télé surveillance permettra de favoriser le maintien à domicile en premier lieu pour des malades chroniques (diabète, dialyse, patients atteint de maladies cardiaques...) ainsi que dans le cadre du maintien de l'autonomie.

L'expérimentation de modalités spécifiques protocolisées de suivi clinique à domicile, dans le but de réduire les durées d'hospitalisation

Télé radiologie : à promouvoir

Formation et télé formation : Les formations ou télé formations concernent en premier lieu les professionnels de santé qui verront leur contexte professionnel évoluer avec l'utilisation de la télé santé et le partage d'information.

Elle concerne également le patient susceptible de participer à une « consultation » en visioconférence ou qui bénéficiera d'une formation à distance.

Le programme Télémédecine définira précisément le cadre et les actions qui seront poursuivies

3.6 Orientation stratégique n°3 : Conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs au plus près de la réalité du territoire

La loi HPST réaffirme et renforce la participation des usagers à la définition de la politique régionale de santé.

Néanmoins, il importe que cette reconnaissance de la place de l'utilisateur ne soit pas vécue comme une contrainte mais comme un levier pour améliorer la qualité du système de santé.

Pour ce faire, l'ATS souhaite développer la coproduction de la politique territoriale de santé avec les professionnels de santé et les usagers.

LEVIERS D'ACTION

3.6.1 Une réelle dynamique locale

Une association effective des usagers au sein des établissements :

Les commissions de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en Charge (CRUQPC)

Composée du représentant légal, de représentants du corps médical de l'établissement et de deux représentants des usagers, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge a pour objet de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches.

Le Centre hospitalier François Dunan dispose d'une commission de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. L'établissement de santé démontre toute l'attention qu'ils portent aux droits individuels et collectifs des usagers et l'importance de l'accueil de leur famille

Acteur de sa santé et de sa prise en charge, fonction de vigilance et d'information, acteur de la qualité et de la sécurité des soins, l'utilisateur exerce aujourd'hui des missions et des fonctions stratégiques permettant d'accroître la qualité du système de santé

3.6.2 L'utilisateur acteur de santé

L'utilisateur est un « acteur de prévention et de sa prise en charge »

Il convient donc de conforter toutes les facettes des « missions de l'utilisateur » :

- Acteur de « sa santé » en adoptant un comportement préservant sa santé. (cf. politique de prévention des comportements à risque, bon usage du médicament) ; acteur du « consumérisme sanitaire », porteur d'information transparente permettant à la fois de pouvoir effectuer le bon choix thérapeutique, d'être un consommateur efficace de soins, d'adopter un comportement responsable vis-à-vis du système de santé et de contribuer ainsi à la maîtrise des dépenses.
- Acteur de la qualité et de la sécurité des soins, des « vigilances Sanitaires » : la représentation des usagers au sein des comités de lutte contre les infections nosocomiales est des leviers majeurs pour accroître la qualité et la sécurité des soins ; l'utilisateur est le témoin privilégié du travail accompli par les établissements pour lutter contre les infections nosocomiales. Les fonctions ainsi exposées démontrent l'importance stratégique d'une « co-production de la politique régionale de santé entre les usagers et les professionnels de santé »

3.6.3 Les professionnels de santé dans le processus de co-production

La conférence territoriale de santé et de l'autonomie, de par sa mission d'animation du débat public, favorisera en liaison avec l'ATS une meilleure compréhension des enjeux du système de santé.

Les commissions spécialisées, à venir, seront sollicitées sur des thématiques de santé de portée informative touchant de très larges publics (campagnes de dépistage, prévention des comportements à risque,...) afin de structurer l'information et les réseaux de diffusion par le relai des associations représentatives des usagers.

La gestion du soin doit laisser plus de place aux relations professionnels-usagers. La relation médecin malade favorise l'association du malade et de son entourage à la prise de décision qui les concernent.

Cette évolution est un support très favorable au développement des approches éducatives. Aussi l'éducation thérapeutique trouve-t-elle les conditions de son développement qui se concrétiseront dans l'élaboration des schémas

Une «co-production qualitative»

L'ATS poursuivra trois principaux objectifs stratégiques dans ses relations avec les usagers et en liaison avec les professionnels de santé :

- s'adapter avec les professionnels et les usagers aux évolutions du système de santé,
- développer un réseau d'informations structuré,
- renforcer la représentation des usagers dans toutes les instances où ils siègent en développant des actions de formation,
- réduire les représentations discriminantes à l'égard de la maladie mentale et du handicap auprès des citoyens

3.6.4 S'adapter avec les professionnels et les usagers aux évolutions du système de santé

Cette production s'inscrit dans le contexte des évolutions des caractéristiques organisationnelles du système de santé, aux attentes plus affirmées de la part des patients et à l'évolution de l'organisation de la santé.

Une profonde évolution des caractéristiques organisationnelles :

- Un accès inégal à l'offre de soins sur le territoire
- Une coopération entre les professionnels de santé, entre les structures sanitaires et celles du secteur médico-social appelée à s'accroître
- Une diminution de la durée des séjours hospitaliers accentuant les besoins de prise en charge des patients par le secteur ambulatoire
- Une complexité des parcours de soins

Des attentes plus affirmées de la part des patients :

- de pouvoir mener le plus possible une vie normale,
- de préserver une qualité de vie optimale,
- de participer activement à la prise en charge et au suivi de leur maladie
- de disposer d'une connaissance et d'une compréhension du système de santé, de l'offre et des parcours de soins de s'adapter à la position de chacun et prendre en compte ses choix dans un contexte favorable

La maladie chronique interroge sur la place des proches du malade. Leur participation est parfois recherchée. Les aidants aspirent à être reconnus dans cette fonction d'accompagnement, de bénéficier de formations mais aussi de temps de répit. Des évolutions incontournables de l'organisation du système de santé

La participation des usagers sera aussi un facteur clé pour apporter de nouvelles réponses plus qualitatives aux besoins de santé :

- le dépistage précoce
- le développement des approches ciblées, auront pour conséquences de traiter de manière anticipée (parfois préventive) des personnes bien portantes mais susceptibles de développer d'une manière certaine ou hypothétique une maladie dans un avenir plus ou moins proche.
- la place de la prévention, de l'annonce du suivi sera alors primordiale. Une telle évolution entraînera une individualisation plus importante des actions de prévention prises en charge et traitements
- la participation active dans le suivi de la prévention et/ou du traitement en réalisant des autotests, bilans de santé retardant ou empêchant l'apparition d'une maladie et en prenant en charge la bonne exécution du traitement y compris dans le cas de situations complexes (pluri pathologies, hospitalisation ou suivi clinique à domicile, urgences vitales,...)

La coordination et la coopération entre professionnels ou structures sont les conditions nécessaires à une prise en charge de qualité et à un système efficient.

Le développement des technologies de l'information et de la communication en matière de santé, la mise en place du Dossier Médical Personnel et l'intégration des nouveaux outils dans la pratique quotidienne des professionnels de santé devraient constituer des éléments majeurs facilitant le travail coopératif entre les acteurs.

- des modes d'intervention appelés à se diversifier : Les nouveaux modes d'intervention sont appelés à modifier le rapport des usagers avec les professionnels de santé: transfert de soins vers le domicile, télévigilance, coordination et mise en œuvre de compétences partagées vont davantage solliciter le patient et les aidants.

Une nécessaire appropriation des nouvelles technologies sera nécessaire. Ainsi l'ATS poursuivra trois principaux objectifs stratégiques dans ses relations avec les usagers et en liaison avec les professionnels de santé :

- développer un réseau d'informations structurées,
- renforcer la représentation des usagers dans toutes les instances où ils siègent en développant des actions de formation,
- réduire les représentations discriminantes à l'égard de la maladie mentale et du handicap auprès des citoyens

3.6.5 Améliorer et structurer l'information des usagers afin de favoriser la lisibilité du système de santé

3.6.5.1 L'information

Afin de rendre aisément lisible le système de santé, l'ATS s'engagera dans une étude de faisabilité sur la création « d'un portail Santé » recensant l'ensemble des informations dans le domaine de la santé.

Par ailleurs, les travaux à engager dans le cadre des filières de prise en charge complètes transverses et graduées (filière autisme, gériatrie, AVC, mère-enfant, cancérologie...) contribueront fortement à cette meilleure lisibilité.

Ils permettront pour les professionnels du premier recours et les usagers une meilleure identification de l'organisation des différentes modalités de prise en charge au sein du territoire.

La participation aux travaux de la commission spécialisée relative aux droits des usagers développera une expertise relative à la qualité du système de santé.

La participation aux instances consultatives. Il est proposé de promouvoir la représentation des usagers aux instances des établissements de santé par l'organisation d'actions structurantes de formation pour favoriser concrètement cette représentation.

3.6.5.2 La lisibilité et l'appropriation des séquences de soins

Un patient informé et actif est un patient mieux soigné.

À l'échelle individuelle, la loi de 2002 a donné une valeur législative au droit à l'information du malade, ou encore à celui de choisir librement son établissement de santé.

Elle lui a ainsi donné les moyens de jouer un rôle plus actif dans sa prise en charge, un élément essentiel en cas de maladie chronique. À terme, tout patient atteint d'une maladie chronique devrait bénéficier d'une offre d'éducation thérapeutique.

La prise en compte de l'aidant doit aussi être un objectif prioritaire :

Le développement des structures permettant un temps de répit soulageant ainsi l'aidant est une des actions qui sera menée par l'ATS.

Les Groupements d'Entraide Mutuelle (GEM) seront encouragés, si besoin.

Le schéma territorial de prévention exposera les lignes directrices et les modalités d'organisation de l'éducation thérapeutique à St Pierre et Miquelon qui seront traitées en cohérence dans le cadre des autres schémas.

Enfin, l'ATS s'engage à promouvoir la représentation des usagers dans les établissements de santé et médico-sociaux en favorisant concrètement cette représentation.

3.6.6 Sensibiliser aux représentations discriminantes de la maladie

La réduction des représentations discriminantes en particulier de la maladie mentale, du handicap, auprès des citoyens et des acteurs de première ligne.

Il sera recherché une action volontariste avec l'ensemble des acteurs du premier recours (médecins généralistes, infirmiers en particulier), les associations et institutions, l'ATS veillera à réduire les représentations discriminantes vis-à-vis de la maladie mentale et du handicap.

Ainsi, des actions de formation et de sensibilisation seront soutenues et encouragées.

ANNEXES

L'offre de soins

Le domaine médico-social

La PROMOTION de la SANTE

PISTES REFLEXION/ACTION

ANNEXE 1

L'offre de soins

Selon la définition de l'article L 1411-11 du code de la santé publique, les soins du premier recours s'articulent autour de trois grandes fonctions :

- L'accès et l'entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement ;
- Le suivi du patient et la coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social) ;
- Le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé.

L'offre de soins ambulatoire

Le secteur libéral

L'exercice libéral est faiblement représenté³⁷.

Les médecins généralistes

Sur Saint-Pierre, seul un médecin libéral exerce.

L'archipel semble peu attractif dans un contexte de pénurie médicale nationale et ce, malgré les aides à l'installation proposées par l'assurance maladie

Les médecins spécialistes

L'offre en médecine de spécialité est organisée par le CHFD.

³⁷ Mission d'appui à l'ATS de SPM établi par Christian FAVIER, Mars 2014

Les chirurgiens-dentistes

1 centre dentaire mutualiste

1 dentiste

Les infirmiers

Absence d'infirmier en exercice libéral

Les masseurs-kinésithérapeute

1 kinésithérapeute en libéral

Les sages-femmes

Pas de sage-femme en libéral

Les pharmaciens

1 pharmacie d'officine

Autres professionnels exerçant en libéral

- Un psychologue
- Deux pédicure-podologue
- 2 ostéopathes

Le centre de santé, principal acteur du premier recours

Créé par la Caisse de Prévoyance Sociale, le Centre de Santé a été agréé par arrêté préfectoral en 2006³⁸. Cette œuvre de caisse, à l'exemple des centres gérés en métropole par les CRAM et CPAM, complète l'offre de soins de ville. Officiellement ouvert en 2006 dans un **contexte d'insuffisance globale de développement de l'offre de soins libérale**, le Centre de Santé a intégré la médecine générale jusque-là gérée par le Centre hospitalier.

Le Centre de Santé régule l'offre de santé en développant les disciplines absentes des soins de ville. Il est complémentaire de l'offre hospitalière et de l'offre libérale tant dans le domaine du soin que dans celui de la prévention.

Différents professionnels intervenant dans les soins de ville exercent au sein de cette structure qui propose une offre de premier recours :

- 8 médecins salariés, dont un à Miquelon ;
- 4 kinésithérapeutes, dont un à Miquelon ;
- 4 infirmières ;
- 1 diététicienne ;
- 1 cabinet dentaire avec 2 praticiens et un laboratoire de prothèses dentaires ;
- 1 orthophoniste.

Outre les consultations médicales relevant de la médecine de famille, les médecins du Centre de Santé assurent, sous la forme de vacations et par conventionnement, un ensemble de missions complémentaires dans le cadre de la médecine scolaire, de la DCSTEP, de la crèche, de la médecine pénitentiaire, de la commission territoriale de l'éducation spéciale ainsi que des consultations et expertises (certificats de dératisation, équipes médico-sociales, examens médicaux des permis de conduire, ...).

Les médecins assurent également les gardes dans le cadre de la permanence des soins.

Le Centre de Santé a la volonté de contribuer au recueil des données sur l'état de santé de la population et souhaite développer le volet prévention avec la mise place des examens de santé.

³⁸ Arrêté préfectoral n°146 du 7 avril 2006 portant agrément d'un centre de santé modifié par l'arrêté préfectoral n°111 du 7 mars 2007

L'offre de soins hospitalière

Le Centre Hospitalier François Dunan : un centre hospitalier au statut particulier

Le centre hospitalier François Dunan (CHFD) est un « établissement public territorial de santé » qui offre une prise en charge en hospitalisation en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique. Son statut est particulier³⁹.

En plus de ces missions, il assure, selon le code de la santé publique⁴⁰ :

- Les transports sanitaires
- La protection maternelle et infantile
- La vente au détail des médicaments au public
- Le contrôle sanitaire aux frontières
- Les examens et contrôles nécessaires à la protection de la santé publique prévus au livre III de la partie I du code de la santé publique.

Le centre hospitalier a été entièrement reconstruit sur 11 000 m² pour un coût de 41,5 M €

La télémédecine fait l'objet d'un développement important, notamment par le biais de conventions avec des établissements métropolitains (Tours, Paris, Nantes).

L'établissement est financé par une dotation annuelle de financement (DAF) qui, pour l'année 2013, s'élève à 15,84 M € équilibrant ainsi le budget de fonctionnement de l'établissement qui s'élève lui à 26M € Compte-tenu de ce mode de financement, hors tarification à l'activité, l'établissement ne décrit pas ou très mal son activité au travers du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Les services du centre hospitalier François DUNAN

CHFD : Données 2013

Service	Capacité	Effectifs médicaux	Effectifs paramédicaux
Chirurgie	- 13 lits hospitalisation complète - 2 lits soins intensifs	1 chirurgien 1 anesthésiste	
Médecine	- 17 lits hospitalisation complète - 1 lit de psychiatrie	1 médecin généraliste 1 psychiatre 1 gériatre	

³⁹ Art.L1434-16 du code de la santé publique

⁴⁰ Art. L. 6147-3 du code de la santé publique

LES ORIENTATIONS

Obstétrique*	- 2 lits	1 gynéco- obstétricien 2 sages-femmes
Soins non programmés		3 médecins généralistes
Radiologie		1 radiologue
Pharmacie		3 pharmaciens
Laboratoires		1 biologiste
Maison de retraite et USLD	- 35 lits de maison de retraite - 25 lits USLD	1 médecin gériatre

*maternité de niveau 1 réalisant 60 accouchements / an

Sa capacité actuelle est de 35 lits MCO, dont 2 lits de surveillance continue, un lit d'isolement psychiatrique et deux lits dédiés en permanence à la maternité. Par ailleurs, l'établissement dispose de 25 lits d'USLD sur le nouveau site et de 35 lits de maison de retraite en centre-ville. Il met en œuvre également 25 places de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Le taux d'équipement en lits de médecine et de chirurgie à Saint-Pierre-et-Miquelon est supérieur à celui observé en métropole. Le nombre de lits pour 1000 est de 5,23 versus 3,76 en métropole.⁴¹

Les taux d'occupation en ce qui concerne la médecine (64,54%) et la chirurgie (58,33%) restent inférieurs au taux cibles communément admis (respectivement 85% pour la médecine et 75 en chirurgie)⁴². La mission FAVIER fait part dans son rapport de ce questionnement : « *Mais peut-on, ou doit-on, pour autant diminuer le nombre de lit ? Il n'est pas certain que l'on y gagne en efficience. L'activité est, par ailleurs, fluctuante en fonction du nombre de missions de spécialistes et de la saisonnalité.* »

Les praticiens hospitaliers et contractuels sont une dizaine et couvrent l'activité de l'établissement. (Cf. Tableau ci-dessus sur les services du CHFD)

L'exercice médical sur l'archipel est caractérisé par l'isolement géographique et professionnel, la faible activité (en moyenne 60 accouchement par an, 300 interventions chirurgicales par an pour le chirurgien en place, 1,5 passages aux urgences par jour, 1 000 entrée par an, correspondant à environ 7 900 journée, ...) et une faible activité.

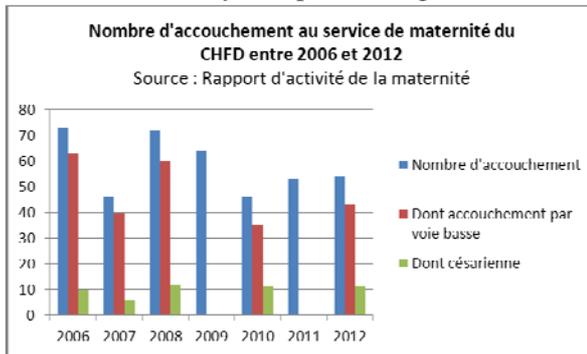
La gynécologie et l'obstétrique dont l'objectif est de maintenir une maternité de niveau 1 avec l'accueil des parturientes 24 h/24. Les grossesses à risques et autres prises en charge ne pouvant pas

⁴¹ Rapport de mission FAVIER, mars 2014

⁴² Source : Diagnostic Flash hospitalier. Base de comparaison 2007. ANAP

LES ORIENTATIONS

êtes assurées localement, y compris les urgences néo-natales, sont évacuées vers Saint-Jean de Terre-



Neuve.

A ce jour, les sages-femmes du CHFD assurent également des actions entrant dans le champ de compétence des PMI. Ce point a fait l'objet de réunions au cours de l'année 2013. Comme souligné dans le rapport FAVIER⁴³ la PMI n'est que partiellement mise en œuvre. Ceci étant lié à l'absence de médecin pédiatre.

Une activité de chirurgie générale et d'anesthésie répond aux situations qui ne nécessitent pas un transfert d'EVASAN en urgence. Elle s'exerce également dans le cadre d'opérations chirurgicales programmées, en lien avec les missions de spécialistes. Le CHFD dispose de deux salles d'opération/

L'activité d'anesthésie, sous la forme d'une activité de présence et d'astreinte, assure un rôle transversal et sécuritaire.

Un service de médecine assure la prise en charge des affections courantes et accueille les personnes en fin de vie.

L'imagerie médicale dispose d'un équipement diversifié : scanner, échographe, table télécommandée avec scopie, table os/poumon, mammographie. La numérisation complète du service est assurée et l'acquisition d'un PACS (Picturing Archiving Communication System) permettent le transfert des données via une interface web vers un autre établissement ou un autre professionnel de santé.

L'activité d'hémodialyse se compose de trois générateurs de dialyse pour accueillir trois personnes. Ce secteur est en cours de mutation et s'oriente vers une activité de télédialyse, en partenariat avec le CH de St-Brieuc.

Le laboratoire de biologie médicale permet de réaliser sur place 96 % des analyses et de poser un diagnostic en situation de risque vital. Il assure les examens de biochimie, bactériologie, hématologie et immunologie, les automates étant doublés pour garantir une continuité du service.

La psychiatrie : un psychiatre est présent dans l'archipel (7 psychiatres contractuels se sont succédés de 2002 à 2007) et un pédopsychiatre intervient sous forme de trois missions de cinq jours par an. La mise en place d'une chambre d'isolement a été finalisée en 2007. Un poste de psychologue est réparti entre le CHFD et le SESSAD (Service d'éducation et de soins à domicile). Un CMP ouvert en décembre 2010 fonctionne sous la responsabilité médicale du psychiatre et emploie un infirmier et une aide-soignante.

Il dispose par ailleurs d'un secteur logistique assurant la restauration et la blanchisserie et d'un magasin général.

⁴³ Rapport de mission FAVIER, Mars 2014

LES ORIENTATIONS

Un secteur de soins non programmés assure la prise en charge des urgences et la permanence des soins en dehors des plages d'activité de la médecine de premier recours depuis 2013.

Un centre 15 réceptionne les appels téléphoniques du numéro 15.

Le CHFD offre par ailleurs de nombreuses consultations de spécialistes organisées sous la forme de missions médicales de métropole (près de 50 en 2010 représentant 370 jours d'activité).

La télémédecine au CHFD

Poursuivant cette démarche, le CHFD s'est engagé dans une démarche volontariste de développement de la télémédecine lui permettant de tisser un réseau de soins fiable et constant.

Deux secteurs d'activité ont été modernisés en 2009, la Biologie et Radiologie. L'acquisition d'un PACS couplé à la numérisation des images permet désormais le transfert des données.

Le CHFD assure en complément de sa pharmacie hospitalière la gestion d'une officine de pharmacie de ville. Le service ambulancier dépend également de l'hôpital avec deux ambulances à Saint-Pierre. Pendant la période estivale, une permanence infirmière est assurée au poste de secours de Langlade, lieu de villégiature.

Le taux d'équipement en lits de médecine et de chirurgie est supérieur à celui observé en métropole avec un nombre de lits pour 1000 habitants égal à 5,23 versus 3,76 en métropole.

Les taux d'occupation en ce qui concerne la médecine (64,54%) et la chirurgie (58,33%)⁴⁴ restent inférieurs au taux cibles (respectivement 85% pour la médecine et 75 en chirurgie)⁴⁵.

L'effectif des personnels de santé est de 251 Equivalent Temps Plein (ETP) en 2012 dont 72% au CHFD⁴⁶.

L'offre des soins spécialisés reste subordonnée à la réalisation de missions de médecins spécialistes métropolitains organisées par le Centre Hospitalier⁴⁷ et aux soins réalisés à l'extérieur.

⁴⁴ Source CHFD

⁴⁵ ANAP

⁴⁶ Rapport de l'IEDOM pour Saint-Pierre-et-Miquelon, 2012

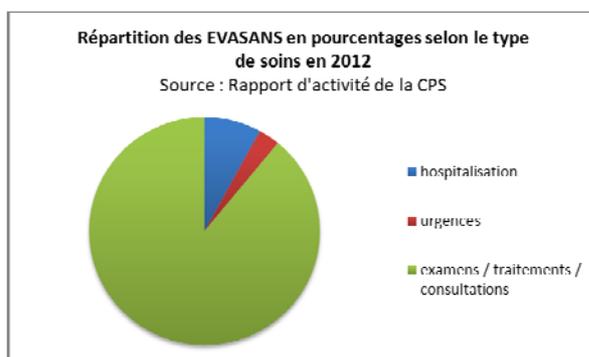
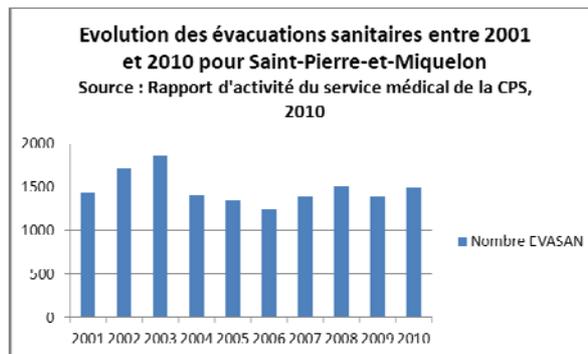
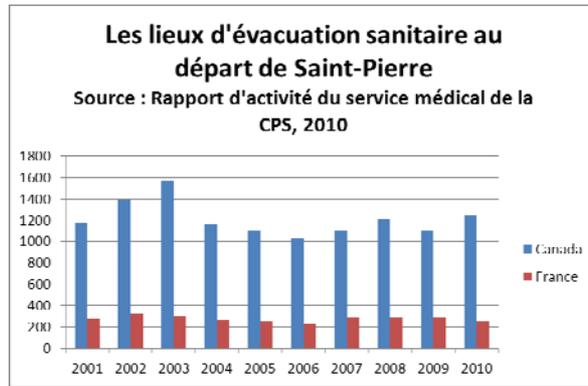
⁴⁷ 51 missions de spécialistes ont été réalisées en 2013. Source : Rapport de la mission d'appui réalisée par Monsieur FAVIER, Mars 2014

LES ORIENTATIONS

Les EVASANS

En raison de l'absence de certaines spécialités un troisième niveau de soin existe (évacuation sanitaire ou EVASAN). Il est géré par la Caisse de Prévoyance Sociale pour les évacuations sanitaires programmées et par le Centre Hospitalier pour les évacuations sanitaires d'urgence.

La grande majorité des évacuations sanitaires se fait en direction du Canada.



Selon les données de la CPS⁴⁸, les motifs de recours les plus fréquents sont :

- La rhumatologie et la chirurgie orthopédique
- La cancérologie
- La neurologie
- La cardiologie

⁴⁸ Source : Service médical de la CSP

LES ORIENTATIONS

En ce qui concerne les soins programmés, faute d'une étude approfondie sur les motifs de recours, il est aujourd'hui très difficile de distinguer ce qui pourrait être pris en charge sur l'archipel.

Ces informations sont pourtant capitales pour diminuer le recours aux soins extérieurs en adaptant l'offre sur l'archipel, pour minorer les inconvénients des déplacements pour les patients et de leurs accompagnants et diminuer les coûts des prises en charge.⁴⁹

Selon le rapport FAVIER⁵⁰, le dispositif actuel des EVASAN interpelle. L'absence d'évaluation du dispositif pénalise son efficacité et ne permet pas d'adapter l'offre, notamment celle du CHFD, aux besoins réels de la population, y compris en matière de télémédecine. Il souligne qu'il est regrettable que l'analyse des motifs de recours pour ces soins prodigués hors de l'archipel ne soit pas suffisamment fine pour être réellement exploitable.

Ces dernières années, une organisation de filières de soins a vu le jour. Cette organisation vise à améliorer l'accès aux soins spécialisés hors de l'archipel, tant auprès des établissements canadiens que français. Une sélection a été établie en fonction des spécialités recherchées, des conditions d'accueil des patients, de la proximité pour l'accueil des urgences absolues (Canada) et des modalités de travail avec les équipes hospitalières (transmission des résultats d'examen, contenu et suivi du dossier médical, formation médicale continue, place de la télémédecine).

Outre le dispositif d'évacuations sanitaires, l'offre de soins à l'extérieur se caractérise par des spécialités accessibles par conventions ou réseaux auprès d'établissements hospitaliers extérieurs.

Une convention tripartite existe entre la CPS/CHFD/EHRA (Eastern Health Regional Agency) de la province de Terre-Neuve et du Labrador. Le choix de ce site canadien s'explique du fait de sa proximité, 3/4 d'heures d'avion, particulièrement importante dans le cas d'urgence absolue. Cette convention, établie pour 3 ans, fixe les tarifs ainsi qu'un certain nombre d'obligations, qui vont de l'accueil des malades et du coût, à la qualité des soins et au respect des procédures. 80 % des malades évacués le sont vers le Canada dont 70 % vers Saint-Jean de Terre-Neuve et 10 % vers Moncton (Nouveau Brunswick) et Halifax (Nouvelle Écosse).

D'autres conventions existent entre le CHFD et des établissements métropolitains. Ainsi, la convention avec le CHU de Tours permet à la fois l'envoi de missions de spécialistes dans l'archipel et un accueil des malades en métropole. Ces conventions facilitent l'organisation et la gestion des missions.

L'accueil et la prise en charge des soins non programmés

Une organisation spécifique à SPM

L'accueil et la prise en charge des soins non programmés à Saint-Pierre-et-Miquelon fait l'objet d'un protocole organisationnel depuis le 1^{er} juin 2012, entre le CHFD, la CPS et l'ATS.

Le dispositif des urgences et de la permanence des soins sur l'archipel comprend également les évacuations sanitaires nécessitant un accompagnement médicalisé. Ce dispositif contribue à garantir un accès aux soins à la population de l'archipel.

Il existe des modalités différentes pour Saint-Pierre et Miquelon.

⁴⁹ Rapport de mission FAVIER, décembre 2013

⁵⁰ Mission d'appui à l'ATS, Mars 2014

LES ORIENTATIONS

Organisation pour Saint-Pierre

La permanence des soins

Il a été conclu entre les parties que les consultations en médecine générale de ville sont assurées par le Centre de Santé du lundi au vendredi (de 8h à 20h) et le samedi (de 8h à 12h) et par le CHFD durant les autres créneaux horaires.

La régulation téléphonique

La régulation est entièrement gérée par le CHFD. Les appels sont réceptionnés 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, au numéro 15. Un médecin régulateur du CHFD organise la prise en charge patients et les renvoi vers le CdS ou l'hôpital.

Les urgences

Organisation pour Miquelon

Une discussion est engagée pour une évolution de l'organisation associant plus étroitement les moyens de l'hôpital, du Centre de Santé et de la CPS.

ANNEXE 2

le domaine médico-social

Accueil des enfants handicapés

Taux d'équipement

Taux d'équipement au 1^{er} janvier 2013 par catégorie d'établissement : places pour 1000 jeunes de moins de 20 ans

	Saint-Pierre et Miquelon ⁵¹	France métropolitaine ⁵²
Taux d'équipement global en établissements pour enfants handicapés (hors SESSAD)	0	6,6
Taux d'équipement global en SESSAD	Nd ⁵³	2,9

A ce jour, le nombre de place n'est pas définit. Le SESSAD accueille donc l'ensemble des enfants handicapés orientés par la CDAPH.

La prise en charge des enfants handicapés en structure médico-social est assurée par le SESSAD. Celle-ci doit s'adapter en permanence afin de répondre aux besoins des enfants en situation de handicap.

A ce jour, il n'existe pas de prise en charge « hébergement. »

Cette structure propose des actions d'éducation spécialisée, de soins et de réadaptations dans divers lieux de vie de l'enfant et de l'adolescent (école, milieu sportif et culturel).

Pas de travail sur le périscolaire organisé à ce jour (crèche, ACM,)

⁵¹ Données ATS sur la base du recensement Insee 1999

⁵² Statistiques et indicateurs de la santé et du social, 2013

⁵³ Nombre de place non défini dans l'arrêté portant création du SESSAD de Saint-Pierre-et-Miquelon

LES ORIENTATIONS

Accueil des adultes handicapés

Taux d'équipement au 1^{er} janvier 2013 par catégorie d'établissement : places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans

	Saint-Pierre et Miquelon ⁵⁴	France métropolitaine ⁵⁵
Taux d'équipement en structures d'hébergement pour adulte handicapés (tout hébergement)		
Taux d'équipement en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)	0	0,8
Taux d'équipement en Foyer d'Accueil Médicalisée (FAM)	0	0,7
Taux d'équipement en foyer de vie (inclut les foyers occupationnels)	3,3	1,5
Taux d'équipement en établissements et Service d'aide par le travail (ESAT)	3,3	3,5

Accueil des personnes âgées

Taux d'équipement au 1^{er} janvier 2013 pour 1000 habitants de 75 ans et plus

	Saint-Pierre et Miquelon ⁵⁶	France métropolitaine ⁵⁷
Taux d'équipement en structure d'hébergement permanent pour personnes âgées (lits maison de retraite, logements de logement-foyers, lits USLD)	50,33	122,4
Taux d'équipement en places de services de soins à domicile (SSIAD + SPASAD)	20,97	19,7
Taux d'équipement en lits médicalisés (lits d'EHPAD, lits d'USLD)		99,6

⁵⁴ Données ATS sur la base du recensement Insee 1999

⁵⁵ Statistiques et indicateurs de la santé et du social, 2013

⁵⁶ Données ATS sur la base du recensement Insee 2010

⁵⁷ Statistiques et indicateurs de la santé et du social, 2013

ANNEXE 3

PROMOTION de la SANTE

Des actions d'éducation et de prévention de la santé par public

1 Parents et enfants :

Un service de type Protection Maternelle et Infantile est mis en œuvre par le CHFD. Ce service est rattaché à la maternité du CHFD.

Le rapport FAVIER⁵⁸ indique que la PMI est partiellement mis en œuvre et préconise de revoir les missions confiées au CHFD.

Sur l'ensemble des missions confiées aux PMI⁵⁹ seules certaines sont organisées au niveau local. Les missions de PMI comportent aujourd'hui cinq champs d'actions particuliers⁶⁰ :

Le STOSS 2008 – 2013 prévoyait deux objectifs pour renforcer et développer l'action de la maternité et de la PMI, à savoir :

- Mettre en place un centre de planification familiale
- Structurer une politique de protection sanitaire et sociale de la famille et de l'enfance (protection maternelle et infantile)

A ce jour, ces deux objectifs n'ont pas fait l'objet de réflexion connue de l'ATS.

Selon les professionnels de terrain, la couverture vaccinale aurait diminué et le dépistage de certaines pathologies pourrait se faire plus en amont. A ce jour, nous ne disposons pas de données autres pour objectiver ces informations. Ce point devra faire l'objet d'une attention particulière.

Depuis plusieurs années, l'association Naître Allaiter Grandir propose des actions en direction des parents et nouveaux nés.

Cette association composée uniquement de bénévoles a également proposé ces dernières années des actions de formation à destination de professionnels sur des thématiques identifiées comme prioritaire au niveau local et national (allaitement et médicaments, grossesse et tabac).

⁵⁸ Op. cit.

⁵⁹ Missions, organisation et fonctionnement des services de PMI (Code de la santé publique, articles L2111-1 et L2112-2)

⁶⁰ Agence régionale de santé, Promotion, Prévention et Programmes de Santé, INPES, 2009.

LES ORIENTATIONS

Elle a surtout mis en œuvre des actions pour promouvoir l'allaitement maternel (comme par exemple l'organisation d'une semaine de l'allaitement maternel). Elle travaille en collaboration avec les professionnels de la maternité.

Tenue de réunion avec les professionnels de santé :

- Prise de poids du bébé allaité
- Les prématurés
- Allaitement et médicament (Raphaël Serreau – Médecin PH, pharmacologue, Cochin, Paris)
- Le matériel d'allaitement
- Le sevrage

Formation avec la croix rouge sur les gestes de secours et de première urgence sur les très jeunes enfants (participation de 20 parents)

Réalisation de fiche certifiée par des professionnels de santé sur (prise de poids du bébé allaité, complications de l'allaitement, allaitement et médicaments)

Relais de la semaine mondiale de l'allaitement chaque année

2 Les enfants et adolescents

Des actions de prévention de la santé sont mises en place au sein des établissements scolaires de l'archipel, principalement par la CPS (service prévention de la CPS et Centre de Santé sur la santé bucco-dentaire, Médecin scolaire). Deux conventions lient l'Education Nationale et CPS. Une qui a trait à la médecine scolaire (mise à disposition d'un médecin). Et une seconde pour la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Des bilans systématiques sont réalisés en grande section maternelle par le service de médecine scolaire. Ils ont pour objectif de dépister des troubles qui pourraient entraîner des troubles dans l'apprentissage.

Le lycée Emile Letournel, qui réunit collège et lycée, n'a pas mis en place à ce jour le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). L'absence de cette instance fait défaut. Elle pourrait

LES ORIENTATIONS

permettre de mieux coordonner les actions mises en place et d'impliquer les parents, les élèves et la communauté éducative.

La DCSTEP peut soutenir des projets/actions auprès des jeunes sur les conduites à risque. Jusqu'à ce jour différentes démarches ont été entreprises auprès de porteurs potentiels mais cela n'a pas abouti encore.

Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) s'inscrit dans le pilotage de chaque établissement scolaire du second degré, conformément aux dispositions des articles R 421-46 et 421-47 du Code l'éducation. Il est une instance de réflexion, d'observation et de proposition qui conçoit, met en œuvre et évalue un projet éducatif en matière d'éducation à la citoyenneté et à la santé et de prévention de la violence, intégré au projet d'établissement. Le CESC organise le partenariat en fonction des problématiques éducatives à traiter.

Ses missions sont de contribuer à l'éducation à la citoyenneté ; préparer le plan de prévention de la violence ; proposer des actions pour aider les parents en difficultés et lutter contre l'exclusion et définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des conduites addictives.

Des actions mises en œuvre par l'APS et la PJJ

2.1.1.1.1 Population active

Les actions en direction de la population active relèvent de la Direction de la Cohésion Sociale, du Travail, de l'Emploi et de la Population. Ce service produit chaque année une analyse des accidents du travail. Ce travail pourrait être complété par une analyse des risques psycho sociaux mais l'absence de service d'étude rend difficile ce travail. Il peut être la base pour un travail sur les risques professionnels.

Une action de prévention des chutes est réalisée chaque année par l'inspection du travail avec la collaboration de la CPS. Une plaquette de prévention a été réalisée.

2.1.1.1.2 Personnes handicapées

Promotion de la pratique sportive auprès des personnes en situation de handicap, en cours

2.1.1.1.3 Personnes âgées :

Le Schéma territorial d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées prévoit la mise en place d'actions ayant pour finalité le développement du « Bien vieillir » sur l'archipel de Saint-Pierre-et-Miquelon.

LES ORIENTATIONS

Même si à ce jour ce schéma n'a pas fait l'objet d'un bilan intermédiaire, nous pouvons d'ores et déjà constater que certaines des actions ont pu être amorcées et d'autres non. Une des actions prévoyait l'adoption d'un plan « Bien Vieillir » qui doit être piloté par la CPS. En 2010, la CPS a initié un premier travail de diagnostic des besoins ressentis par les personnes âgées en matière de prévention (recueil des données par un questionnaire anonyme auprès des 55 ans et plus). A ce jour, bien que les données de l'enquête ait été recueillies et analysés, ce plan n'a pu être adopté. Des actions sont donc portées suivant les grandes orientations nationales.

Dans cette partie, nous proposons de décliner les actions présentées pour les personnes qui sont à domicile, et pour les personnes en établissement.

→ *Dans le cadre du domicile :*

Des actions de préservation de l'autonomie des personnes âgées sont mises en place par l'association Restons Chez Nous (prévention des chutes, ateliers mémoire).

De même, nous pouvons indiquer que les activités du Club de l'Amitié à Saint-Pierre et de l'Amicale des retraités de Miquelon se poursuivent.

Pour finir, nous pouvons dire que la semaine bleue est mise en place chaque année. Cette semaine sous l'égide de la Maison Territoriale de l'Autonomie permet une réelle coordination entre les acteurs qui déclinent un panel d'activités / actions à destination du public âgé. Ainsi, de plus en plus d'activités sont proposées chaque année. Elle constitue un cadre privilégié pour décliner des actions en direction des personnes âgées dans la mesure où elles rassemblent un public grandissant chaque année

→ *Dans le cadre des établissements :*

Depuis le 1er semestre 2014, des ateliers de sophrologie sont proposés par le service prévention de la CPS à la maison de retraite de Saint-Pierre. L'objectif de cette action est de découvrir la sophrologie et les techniques de relaxation en favorisant la rencontre et le bien être à travers la relaxation individuelle et collective. Ces ateliers font l'objet d'une convention entre la CPS et le CHFD.

2.1.1.2 Des actions de prévention par thématique

Tabac : consultation de la diététicienne du service prévention de la CPS

Conférence sur la consommation de tabac :

- **A destination du grand public**
- **A destination des professionnels**

2.1.1.2.1 La campagne de dépistage M'T Dents

LES ORIENTATIONS

La campagne de dépistage bucco-dentaire à destination des 6, 9, 12, 15 et 18 ans a été initiée depuis 2014 par la CPS, avec l'envoi systématique d'invitation personnalisée qui le convie à un RDV de prévention dentaire au Centre de Santé. Bien que la médiatisation de cette campagne soit faite tous les 2 à 3 ans, le projet n'a pas rencontré un franc succès, avec peu de réponse à ces invitations.

Un travail en partenariat est prévu entre le CHFD, le SSIAD, la maison de retraite (...) pour envisager l'envoi d'invitations de dépistage bucco-dentaire aux personnes âgées de plus de 65 ans.

2.1.1.2.2 Les dépistages orthophoniques

Une mission d'orthophoniste est prévue annuellement (entre janvier et juin) à raison de 6 semaines, afin d'assurer un dépistage orthophonique auprès des enfants scolarisés en petite, moyenne et grande section de maternelle, en CP et CE1, sur demande du corps enseignant.

Bien que la CPS assure les modalités de la mission, l'infirmière scolaire fixe le calendrier d'interventions en contactant les établissements scolaires de l'archipel.

2.1.1.2.3 Campagne de dépistage des cancers

Une réflexion a été initiée par les différents services de la CPS concernant l'envoi d'invitation pour le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal. Il est prévu d'associer le CHFD à cette réflexion dans les semaines à venir.

2.1.1.3 *La prévention médicalisée*

Il n'existe pas de programmes organisés de dépistage (cancer, IST/VIH, ...), de campagne de vaccination, de programme d'éducation thérapeutique.

2.1.1.4 *L'éducation thérapeutique*

Diverses modalités existent : les programmes d'éducation thérapeutique, les actions d'accompagnement, les programmes d'apprentissage.

Sur Saint-Pierre et Miquelon, l'éducation thérapeutique n'a pas encore été investie.

Sur le territoire, nous pouvons souligner la présence de l'association des diabétiques. Cette association devra être associée pour mettre en place des actions destinées aux personnes diabétiques et à leur entourage.

L'implication d'acteurs tel que le Centre de Santé et le Centre Hospitalier de Saint Pierre sera indispensable.

LES ORIENTATIONS

2.1.1.5 Des missions de thérapeutes

L'association Action Prévention Santé met en place des missions thérapeutiques à raison de 5 en moyenne par année soit environ 15 semaines. Ces consultations thérapeutiques sont proposées à l'ensemble de la population. Selon le rapport de mission produit par l'association en 2012, le public est hétérogène (de 3 à 72 ans, hommes et femmes, problématiques diverses...).

ANNEXE 4

PISTES REFLEXION/ACTION

Il a été jugé opportun de présenter et de conserver les travaux menés dans le cadre de l'élaboration du Plan, pour certains ils s'avèreront précieux lors de l'élaboration des schémas.

1 L'Information

Disposer d'un système d'observation territorial compilant les données de prévention, soins et médico-social, médico-économiques, sociales, éducatives

Constat :

Les données disponibles ne sont pas toujours suffisantes pour analyser les parcours de soins, l'offre, les financements et les besoins de santé. Qui plus est, la collecte de ces données et leur exploitation ne sont pas organisées.

Objectifs :

Ce système permettra donc en premier lieu de mieux décrire, de mieux évaluer pour mieux piloter et rendre plus efficient le système de santé de l'archipel.

Ce système d'informations partagé permettra également de développer les prises en charge pluridisciplinaires, de mettre en œuvre de nouvelles formes de prises en charge et de surveillance au plus près du patient, d'optimiser les compétences rares sur l'Archipel, d'améliorer de façon continue les pratiques professionnelles, d'augmenter les collaborations entre les champs du sanitaire et du médico-social.

Evaluer avec précision les motifs de recours aux EVASAN.

Décrire l'activité du CHFD au travers du PMSI

Moyens :

Pour ce faire il sera nécessaire d'élaborer un schéma de recueil, de partage, d'interopérabilité, d'accessibilité et d'utilisation des données.

Organiser un système de recueil et de traitement capable d'identifier les phénomènes émergents pour une meilleure sécurité sanitaire

Constat :

Aucun dispositif local ne permet de surveiller ou d'observer l'état de la santé des populations. En particulier, la veille épidémiologique n'a pas lieu et le signalement des événements de santé ainsi que la transmission des données de santé à l'administration sanitaire par les professionnels de santé est inexistant. Cette situation provient principalement de l'absence de MISP à l'ATS, de l'insuffisante collaboration entre les acteurs locaux de santé et de l'absence de rattachement de l'ATS dans les dispositifs nationaux de veille et de sécurité sanitaires comme c'est le cas pour les ARS.

Dans les autres territoires français (métropole et DOM), des observatoires régionaux de la santé et une organisation spécifique des ARS avec l'InVS permettent d'assurer la veille sanitaire, la gestion des alertes sanitaires et l'observation de la santé. En particulier les Cellules de l'InVS en Région (CIRE) figurent dans les ARS et permettent d'assurer la surveillance et l'observation permanentes de l'état de santé de la population. A ce titre, l'InVS recueille, traite et exploite les données de santé que tous les acteurs de santé sont tenus de lui transmettre. L'InVS finance également le fonctionnement des registres du cancer en lien avec l'Institut National du Cancer (INCa).

Objectifs :

Il s'agit ici de recueillir des données et/ou de les surveiller afin d'améliorer l'évaluation et la gestion des risques sanitaires pour un dispositif de sécurité sanitaire plus efficace pour, in fine :

- Améliorer la connaissance des risques sanitaire du territoire
- Optimiser la veille et l'alerte (risques naturels, environnementaux ou technologiques, maladies transmissibles, risques liés aux activités de soins)

Moyens :

La question de la création d'un « réseau sentinelle » peut, par exemple, se poser ici.

Le pilotage devra être assuré par un médecin en relation le cas échéant avec un chargé de mission

Disposer des supports d'information et organiser le recours aux données de santé

LES ORIENTATIONS

Constat :

Le développement du DMP2 est un enjeu essentiel dans le partage d'informations. Il devrait s'accompagner de la mise en place d'une messagerie sécurisée.

Les données du PMSI du CHFD et celles de la CPS en particulier, devront être exploitées et valorisées au bénéfice de l'ensemble des acteurs dans un cadre déontologique respectueux du secret médical et des règles garantissant l'anonymat.

Objectifs :

Améliorer le parcours de santé

Permettre un meilleur suivi des patients

Favoriser la coopération entre les différents acteurs de santé et notamment le premier et second recours

Moyens :

Un **service public d'information en santé devra être créé et piloté par l'ATS**, aidée de ses partenaires. Un répertoire de l'offre de soins et de santé disponible sur le territoire santé sera ainsi disponible pour le plus grand nombre.

Pour se faire, plusieurs préalables devront être remplis :

- Conventionnement avec un observatoire régional de la santé pour l'analyse des données
- Conventionnement avec l'Invs pour études sur les facteurs de risques, leurs déterminants etc...
- Réaliser un tableau de bord ou un baromètre semestriel ou annuel de la santé à SPM

2: Développer la prévention et la promotion de la santé

Promouvoir la santé à tous les âges de la vie

Faire le choix de la prévention et agir sur les déterminants de santé

Privilégier des actions auprès de publics prioritaires :

LES ORIENTATIONS

- Petite enfance : dépistage précoce des handicaps, couverture vaccinale, prévention bucco-dentaire, surpoids et obésité
- Adolescents : promotion de la santé mentale et prévention des conduites addictives et à risque
- Femmes enceintes et parents : comportement à risques
- Personnes handicapées
- Personnes âgées : Favoriser et maintenir l'autonomie des personnes âgées dans le cadre de leur projet de vie (dont prévention de la dépendance) et promotion de la bientraitance
- Personnes victimes de violences, notamment intrafamiliales : prévention des violences, dépistage des personnes victimes de violences

Agir sur des déterminants de santé ayant en commun un impact fort sur les maladies chroniques, la mortalité prématurée et les inégalités de santé : alimentation, sédentarité, tabac, alcool

Structurer l'organisation en région en identifiant les rôles et responsabilités des différents acteurs (professionnels de santé, structures de santé, opérateurs associatifs...), en cohérence avec les collectivités territoriales, les services de l'État et la Caisse de Prévoyance Sociale

Assurer la lisibilité des dispositifs et mettre à disposition une information adaptée auprès des usagers et des actions de formation pour les acteurs

Promouvoir un environnement favorable à la santé

Constat :

La connaissance des facteurs de risques sanitaires liés à l'environnement est encore incomplète. En particulier, l'état des milieux de vie de l'Homme mérite d'être mieux décrit et caractérisé. Il en est de même pour les sources de pollution et les voies d'exposition des populations associées.

La petitesse et les difficultés d'accès à l'archipel ne permettent pas de bénéficier aisément des équipements techniques et/ou des compétences pour mener à bien les expertises nécessaires, sauf à un coût disproportionné et prohibitif. Pour autant les risques sanitaires liés à l'environnement concernent notamment, comme sur les plus grands territoires, les eaux, les aliments, l'air, les espaces clos et l'environnement extérieur au sens large. Plusieurs installations ou activités sont également plus particulièrement porteuses de risques sur la santé comme c'est le cas dans les domaines des déchets et des eaux usées domestiques.

Par ailleurs, les dispositifs et les organisations de contrôle, de surveillance et d'alerte peuvent être facilement dégradés en cas de discontinuité des services, comme cela a déjà été le cas par exemple pour le service santé-environnement de l'ATS.

Enfin, les cultures, les sensibilités et les prises de conscience collective en matière de « d'environnement » ou « de santé publique » sont insuffisamment représentées ou portées à la connaissance de tous. La collaboration des acteurs sur ces thématiques apparaît également difficile.

LES ORIENTATIONS

Objectifs :

Mieux protéger la population des risques sanitaires liés à l'environnement

Développer la prévention en santé environnementale

Renforcer l'autonomie et les capacités d'action locale

Moyens :

Un ingénieur « santé-environnement » à minima

Une ligne budgétaire dédiée permanente « santé-environnement »

Un réseau de correspondants et de partenaires locaux et métropolitains

Service SE de l'ATS en relation avec les autres services de l'Etat, les collectivités territoriales, les chambres consulaires et les associations.

Actions :

- Développer la connaissance des facteurs de risques sanitaires liés à l'environnement
- Renforcer la surveillance sanitaire des milieux et modes de vie de l'Homme
- Mettre en conformité des installations et des pratiques vis-à-vis de la sécurité sanitaire
- Eduquer les jeunes, sensibiliser et prévenir vis-à-vis de l'environnement et de la santé
- Renforcer la capacité de métrologie et d'expertise par l'équipement matériel des services
- Renforcer les capacités de préparation et de réponse aux urgences de santé environnementale
- Promouvoir la culture en santé environnement auprès des acteurs publics et de la population

3. Structurer l'accès aux soins et aux prises en charge médico-sociales en filière

Créer un service territorial de santé au service du public favorisant une coopération forte entre les offreurs de santé (prévention, soins, médico-social)

Constat :

LES ORIENTATIONS

La mission FAVIER a mis en avant une offre conséquente, vulnérable et peu coordonnée. Elle souligne également la présence d'une offre de premier recours conséquente et des missions de spécialistes efficaces. Toutefois, elle indique que l'exercice est cloisonné, dispersé et peu coordonné.

Objectifs :

L'objectif est de mieux répondre aux besoins de santé, d'améliorer la prise en charge des patients (notamment autour des parcours de soins) tout en maîtrisant les coûts.

Autour d'un service territorial de santé il s'agit de conduire les acteurs à remplir de manière solidaire un certain nombre d'objectifs de santé publique et de réduction des inégalités de santé dans une démarche contractuelle et efficiente à construire avec l'ATS. La démarche du pacte territoire santé y sera intégrée.

La santé de la mère et de l'enfant fera l'objet d'une attention particulière.

La réflexion sera conduite en réfléchissant aux déclinaisons possibles pour Miquelon – Langlade.

Moyens :

La gouvernance devra associer l'ensemble des acteurs, dont le CHFD et la CPS, sous une forme juridique à déterminer (Groupement de Coopération en Santé ?).

La place des collectivités territoriales dans le dispositif sera à interroger (sur le modèle des actions possibles via les ateliers santé ville, les contrats locaux de santé, les mesures du pacte territoire santé (61)).

Une réflexion sera menée sur la formation continue pour l'ensemble des professionnels du champ sanitaire et médico-social.

Conforter la télémédecine.

Cruciale pour l'Archipel, la télémédecine, permettant la mise en réseau des professionnels de santé autour de la prise en charge du patient sera confortée y compris dans le secteur ambulatoire ou médico-social. Le recours à la téléconsultation, à la téléassistance, à la télésurveillance sera facilitateur pour un meilleur accès au système de soins.

⁶¹ Conclusion sur l'Offre de soins à Miquelon – Langlade, 2013

Organiser les parcours santé

Agir sur les maladies chroniques et leurs déterminants

Constat :

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, une maladie chronique est une maladie nécessitant des soins à long terme, pendant une période d'au moins plusieurs mois.

Afin d'estimer le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques à Saint-Pierre et Miquelon, nous disposons de différentes données parmi lesquelles : la répartition des EVASAN, l'analyse des certificats de décès, le nombre de personnes qui sont inscrites en affection de longue durée (ALD).

Objectifs :

Agir sur des déterminants de santé ayant en commun un impact fort sur les maladies chroniques : alimentation, sédentarité, tabac, alcool

Promouvoir et renforcer la prévention et de dépistage précoce (diabète, HTA, cancer, Alzheimer...)

Assurer une prise en charge transversale

Mieux accompagner le patient

Moyens :

L'atteinte de tels objectifs ne pourra se faire que si l'ensemble des partenaires sont partie prenante du projet.

Une réflexion sur l'opportunité de mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique pour des pathologies qui restent à définir sera lancée.

Les associations de patients seront associées à la démarche.

Promouvoir la santé mentale.

Objectifs :

Consolider la gouvernance en santé mentale

Structurer les coopérations et complémentarités entre l'ensemble des professionnels, services et établissements

Rédiger et mettre en œuvre un plan de santé de prise en charge de la santé mentale adulte et infantile

Susciter la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé mentale

Délivrer l'autorisation d'activité et de soins en psychiatrie au CHFD

Le CHFD doit établir une procédure interne relative aux soins sans consentement

LES ORIENTATIONS

Renforcer la prise en charge des addictions

Moyens :

L'ATS devra bénéficier d'appui d'expert du champ de la santé mentale (ARS Aquitaine, ANAP, ...)

Mettre en place un parcours coordonné de santé et d'accompagnement, en respectant le libre choix des personnes

En matière d'offre médico-sociale, il existe sur l'archipel de Saint-Pierre-et-Miquelon des services et établissements qui prennent en charge des publics variés de manière satisfaisante.

Toutefois, l'ouverture récente de la Maison de la Solidarité, et en particulier de la Maison Territoriale de la Santé et de l'Autonomie met en évidence la nécessité d'adapter l'organisation actuelle pour répondre à l'évolution des besoins que l'on peut davantage appréhender.

La priorité pour l'ATS est de favoriser le maintien à domicile et l'insertion en milieu ordinaire pour les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes ayant des pathologies chroniques

Objectifs :

Impulser une dynamique de coopération médicosociale en **collaboration avec l'ensemble des financeurs et en particulier avec le conseil territorial, notamment dans le cadre de la CTCPPS**

Permettre une prise en charge de qualité au meilleur coût

Evaluer le poids de la maladie d'Alzheimer et assurer une déclinaison locale du plan Alzheimer

Poursuivre une politique ambitieuse de développement de la qualité de prise en charge des personnes âgées et personnes handicapées à domicile et en établissement

Améliorer la prise en charge des personnes ayant des problèmes de santé mentale et d'addiction

Promotion de la bientraitance

4) Les Usagers

Développer la participation des acteurs du système de santé territorial

Constat :

La CTSA, lieu privilégié de concertation et d'expression souffre d'un manque de reconnaissance et d'implication des acteurs pourtant membres et directement intéressés par les questions de santé. Les

LES ORIENTATIONS

acteurs de santé doivent s'impliquer et la population de Saint Pierre et Miquelon doivent connaître l'existence d'un lieu de débat et de proposition contribuant à la politique de santé de l'archipel.

Objectif :

Améliorer la participation des acteurs du système de santé, développer la concertation et le débat public

Actions :

- Animer et coordonner les instances de démocratie sanitaire
 - Accompagner la CTSA dans l'organisation de ses activités (fonctionnement, communication, débats publics)
 - Définir un plan de communication (site internet, médias)
 - Appuyer la CTSA dans l'organisation des débats publics
 - Réflexion de la commission permanente sur les objectifs du PSTS et de sa déclinaison dans le PTS
 - Apporter un appui à la réalisation du rapport annuel sur le respect du droit des usagers en déclinaison du cahier des charges défini par arrêté
 - Compte rendu de ses analyses et propositions à l'assemblée plénière de la CTSA

Outils :

- Développer et articuler le débat public et la concertation en appuyant la CTSA dans son rôle d'organisateur
- Définir et mettre en œuvre une méthodologie
 - CTSA s'auto saisie du sujet de son choix, ou l'ATS peut proposer un sujet issu de la stratégie nationale de la santé.
 - Développer d'autres formes de concertation en recueillant des propositions sur des thèmes de santé publique par le biais de questionnaires
 - Organiser la formation des acteurs de la démocratie sanitaire

Moyens :

- Adossement à l'ARS Aquitaine pour un appui technique
- Crédit alloué à la démocratie sanitaire pour des missions sur l'archipel, pour des formations des membres de la CTSA et pour le référent démocratie sanitaire

Evaluation :

- Nombre de réunions de la CTSA, commission permanente

LES ORIENTATIONS

- Nombre de participants aux débats publics
- Enquête de satisfaction auprès du public
- Elaboration du rapport annuel

Promouvoir les droits et l'information des usagers

Les droits des usagers et l'information sont au cœur de la démocratie en santé.

La démocratie sanitaire ne peut pas se résumer à la reconnaissance du patient en tant qu'acteur individuel de sa prise en charge mais en tant qu'acteur collectif d'un système de santé et membre d'une communauté.⁶²

Le levier majeur reposera sur une collaboration effective des professionnels et de l'ensemble des personnes concernées.

L'affirmation des droits individuels des patients dans leur relation avec les professionnels de santé, et leur implication directe dans la décision médicale qui les concerne se déclinera autour de l'information, du consentement, de l'accès au dossier médical.

Le rapport Cordier rappelle que « la bonne information et la bonne circulation de l'information apportent beaucoup aux usagers ...L'information en santé doit être utile aux usagers et à ceux qui accompagnent... »

Actions :

- Développer des actions d'information et de communication en partenariat avec l'Assurance Maladie sur la prise en charge, le parcours santé ainsi que sur les droits des usagers.
- Vérifier la mise en place auprès des établissements de santé de la mise en œuvre des enquêtes de satisfaction et des outils à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients
- Informer les usagers sur l'existence, le rôle et les missions des représentants des usagers siégeant dans les CRUQPC
- Promouvoir la formation des représentants des usagers
- Promouvoir la formation et l'information des professionnels de santé
- Suivi et évaluation du traitement des plaintes
- Renforcer le partenariat avec le CHFD et la CPS pour le traitement des réclamations

⁶² Mme Emmanuelle WARGON, secrétaire générale des ministres chargés des affaires sociales- Discours d'ouverture du forum de la participation citoyenne en santé

- Elaboration du rapport de la CRUQPC
- Contrat pluri annuel d'objectif et de moyens entre l'ATS et l'établissement de santé CHFD

Outils :

- Convention signée entre l'ATS et la CPS organisant les modalités de coopération entre l'ATS et la CPS
- Bilans quantitatifs et qualitatifs des réclamations afin de mesurer l'impact du traitement des réclamations sur la qualité de la prise en charge des usagers du système de santé (nombre et nature des réclamations)
- Procès-verbaux du CVS et de la CRUQPC

Moyens :

- Promouvoir le droit des usagers en partenariat avec l'ARS d'adossment par la mise en œuvre de forums ou de journées d'informations relatives aux droits des patients
- Appui technique de l'ARS Aquitaine pour l'élaboration du rapport de la CTSA sur le droit des usagers
- Crédits alloués pour la formation des professionnels de santé sur l'éthique et pour les représentants des usagers

Indicateurs :

- Délai de réponse aux réclamations
- Retour du rapport de la CRUQPC
- Nombre de réclamations relatives aux manquements au respect du droit individuel des usagers
- Taux de participation des représentants des usagers à la CTSA
- Taux de participation des représentants des usagers à la CRUQPC
- Nombre de formations dispensées en relation avec le droit des usagers

Rendre plus efficace la démocratie sanitaire

- ✓ Favoriser l'engagement des représentants des usagers (CISS, conférence des usagers) ;
- ✓ Conforter la vie des instances (CTSA, CTCPP, enquêtes, débat public...).

Le comité des sages, présidé par Alain Cordier, remettait au mois de septembre 2013 ses recommandations pour l'élaboration de la stratégie nationale de santé, dedans, il fixe 8 chantiers à ouvrir dans l'avenir, dont la démocratie sanitaire.

La démocratie sanitaire c'est intégrer de manière plus active les usagers du système de santé dans sa conception et son fonctionnement.

C'est une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé.

Dans cette optique, Mme la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé a confié à Claire Compagnon une étude sur la représentation des usagers, dans les établissements de santé « prolongeant le grand mouvement des droits des malades initiés par la loi du 04 mars 2004 et dont la mission est de garantir et inscrire une représentation citoyenne dans notre système de santé » 63.

L'ATS devra s'attacher à placer la démocratie sanitaire dans la même dynamique en associant dans un esprit de dialogue et de concertation l'ensemble des acteurs et usagers du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé.

⁶³ Discours de madame Marisol Touraine sur la stratégie nationale de santé – Paris 2013