

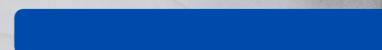
Fédération Hospitalière
de la Guadeloupe

PROPOSITIONS D'AMÉLIORATIONS

POUR LA SANTÉ
ET L'AUTONOMIE

2023

GADELOUPE



INTRODUCTION

Les problématiques rencontrées par les établissements des outre-mers sont à la fois les mêmes que celles qui pèsent sur l'ensemble du territoire français, mais aussi grevées par des spécificités : géographiques, démographiques, économiques, sanitaires, et globalement par des retards de développement.

Nos territoires connaissent des **RISQUES, DES CONTRAINTES, DES RETARDS**, dont la prise en compte est un devoir d'égalité républicaine. Toute réflexion, toute négociation impose donc un volet outre-mer.

Il s'agit à travers ce dossier validé par la F.H.G en concert avec la F.H.F de transmettre aux autorités locales et nationales des pistes d'action permettant d'améliorer la situation de l'Hôpital public et de la santé en Guadeloupe.

Volontairement nous avons restreint nos propositions à des thèmes qui nous semblent « prioritaires ».

Dans un deuxième temps, il est prévu la tenue des Assises de la Santé en Guadeloupe afin d'élargir la réflexion et les partenaires. Sur certains sujets la Martinique et donc la F.H.M sera associée à ce travail.

La F.H.G regroupe le département de la Guadeloupe et les deux Collectivités d'Outre-mer de Saint Martin et de Saint Barthélemy. Deux G.H.T sont constitués l'un pour l'ensemble des établissements de la Guadeloupe, l'autre regroupant les établissements des îles du Nord. Les sujets évoqués dans ce document concernent donc les 3 territoires administratifs.

Les thèmes retenus sont :

- 1) L'attractivité médicale et amélioration de l'environnement et des conditions de travail des professionnels de santé.
- 2) Le rattrapage sanitaire, inégalités territoriales de santé et continuité territoriale :
 - en terme de lits de soins critiques et de gros équipements (acquisition et fonctionnement)
- 3) La situation financière des E.P.S et les M.I.G.
- 4) Le renfort du dialogue avec les élus au sein des A.R.S.
- 5) La coopération entre les EPS de la Guadeloupe et la coopération avec la Caraïbes.
- 6) La situation singulière des îles du Nord.
- 7) Place de l'hôpital dans le cadre du vieillissement de la population.
- 8 La Psychiatrie et la santé mentale



THÈME 1

L'attractivité médicale
et l'amélioration
de l'environnement
et des conditions
de travail des
professionnels de
santé.

THÈME 1 : L'ATTRACTIVITÉ MÉDICALE ET L'AMÉLIORATION DE L'ENVIRONNEMENT ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Le contexte :

La démographie médicale est pénurique dans la quasi-totalité des établissements ultra-marins, tant pour les indices globaux que pour les indices des médecins salariés.

Les établissements publics ont d'importantes difficultés à recruter dans un contexte « concurrentiel », particulièrement dans certaines spécialités, et sur fond de mauvaise réputation des hôpitaux (voire du climat social). Il est vital d'envisager des mesures concrètes d'attractivité.

Il faut donc mettre en œuvre un ensemble de mesures, dont l'association permettra une meilleure attractivité des médecins vers les établissements publics ultramarins.

Trois niveaux d'action : local (établissements), régional, national (statut des praticiens, réduction des inégalités).

Il faut aussi des projets attractifs, des moyens adéquats pour les réaliser, une responsabilité reconnue (gouvernance médicale), de la qualité de vie au travail (accueil), des mesures statutaires et une rémunération attractive.

Le taux de vacance des postes de Praticiens y est donc très important, les EPS dépendent du recrutement de médecins intérimaires, dont les surcoûts sont connus.

De plus ces « intérimaires » sont dans l'incapacité de s'investir dans des projets durables ou novateurs du fait de la temporalité courte de leurs contrats alors que la construction d'offres de soins répondant aux immenses besoins non couverts est un enjeu majeur du développement de ces territoires.

	France Hexagonale	Guadeloupe
Total médecins	340	289
Généralistes	153	147
Spécialistes	187	143

Nb médecins/ 100 000 hab ; Sources : DREES, ASIP-Santé RPPS, traitements Drees ; Insee, estimations de population.

THÈME 1 : L'ATTRACTIVITÉ MÉDICALE ET L'AMÉLIORATION DE L'ENVIRONNEMENT ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

1-A : Attractivité ; mesures locales et régionales

Ce qui attire les médecins à l'hôpital, c'est, en premier lieu :

- la possibilité de mettre en œuvre des projets sanitaires intéressants et l'environnement technique.

- une offre de soins, de qualité, assurant la sécurité des malades.

Création d'une Instance interrégionale de coordination de l'action de santé publique française dans les bassins de population ultra marine qui aura pour mission, d'encourager la création de centres référents recrutant sur des bassins de population suffisamment vastes pour atteindre la masse critique indispensable au maintien ou à l'acquisition d'un niveau technique de qualité dans les spécialités sensibles (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, rachis, oncopédiatrie, cardio pédiatrie...) et favoriser l'attractivité médicale.

Développement de la Télémédecine ++++ et d'un Système d'information commun ou interopérable, fiable et efficient (résoudre la fracture numérique)

- DES PROJETS DE TERRITOIRE novateurs (PRS, SROS, PTSM), élaborés par les praticiens connaissant le terrain, et non seulement pour décliner les priorités nationales, avec une vision prospective ambitieuse.

- DES GHT fondé sur un Projet Médical Partagé (PMP) innovant, conçu et décliné grâce à une gouvernance médicalisée.

- Une véritable politique de coopération, non seulement entre établissements français, mais surtout avec leur voisinage international : la Caraïbe pour les DFA, l'Océan indien pour la Réunion.

Ces coopérations permettront de booster la masse critique, donc l'excellence et l'attractivité et feront rayonner la France.

Pour ne pas rester au stade de vœux pieux, elle nécessite l'identification d'un Interlocuteur politique unique pour la discussion avec les pays voisin (diplomatie fléchée). Des financements existent (INTEREG/CARES).

1-B : Attractivité ; Mobilité, Formation, Recherche

1°) Mesures universitaires

- Les Antilles Guyane doivent être dotées d'une Faculté de Médecine de plein exercice, avec l'ensemble des cycles et des enseignants correspondants.

- Augmenter le nombre d'internes en médecine et de spécialités (et financement des salaires et gardes) et du nombre de services agréés.

Partager les stages d'internes de spécialité avec des CHU de l'hexagone

THÈME 1 : L'ATTRACTIVITÉ MÉDICALE ET L'AMÉLIORATION DE L'ENVIRONNEMENT ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Faciliter la mobilité des internes dans la subdivision et lors des inter CHU.
- Prévoir une enveloppe mobilité inter DFA pour 1 à 2 regroupements des internes pour des Séminaire ou EPU sur un site.
- Créer des postes de PU.PH ou Associés dans les spécialités non représentées. Cela est nécessaire, tant pour la formation des étudiants que pour attirer des équipes de qualité et développer la recherche et l'enseignement dans tous les domaines.
- Créer des valences universitaires pour les PH des EPS .
- Compenser la baisse des MERRI par une enveloppe d'aide à la contractualisation (MIGAC)
- Développer les partenariats entre équipes DOM et hexagonales en matière de recherche, apporter un soutien méthodologique pour les recherches d'intérêt régional (pathologies locales ou avec des facteurs environnementaux ou culturels)
- Augmenter le nombre de Diplômes d'Université délivrés par la faculté de médecine des Antilles Guyane ou mise en place de télé-enseignement, E-formation avec d'autres universités
- Augmenter le nombre de postes d'assistants (post internat). Développer l'assistantat partagé.
- Renforcer la coopération régionale et internationale en matière de santé et de recherche médicale dans la caraïbe, l'Océan indien, le Pacifique (coopération et échanges en matière de recherche, de formation, de stages, de recrutements en temps partagé)

- Développer la formation des personnels paramédicaux, dans des instituts de formation inter-régionaux à créer ou renforcer : Kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, manipulateurs de radiologie, techniciens de laboratoire, cadres de santé, IADE, IBODE.

2°) Décloisonnement, mobilité

Faciliter la coopération et la formation tant avec l'environnement international de nos régions, qu'avec l'Europe pour :
Encourager la mobilité outremer en accordant des facilités pour des praticiens de l'hexagone, des directeurs et des métiers très spécialisés, comme de l'OM souhaitant changer temporairement d'affectation, avec garantie de réaffectation au bout de 3 ans si souhaitée.

Développer le recrutement en temps partagé avec des services de l'hexagone, d'Europe ou de la Caraïbe, ou semestres d'internes ou assistants, permettant un partage de compétence, un renforcement de la démographie médicale dans les Outres Mers durant quelques semaines à quelques mois, tout en respectant les parcours professionnels.

Recrutements avec possibilité de « Package » pour conjoint (e), veiller à gérer l'emploi, l'accueil, la scolarisation de la famille du conjoint sur les postes de PH prioritaires....

THÈME 1 : L'ATTRACTIVITÉ MÉDICALE ET L'AMÉLIORATION DE L'ENVIRONNEMENT ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

3°) incitations à l'engagement durable dans la carrière hospitalière publique en établissement ultra-marin

Développement et financement de Primes d'Engagement majorée de 40 % dans la Carrière Hospitalière pour la titularisation des médecins contractuels, les spécialités en tension de tous les établissements ultramarins

Adapter pour certains corps de métier en tension le régime indemnitaire localement en lien avec l'ARS (avec validation et co-financement via un FIR)

Développement et financement des primes d'exercice territorial pour toute intervention dans les établissements membres ou associés des GHT

1-C : Attractivité ; mesures statutaires nationales

Si la rénovation des statuts et des rémunérations des praticiens et des personnels de santé s'impose au niveau national, leurs particularités nécessitent une approche spécifique des régions ultra-marines, DOM, COM, et PTOM.

Du fait de leurs caractéristiques, les outremer nécessitent encore plus que l'ensemble du territoire national des améliorations des statuts des praticiens titulaires, notamment de leur rémunération

1°) Harmonisation de la rémunération des PH des EPS des outremer dans les statuts rénovés de PH titulaire

Jusqu'à très récemment les praticiens titulaires en fonction en Guadeloupe, en Martinique, à Saint-Barthélemy, et à Saint-Martin, percevaient une indemnité spéciale mensuelle égale à 20 % des émoluments, alors qu'elle est de 40% en Guyane, à la Réunion, à Mayotte et à Saint-Pierre-et- Miquelon.

La rémunération de tous les médecins hospitaliers vient d'être harmonisée sur la base de 40% d'indemnité spéciale (qui correspond par ailleurs à un alignement sur les personnels de la Fonction Publique Hospitalière ainsi que sur les autres fonctions publiques aux Antilles).

2°) Attirer des praticiens dans les établissements publics des outremer, et les y fidéliser

Cela nécessite aussi le maintien d'un haut niveau de technicité, qui implique les moyens de s'assurer d'un Développement Professionnel Continu (DPC) et des formations de qualité.

- Formation correspondant à un droit et un devoir annuel, avec 15 jours ouvrables de formation par an et le financement de deux voyages de formation annuels inscrits dans le statut et financés, et l'attribution de délais de route pour les formations en métropole : un jour ouvrable aller, un jour ouvrable retour (jours d'activité non décomptés des congés formation)

THÈME 1 : L'ATTRACTIVITÉ MÉDICALE ET L'AMÉLIORATION DE L'ENVIRONNEMENT ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Crédits de formation alignés sur celui des personnels non médicaux (2,1 % au moins de la masse salariale des effectifs médicaux), du fait des contraintes de frais de déplacements pour maintenir la technicité des praticiens
- Application de ces mesures prorata temporis aux praticiens quel que soit leur statut.

3°) Les tensions sur la démographie médicale rendent souhaitable d'élargir le champ des recrutements dans les outremer, au-delà des praticiens relevant de l'Union Européenne.

Un dispositif de recrutement dérogatoire des Praticiens Hors Union Européenne a été prévu par l'article 71 de la loi du 24/07/2019 et son décret d'application N°2020-377 du 31/03/2020, complété par l'arrêté du 18/09/2020. Pour l'instant il a été peu utilisé et mériterait d'être promotionné, évalué, amplifié.

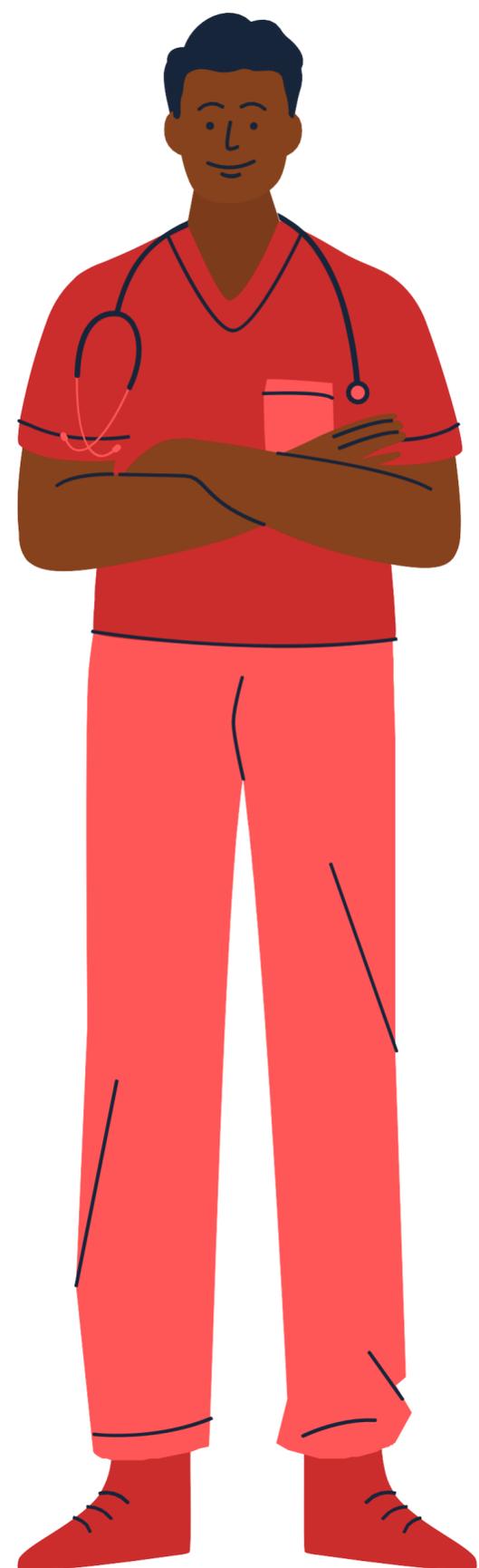
4°) Prendre en compte la pénibilité en situation de grande pénurie :

- Maintien des congés bonifiés sur la base de 30 jours ouvrables tous les 36 mois d'exercice,
- Intégration de l'exercice des PH outremer en situation de déficit démographique global dans les conditions pouvant ouvrir le droit à majoration de retraite ou les aligner sur les dispositions en vigueur dans la fonction publique d'état (majoration des trimestres exercés outremer)

5°) Améliorer la rémunération des Praticiens Hospitaliers contractuels

Le recours à des intérimaires doit être évité et, en l'absence de recrutements de praticiens spéciale (40%) comme à l'ensemble des praticiens

- L'attribution d'une indemnité de changement de résidence doit être généralisée et devenir applicable aux contractuels s'engageant pour un contrat d'au moins 2 ans.



THÈME 2

Le rattrapage
sanitaire, inégalités
territoriales de santé
et continuité
territoriale

2- A : Rattrapage en lits de soins critiques

1) Le constat

L'insularité des Antilles implique des spécificités dont il faut tenir compte en termes d'équipement hospitalier.

Notre territoire va au-delà même de l'insularité puisqu'il est archipélagique, en effet les îles du Nord se trouvent en double, voire triple insularité par rapport à la Métropole et la Guadeloupe.

Sur le plan sanitaire, le retard de déploiement en lits de soins critiques hospitaliers (Lits de Réanimation, Soins Intensifs, Soins Continus) par rapport aux régions les plus dotées de l'hexagone est pénalisant.

Cette situation d'insularité ne doit pas nous conduire à nous comparer aux autres départements et nous devons considérer notre situation comme étant singulière avec des réponses adaptées.

Lorsque survient une situation de crise ou une épidémie, nous nous retrouvons dans une situation grave. Ce fut le cas lors de l'incendie du CHU de la Guadeloupe, lors de l'épidémie de dengue et actuellement avec la pandémie du COVID-19.

Nous pouvons affirmer que la Guadeloupe s'est retrouvée en limite de saturation durant la première vague de la pandémie.

Il a été nécessaire de « déployer » en urgence des lits de réanimation supplémentaire par transformation de lits « classiques » en lit de soins critiques.

Le nombre de lits de soins critiques (lits de réanimation adultes et pédiatriques, soins intensifs, soins continus) est notoirement insuffisant et bien en dessous de la moyenne nationale.

En terme de recours aux soins critiques, la Guadeloupe présente un sur-risque qui justifie une offre de soins supérieure à la moyenne nationale :

- Le taux d'accidentologie est supérieur à la France hexagonal (95 versus 87,5/100000h (+8%))
- Le nombre de blessés par accident de la route est supérieur à la France (122 versus 110/100 000 h (+11%))
- Le nombre de blessés par accident de la route et hospitalisés (55,4 versus 30/100 000 h (+84%)) avec un indice de gravité le plus élevé de France : 13 tués pour 100 accidents versus 6 / 100 en France hexagonale)
- Une fragilité de la population avec une obésité touchant 23% de la population de plus de 16 ans et deux fois plus fréquente chez les femmes par rapport à la France hexagonale. Une surmortalité par maladies cardiovasculaires.

THÈME 2 : RATTRAPAGE SANITAIRE POUR LA GUADELOUPE ET LES DROM, INÉGALITÉS TERRITORIALES DE SANTÉ ET CONTINUITÉ TERRITORIALE

Équipements en lits de soins critiques (Lits de Réanimation, Soins Intensifs et Soins Continus) insuffisants :

En Guadeloupe, en 2020, nous disposons de 102 lits de soins critiques dont 80 lits adultes pour 436 600 habitants. Le ratio en lits de soins critiques est donc de 23,8 / 100 000 hab versus 29,5/100 000 hab pour la France hexagonale.

Concernant plus précisément les lits de réanimation adulte et enfants, $38/436\ 600\ h = 8,7/100\ 000\ h$ (versus 8,2 France hexagonale). Si le nombre de lits de réanimation semble comparable (8,7 versus 8,2), il faut remarquer une disparité des expertises des établissements :

- Seuls les lits de réanimation du CHUG proposant une offre complète incluant les techniques modernes de réanimation: épuration extrarénale, monitoring cérébral, sont à même de répondre aux besoins actuels.
- Le ratio adulte/enfant de lits de réanimation au détriment de la réanimation adulte (ratio de 4/1 en Guadeloupe versus 5/1 en France hexagonale) indique un manque de lits de réanimation adulte
- Le défaut de lits d'aval de la réanimation (en nombre et en technicité) entraîne un engorgement et une augmentation de la Durée Moyenne de Séjour, le patient étant amené à « rester plus longtemps en réanimation »

2) Les besoins :

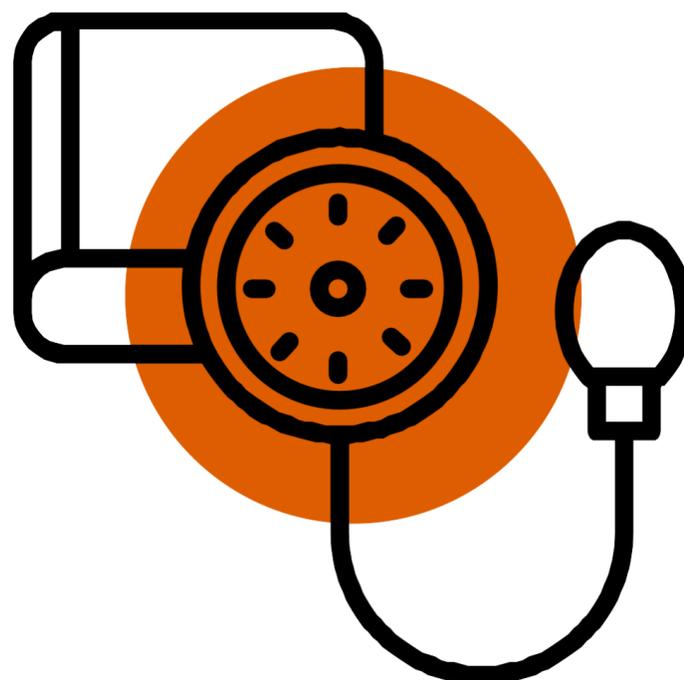
Besoins en lits de soins critiques
Pour l'archipel guadeloupéen, il apparaît donc un sous-équipement global en lits de soins critiques, qui peut être évalué au total à 20 lits (en incluant les lits de réanimation) pour atteindre le ratio national de 29,5/100 000 h).

Le raisonnement classique adopté consiste à comparer les moyens dont disposent la Guadeloupe ou l'outre-mer, et de solliciter les besoins nécessaires pour aboutir à une certaine équité, pour arriver à atteindre la moyenne nationale afin de restreindre ces inégalités territoriales en santé.

Et si on adoptait un raisonnement inverse, afin de mieux faire ressortir cette inégalité territoriale en santé.

Une sorte de raisonnement par l'absurde jamais utilisé. Si la France hexagonale devait s'aligner sur la Guadeloupe, si elle devait être demain équipée avec le même ratio que celui de la Guadeloupe voilà le résultat sous forme du tableau ci-joint.

Il faudrait, si on adopte ce raisonnement, pour arriver à une sorte d'équité diminuer la capacité en lits dans l'hexagone de – 3 685 lits !!.



THÈME 2 : RATTRAPAGE SANITAIRE POUR LA GUADELOUPE ET LES DROM, INÉGALITÉS TERRITORIALES DE SANTÉ ET CONTINUITÉ TERRITORIALE

2- B : Rattrapage en terme d'équipements lourds et cofinancement via des MIG :

Scanner : Pour la Guadeloupe : il y a 6 scanners ; soit un ratio de 15/millions d'Habitants, vs 18/Millions d'Habitants dans l'hexagone.

Avec des financements Etat/Europe/Région, il est prévu de passer à 11 scanners. Se pose la nécessité d'anticiper sur un plan d'amortissement, afin d'anticiper dans quelques années le renouvellement de ces appareils.

IRM : 5 IRM, soit 12,5/millions d'habitants vs 15,4/millions d'habitants dans l'hexagone (et 35/millions d'habitants en Allemagne). Un à deux appareils IRM supplémentaires sont nécessaires. A titre d'exemple, le délai d'attente minimal pour une IRM cardiaque ou un scanner coronaire est de 6 mois.

Radiothérapie : Un plus des appareils existants, prévoir un équipement en radiothérapie avec stéréotaxie.

A titre d'exemple, l'appareil actuel (Un Halcion, accélérateur de particules) nécessite pour un cancer non extensif de la prostate 39 séances en 8 semaines vs 5 séances en 2 semaines avec un appareil de radiothérapie avec stéréotaxie.

De plus, sur certaines métastases la technique avec stéréotaxie est plus efficace et techniquement réalisable.

Pour l'interventionnel en cardiologie : deuxième salle au CHUG et une salle au bloc opératoire au CHBT en sus de celle existant en cardiologie.

Cette deuxième salle devra permettre le renfort de l'activité de rythmologie/Stimulation mais être aussi hybride avec possibilité de faire de la coronarographie (deuxième site de repli si problème technique au CHUG).

Télémédecine et NTIC : prévoir un dispositif efficace élargi à tout l'archipel Guadeloupéen et renfort de la télémédecine avec la Martinique et l'Hexagone.

Développement de la Télémédecine ++++ et d'un Système d'information commun ou interopérable, fiable et efficient (résoudre la fracture numérique)

NB : notre situation d'isolement et d'éloignement de l'hexagone nécessite sur les 5 ans un rattrapage en équipements lourds et lits de soins critiques supérieur de 30% par rapport à la moyenne nationale.

En effet, certains départements dans l'hexagone sont moins équipés en terme d'équipements lourds/Hab, ou Lits de soins critiques /Hab, mais la continuité territoriale fait qu'il est plus facile d'accéder à ces équipements en se rendant dans une autre région ou département.

Important, ces équipements ne doivent pas être supportés financièrement tant pour l'acquisition que pour le fonctionnement que par la structure hospitalière dans laquelle est positionnée cette structure. L'équilibre financier doit être mixte : T2A et MIG.

Prévoir une enveloppe régionale à cet effet.

THÈME 3

La situation financière
des E.P.S et les M.I.G.

THÈME 3 : PROPOSITIONS CONCERNANT LA SITUATION FINANCIÈRE DES EPS ET RELANCE DE L'INVESTISSEMENT

3 - A : Relance de l'investissement

L'accompagnement des territoires ultra-marins devrait constituer une des priorités de la politique de relance de l'investissement. Investissements ad-hoc avec l'aide de fonds européens pour la mise aux normes parasismiques aux Antilles.

Chaque D.O.M bénéficiera d'une enveloppe pour l'investissement avec la prise compte d'un rattrapage pour les régions sous équipées, que ce soit pour l'enveloppe nationale de 6 milliards d'euros de soutien à l'investissement (projets hospitaliers, médico-social et numérique) ou pour les 13 milliards d'euros de reprise de dette pour l'investissement courant dont la péréquation interrégionale aura vocation à réduire les inégalités territoriales.

3 - B : Un réajustement du financement aux besoins des populations.

La révision du coefficient correcteur géographique*. Il doit être réévalué en tenant compte de la réforme du financement issue de Ma santé 2022 puis du Ségur, et en l'actualisant tous les 3 ans en fonction du coût de la vie et de la typologie épidémiologique. Un premier travail réalisé par les fédérations hospitalières de Guadeloupe et Martinique proposait un passage à 35%. Passer dans un premier temps à un coefficient correcteur à 30% serait une première avancée.

Ce coefficient est actuellement de 27% contre 29% pour la Guyane et 31% pour la Réunion (*par le passé les Établissements Publics Hospitaliers étaient financés par une dotation globale.

L'Accompagnement contractualisé sur objectifs pour sortir des aides répétées en trésorerie, sur objectifs co-arrêtés qui feraient l'objet d'une contractualisation avec les ARS et dégressifs afin de ramener ces établissements aux standards attendus de tout établissement de santé, tout en intégrant les spécificités ultra-marines.

Si le Ségur permet bien des aides en investissement, il ne tient pas en compte de l'endettement parfois conséquent de certains établissements.

Par exemple, pour le CHUG, la moyenne de l'aide exceptionnelle accordée en fin d'année est en moyenne de 46,4 Millions d'€ (moyenne de 2012 à 2016). Cette situation est étayée dans le Rapport d'information sur la situation des CHU de la Guadeloupe et de La Réunion, MM. David LORION et Olivier SERVA, Députés, à l'Assemblée nationale, en 2019.

THÈME 3 : PROPOSITIONS CONCERNANT LA SITUATION FINANCIÈRE DES EPS ET RELANCE DE L'INVESTISSEMENT

La FHG demande que soit apurée la dette des hôpitaux de Guadeloupe afin que ceux-ci retrouvent des conditions de financement de leurs investissements.

Pour les activités coûteuses impossibles à équilibrer par la T2A en raison de l'exiguïté des territoires

Nous proposons deux modalités :

- Le Financement par MIG ou FIR
- Une dotation rétroactive des Forfaits pour activités isolées.

En effet, ces forfaits ne sont appliqués que depuis 2017, alors que les établissements concernés (CH de Ste Marie, CH de Bruyn, le CHLCF et le CHBT) supportent ces surcoûts d'éloignement depuis plusieurs années.

La Mise en place d'une MIG « situation de crise », permettant aux établissements ou aux supports des GHT en coordination avec les autres établissements, de constituer un stock stratégique à mobiliser en cas de crise (médicaments, EPI, équipements biomédicaux...)

Combiner financement à l'activité et financement par dotation relative à des objectifs de santé publique et prévoir une dotation complémentaire spécifique aux DOM (MIG DOM).

Le PLFSS 2024 prévoit que les établissements de santé seront financés selon les trois compartiments :

- compartiment « Financement à l'activité »
- compartiment « Dotation relatives à des objectifs de santé publique » ;
- compartiment « Dotation relatives à des missions spécifiques.

En effet, il est nécessaire de prévoir une dotation complémentaire « Mission d'Intérêt Général » à inclure dans le compartiment « Dotation relatives à des objectifs de santé publique » qui serait spécifique aux DR

(MIG DROM) : retard de prise en charge, double insularité, éloignement de certaines surspécialités, prévalence de certaines maladies chroniques (obésité, diabète, Hypertension Artérielle), niveau de vie moyen.

Et cette MIG-DROM doit aussi tenir compte de l'existence indispensable d'activités structurellement déficitaires du fait du caractère insulaire et exigu des territoires. Il est prévu que ce nouveau modèle de financement du PLFSS 2024 vois son application à compter du 1er janvier 2025. L'année 2024 sera mise à profit pour finaliser les travaux techniques nécessaires à l'entrée en vigueur pleine et entière de la réforme en accompagnant les différentes parties prenantes (principalement ARS et établissements de santé, dans l'appropriation du modèle de financement et de ses conséquences.

Nous proposons d'associer les Fédérations Hospitalières Régionales à ces travaux. A la suite de ces travaux prévus en 2024, il s'agira de prévoir un « accompagnement contractualisé » sur objectifs et dégressif, permettant progressivement de sortir des systèmes d'aides et de ramener ces établissements aux standards attendus de tout établissement de santé, tout en intégrant les spécificités ultra-marines. Cet accompagnement serait calculé annuellement par établissement en fonction de leur situation initiale objectivée, d'objectifs co-arrêtés et ferait l'objet d'une contractualisation avec les ARS.

Par ailleurs, certaines activités coûteuses qui ne peuvent pas s'équilibrer par le paiement à l'activité compte tenu de l'exiguïté de certains territoires auraient aussi vocation à être financées à travers des MIG. Ces activités seront fléchées par ce groupe de travail.

THÈME 4

Le renfort du dialogue
avec les élus au sein
des A.R.S.

THÈME 4 : RENFORT DU DIALOGUE AVEC LES ELUS AU SEIN DE L'ARS

Renforcer le dialogue territorial avec les élus avec 3 vice présidences au Conseil d'Administration de l'ARS assurées par :

- le président du Conseil Régional ou son représentant
- le président du Conseil Départemental ou son représentant
- le président de l'association des maires ou son représentant.

En période d'état d'urgence sanitaire déclaré, il se réunit effectivement au moins une fois par mois pour se tenir informé de l'évolution de la situation et des décisions prises par la direction de l'agence.

Redonner aux ARS les moyens pour exercer leurs missions et renforcer leur capacité d'accompagnement de projet.



THÈME 5

La coopération entre
les EPS de la
Guadeloupe et la
coopération avec la
Caraïbes.

THÈME 5 : LA COOPERATION ENTRE LES EPS DE LA GUADELOUPE ET LA COOPERATION AVEC LA CARAÏBES

5 - A : Coopération au sein des EPS au niveau de l'archipel Guadeloupéen

Développement et financement des primes d'exercice territorial pour toute intervention dans les établissements des G.H.T.
Faciliter la création de postes médicaux territoriaux pouvant être des postes d'internes et de PH.

Prévoir un budget "mobilité" financé par une enveloppe régionale incluant la prime versée au praticien et les frais de déplacement de ce dernier. Une attention doit être portée aux EPS des Îles du Nord et de Marie Galante. En plus des coûts de déplacement, de la prime d'exercice territorial, il y a l'hébergement à prévoir. Une enveloppe financière doit être prévue à cet effet gérée au niveau régional par un service ou prestataire rattaché à l'A.R.S facilitant ces déplacements.

5 - B : Coopération avec la Martinique et la Guyane

Le dispositif à prévoir pourrait être le même proposé pour la mobilité au sein du GHT: un service dédié à cette mobilité rattachée à l'A.R.S.

5 - C : Coopération avec la Caraïbes (INTEREG/CARES)

Un budget est prévu à cet effet avec un financement Européen. Les besoins ont été identifiés. Se pose le problème du préfinancement ; et le fait que le financement couvre 80 % des frais de missions. Connaissant la situation financière des hôpitaux, c'est un véritable frein avec le risque de non utilisation de ces financements et de dégageant d'office.

Toute la logistique pour faire fonctionner cette coopération est complexe: préfinancement, organisation du déplacement d'une équipe afin d'assurer une mission, transport d'équipement (échographe portable) avec des règles douanières, hébergement, contact avec les équipes de la Caraïbes, organisation du séjour, lieu des consultations avancées, etc.

La solution pourrait être de déterminer un organisme rattaché à l'ARS qui coordonne le tout: réseau de santé, association, la fédération?

Le projet CARES (Coopération, Accessibilité aux soins, Référencement des établissements, E-Santé et Systèmes d'information) à la volonté de développer une offre caribéenne de santé, permettant de valoriser et de renforcer les structures existantes en Guadeloupe, en Martinique et à Saint-Martin, participant ainsi à réduire les inégalités sanitaires dans la région.



THÈME 5 : LA COOPERATION ENTRE LES EPS DE LA GUADELOUPE ET LA COOPERATION AVEC LA CARAÏBES

Le programme, dont l'échéance est fixée au 31 décembre 2022, bénéficie d'un financement européen (FEDER) qui couvre 75% des dépenses des projets de coopération. Cinq établissements publics de santé de Guadeloupe et de Martinique participent à ce programme, chacun disposant d'un budget propre. Ces projets de coopération avec les pays de l'Organisation des Etats de la Caraïbe Orientale couvrent un champ relativement large de pathologies et de disciplines médicales (Imagerie nucléaire, Cardiologie, Anatomopathologie, Gériatrie, Drépanocytose, et.).

Par ailleurs, dans le cadre de ce programme européen de coopération régionale, le CHUG et le CHUM travaillent à la structuration du parcours de soins des patients caribéens (International Care Pathway).

En dépit des difficultés inhérentes à la crise sanitaire COVID 19, les établissements publics affichent une ferme volonté de poursuivre les projets engagés. Ils sont toutefois freinés dans leurs initiatives par des obstacles qu'ils ne peuvent pas toujours lever.

Le préfinancement est la principale difficulté à laquelle les établissements sont confrontés. Les règles européennes de financement exigent que le porteur de projet apporte la preuve du paiement de la dépense pour se faire rembourser.

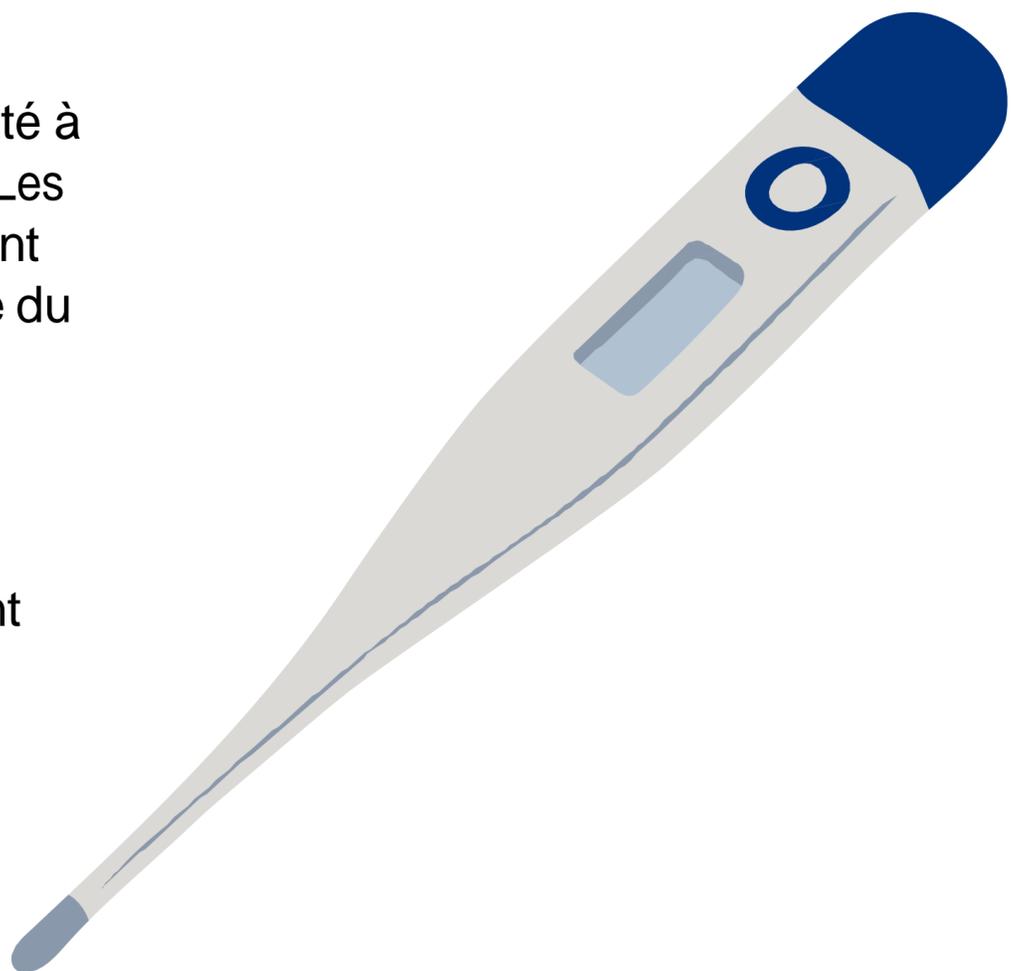
Or, les difficultés financières des établissements font qu'ils sont très souvent dans l'incapacité de payer les factures, voire même d'engager les dépenses.

Les règles de l'achat public semblent peu adaptées à des projets de coopération qui nécessitent promptitude et réactivité. Ainsi, des médecins du CHUG, porteurs de projet, regrettent l'incapacité de l'établissement à leur fournir les équipements nécessaires.

La question de l'avance de frais par les équipes projet lors de leurs déplacements dans la Caraïbe est aussi un frein à l'avancement des projets de coopération.

Quelles solutions ? Plusieurs pistes sont envisageables :

- Réduire la part d'autofinancement des établissements, aujourd'hui fixé à 25%,
- Déterminer pour chaque projet un montant d'avance de fonds européens pour aider au démarrage et à l'avancement des projets.
- Confier, au besoin, à un organisme qui agirait sous contrôle de l'A.R.S, Chef de file du programme, les opérations de dépenses et de logistique des projets.



THÈME 6

La situation singulière
des îles du Nord.

THÈME 6 : PLACE SINGULIERE DES ILES DU NORD

Les Îles du Nord sont situées à plus de 260 km de la Guadeloupe, leurs isolements géographiques, leurs particularités administratives, culturelles et ethniques en font des territoires qui se distinguent très sensiblement de la Guadeloupe, tout en même temps qu'elles constituent deux territoires aux réalités très différentes l'une de l'autre.

Les territoires français de Saint Martin et Saint Barthélemy ont été détachés du département de la Guadeloupe en 2007 et bénéficient chacun du statut autonome de Collectivité d'Outre-Mer.

L'Île de Saint Martin, partagée entre un côté français et un côté hollandais, dispose d'une population multinationale, multi-ethnique et multiculturelle.

L'île connaît une très forte immigration avec beaucoup de flux de population étrangère souvent hors UE, en situation irrégulière ou indéterminée.

Les îles de Saint Martin et de Saint Barthélemy ont une économie exclusivement basée sur le Tourisme, la première accueillant un tourisme « de masse », la seconde une clientèle socio-économique supérieure autour du tourisme de luxe.

Cette mono-économie conjuguée à la double insularité a des répercussions très importantes sur le coût de la vie, tous les produits étant importés, et sur le prix des loyers, excessivement élevés notamment à Saint Barthélemy où les prix des loyers atteignent des montants incompatibles avec les salaires hospitaliers.

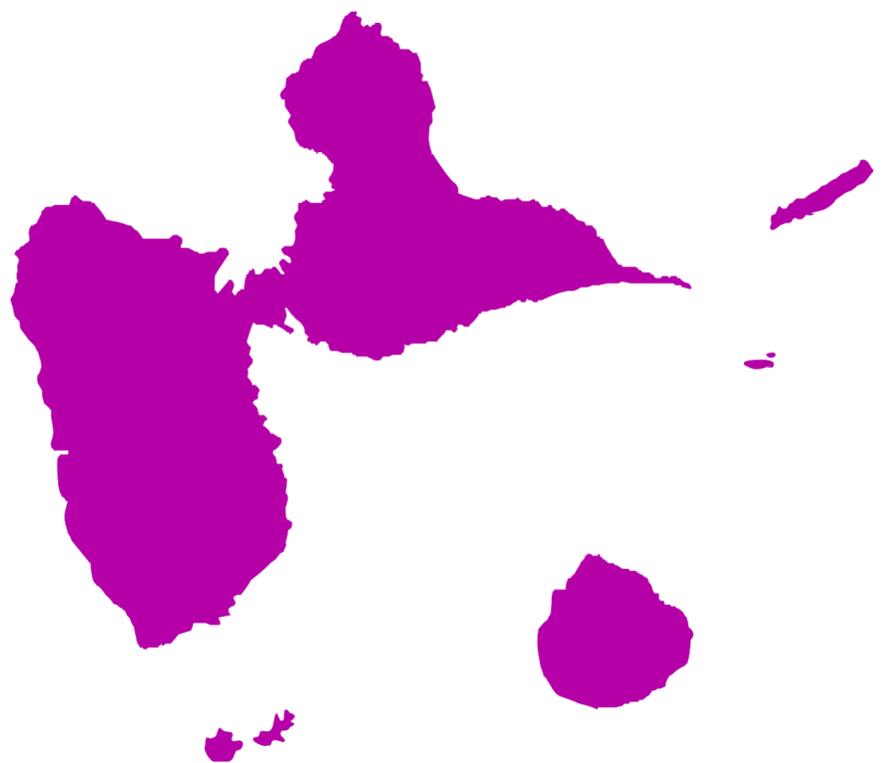
Les établissements de santé des îles du Nord constitués en GHT doivent faire face à des enjeux uniques.

En effet, ces établissements sont soumis à une double, voire une triple insularité par rapport à la métropole et à la Guadeloupe. Seuls recours hospitaliers pour la population de ces îles isolées, malgré leurs tailles modestes, ils doivent pouvoir répondre en urgence et en premier recours à l'ensemble des problématiques de santé rencontrées par les populations de ces deux territoires.

6 - A : Attractivité :

L'attractivité demeure un problème récurrent lié à plusieurs facteurs :

- Le recrutement local pour tous les métiers hyper-spécialisés est quasiment impossible. Les jeunes désirant poursuivre leurs études ont l'obligation de s'éloigner de leur territoire d'origine, soit en Guadeloupe, soit en métropole, dès la fin du second cycle. Cet exil est toujours difficile pour des raisons économiques et/ou affectives (par exemple n'est implanté qu'un seul médecin originaire de Saint-Martin à l'Hôpital Louis Constant Fleming)



THÈME 6 : PLACE SINGULIERE DES ILES DU NORD

- L'économie des Iles du Nord est exclusivement basée sur une seule ressource : le tourisme. De fait, ce choix a des répercussions importantes sur le coût de la vie sur ces territoires. Les conditions matérielles, culturelles et socio-économiques de ces îles rendent difficile l'installation à long terme des professionnels (logements très chers, et difficile à trouver dans la mesure où les propriétaires privilégient les baux saisonniers, tout particulièrement à Saint Barthélemy où un studio est loué à la semaine dans une situation de déséquilibre privilégiant l'offre (ex. prix de la location mensuel d'un studio entre à 2300€ et 2800€) - scolarité des enfants limitée au secondaire, ressources culturelles très limitées – pas de musées – pas de cinéma ..., marché de l'emploi pour les conjoints
- L'impact du passage du cyclone IRMA a conduit au départ de très nombreux professionnels de santé parmi les plus qualifiés (1/3 de l'effectif du CHLCF). Des effectifs pérennes ne sont toujours pas remplacés de façon pérenne.
- En ce qui concerne l'attractivité médicale, en raison de la sur-spécialisation de la pratique médicale, les praticiens recherchent des plateaux techniques leur permettant d'exercer et de se perfectionner dans leur art en toute sécurité. Les établissements de petites tailles, de surcroit très isolés, rencontrent d'énormes difficultés pour attirer des praticiens de qualité et décidés à participer à des projets s'inscrivant dans la durée.

6 - B : Propositions :

En sus des mesures proposées en 1-A :
A Saint-Martin, porter à 53% - comme à la Réunion la sur-rémunération de l'ensemble des fonctionnaires, contractuels et praticiens hospitaliers titulaires ou contractuels.

Pour Saint Barthélemy, afin de faire face aux difficultés de logement, porter cette sur-rémunération à 108% comme à Saint Pierre et Miquelon ou en Polynésie ou instaurer une indemnité de logement destinée à compenser le coût des loyers.

6 - C : Continuité Territoriale :

Les établissements des îles du Nord, distantes de plus de 260 km de la Guadeloupe, sont très isolés par rapport à leur CHU de rattachement. Les SMUR de Saint-Martin et de Saint Barthélemy sont rattachés à la régulation du SAMU de Guadeloupe.

Compte-tenu de leurs tailles, les Centres Hospitaliers des Îles du Nord ne disposent pas de certaines compétences et ont recours aux EPS de Guadeloupe et de Martinique dans de nombreux cas.

On dénombre environ 200 évacuations sanitaires annuelles sur les CHUs pour St Martin et autant pour St Barth vers St Martin ou vers les CHUs.

Les moyens hélicoptérés basés en Guadeloupe ne peuvent répondre à la demande des Iles du Nord. En effet, ces moyens ne seraient plus disponibles pendant six à huit heures, dégarnissant ainsi la Guadeloupe de ses moyens d'urgence.

THÈME 6 : PLACE SINGULIERE DES ILES DU NORD

Or, ces établissements ne disposent pas de lits de réanimation et les évacuations sont soumises à des restrictions horaires de décollage et d'atterrissage des avions (impossible la nuit tant à Pointe-à-Pitre qu'à Saint-Martin Espérance ou Saint-Barthélemy de Haenen).

Ces circonstances particulières peuvent entraîner **un important retard de prise en charge et une réelle perte de chance pour les patients de ces îles.**

Il est important de noter que ces territoires sont soumis à une saison cyclonique de juin à novembre et qu'en cas d'événements importants (ou majeurs comme IRMA en 2017), ils sont coupés de toutes liaisons vers le CHU pendant plusieurs jours.

Pour toutes ces raisons, les établissements des Îles du Nord doivent pouvoir de garantir à leur population une prise en charge répondant aux mêmes exigences que celles requises sur le territoire métropolitain, en termes d'accès aux soins et d'égalité des chances, en disposant de moyens aériens capables d'intervenir à tout moment – jour et nuit.

Proposition :

Doter les Îles du Nord de moyens hélicoptés basés sur place et capables d'évacuer en urgence jour et nuit les patients dont l'état de santé nécessite un recours urgent à un plateau technique spécialisé.

6 - D : Soins Critiques :

Constat :

Au-delà des situations d'urgence déjà évoquées, l'absence totale de soins critiques sur les îles du Nord a été particulièrement exacerbée pendant la vague Delta du COVID 19. Alors que les réanimations de Guadeloupe étaient saturées et que plus aucune EVASAN n'a été possible pendant plusieurs jours.

De plus, cette carence conduit à limiter les actes chirurgicaux possibles sur place et induit un nombre important d'ÉVASAN évitables.

Proposition :

Autoriser la création de 5 lits de soins critiques au Centre Hospitaliers Louis Constant Fleming à SAINT MARTIN

6 - E : Finances :

Constat :

La réponse aux besoins de la population de ces îles éloignées induit le maintien ou la création de services de santé de base qui rapportés au nombre d'habitants de ces îles ne permettent pas un équilibre financier par le biais de la T2A.

Il existe ainsi 5 sources de financements distinctes pour les établissements assurant des missions d'urgence et médicales, ceci rendant la lisibilité des crédits et leur évolution, extrêmement complexe dans un contexte où l'établissement change constamment, doit se maintenir aux normes sanitaires comme partout ailleurs.

THÈME 6 : PLACE SINGULIERE DES ILES DU NORD

Par exemple, la mise en place d'une unité de production des cytotoxiques permettant aux patients dont l'état de santé nécessite un recours à la chimiothérapie se traduit par un déficit annuel prévisionnel de 400 000 €.

Or, jusqu'à sa mise en place, les patients devaient se rendre en Guadeloupe pour recevoir leur traitement, et avec un important taux de renoncement aux soins compte tenu des difficultés consécutives à ces déplacements itératifs. Il faut pourtant noter que la création de ce service a conduit à d'importantes économies :

- Transfert aériens –
- Hospitalisations en Guadeloupe, notamment en urgence absolue, faute de soins, par essence extrêmement coûteuses (réanimations, soins continus)

Or les gains d'efficience permis par ce projet pour la Caisse Générale de Sécurité Sociale s'est réalisé sans transfert de crédit équivalent pérenne vers l'établissement.

De la même manière, pour une population d'environ 10 000 habitants, il est indispensable de maintenir une antenne du SAU ouverte 24H/24 et un SMUR terrestre et EVASAN à Saint Barthélemy un plateau d'accueil médico-technique lourd partiellement externalisé (laboratoire, Scanner, IRM), ainsi que quelques lits d'hospitalisations. Les coûts des soins urgents SAU/UHCD, psychiatrie, SMUR hélicoptérés peuvent représenter des coûts 50 % à 300 % plus chers.

		Coût journalier	
		Etablissement 2018	Médiane nationale cat CH2 2017
Base			
	M(HC)*	967,05 €	889,56 €
	M (HDJ)	936,15 €	1 139,99 €
	UHCD	1 531,66 €	553,72 €
	SAU (Passage)	363,68 €	234,85 €
	C (HC)	1 297,90 €	1 051,79 €
	C(HDJ)	1 804,35 €	1 471,13 €
	O indifférenciée	1 716,98 €	950,04 €
	PSY H24 Adultes	1 061,99 €	440,76 €
	Smur Terrestre (demi-heures)	778,45 €	854,99 €
	Smur Hélicoptéré (mn)	162,74 €	83,58 €

* yc soins néonatal, surveillance continue, uhcd

Coûts comparés national / CH Saint-Martin- source : Retraitement comptable 2018)

THÈME 6 : PLACE SINGULIERE DES ILES DU NORD

En collaboration avec le CHU de Pointe-à-Pitre et les établissements de Guadeloupe, l'établissement organise de très nombreuses consultations avancées en faisant venir des médecins de ces établissements, dans les Îles du Nord.

Ce fonctionnement évite de nombreux déplacements de patients vers la Guadeloupe dans toutes les spécialités non disponibles sur les îles, mais ces consultations projetées ont un coût non négligeable en transport et en hébergement des médecins qui se déplacent.

Ce coût reste à la charge des établissements des Îles du Nord sans que la recette de consultation en tarif public classique de spécialité ne vienne le compenser.

Les établissements des îles du Nord fonctionnent en direction commune et sont constitués en GHT.

La gestion de ces établissements situés sur des îles géographiquement distincte nécessite des déplacements des coûts logistiques de gestion : déplacements fréquents, en avion ou en bateau pour l'équipe spécialisée soignante, technique et administrative apportant support et expertise.

Pour améliorer l'efficacité de ces petits établissements, il est nécessaire que de nombreux cadres techniques et administratifs se déplacent régulièrement sur les sites afin de renforcer les équipes, harmoniser et fiabiliser les procédures.

Propositions :

Organiser les transferts de crédits de la CGSS vers les établissements chaque fois que des activités nouvelles et coûteuses sont mises en place, notamment lorsqu'elles permettent des économies sur les transports, sur la base des coûts réels constatés, c'est-à-dire au travers du Retraitement Comptable (RTC) annuel.

Systematiser et pérenniser la compensation des déficits des activités non équilibrées mais indispensable aux besoins de la population au moyen des Contrats d'Objectifs et de Moyens.

Etendre la prime de direction commune à l'encadrement et augmenter son montant pour tenir compte des contraintes et sujétions particulières, liées à des déplacements fréquents et entraînant une absence longue du lieu d'affectation habituel.

EVASANs et Dette Sociale :

Constat :

L'Article R.322-10 du CSS stipule que les transports sanitaires par la voie aérienne (sur vols réguliers) sont pris en charge par l'assurance Maladie.

Or, au motif que ces EVASANs ne sont pas faites sur des avions de ligne, le coût des EVASANs a été entièrement et indument supportés par les établissements LC FLEMING et I DE BRUYN jusqu'en 2021 et sont évalués à environ 2,5 millions d'euros annuels. Ce coût représente 5% de budget.

THÈME 6 : PLACE SINGULIERE DES ILES DU NORD

Dans un récent rapport d'observation de la Chambre Régionale des Comptes – reçu le 7 octobre 2021 dans l'établissement – celle-ci relève la charge portée indument par l'établissement et recommande
« d'Entreprendre toute démarche en vue de faire financer les EVASAN, y compris l'antériorité, par la CGSS ».

Déjà, l'avis 2015-0051 du 17 juin 2015 de la même chambre relevait dans son chapitre sur les contraintes particulières pesant sur le CH :
« ...que l'aéroport de Saint Martin ne permet pas une évacuation par avion de ligne régulière... »
et dans son chapitre sur les mesures d'accompagnement relevant de la responsabilité de la CGSS : « adapter les modalités de prise en charge par l'assurance-maladie de certains des transports EVASAN à la situation exceptionnelle de Saint-Martin... ».

Ainsi le coût cumulé des EVASAN sur les 10 dernières années représente environ 25 M€. Parallèlement, compte-tenu de leurs situations dégradées, en grande partie par le poids de cette charge, les établissements Louis Constant Fleming et de Bruyn ont accumulé une importante dette sociale vis-à-vis de la CGSS de Guadeloupe.

Depuis plusieurs mois, au prix d'importants efforts les établissements ont recommencé à payer régulièrement la totalité des charges salariales et patronales, mais demeurent dans l'incapacité de prévoir un plan d'apurement de l'antériorité.

Proposition :

Effacer la dette des établissements auprès de la CGSS au motif que ceux-ci ont indument supporté la charge des EVASANS sans aucune compensation ni prise en charge.

THÈME 7

Place de l'hôpital dans
le cadre du
vieillissement de la
population.

THÈME 7 : RENFORCER L'OFFRE HOSPITALIÈRE POUR FAIRE FACE AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

L'enjeu du vieillissement de la population et de la prise en charge de la personne âgée se pose fortement sur le territoire guadeloupéen. En effet, la démographie guadeloupéenne est marquée par un faible dynamisme et par un vieillissement de sa population.

Ainsi, alors que le taux de natalité du territoire est quasiment identique à la moyenne nationale (seulement 1 % supérieur), le vieillissement de la population s'est accéléré entre 2010 et 2015 avec une part des plus de 75 ans qui a augmenté de + 1,1 % par an en Guadeloupe contre + 0,8 % par an en métropole.

Leur part serait ainsi plus élevée en Guadeloupe que dans l'Hexagone, respectivement 34 % et 29 %, et la région deviendrait la troisième région des plus âgées de France.

Pour répondre à cette demande croissante, l'offre de soins en gériatrie est organisée par de multiples acteurs sur le territoire.



Etablissements de santé, EHPAD et USLD en GUADELOUPE 2020

M.C. JOSEPH PTA du GIPRASPEG
DR L. RINALDO PTA/CHUG 2020

Figure 2 : Cartographie de l'offre de soins en gériatrie en 2020 sur le territoire de la Guadeloupe

THÈME 7 : RENFORCER L'OFFRE HOSPITALIÈRE POUR FAIRE FACE AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

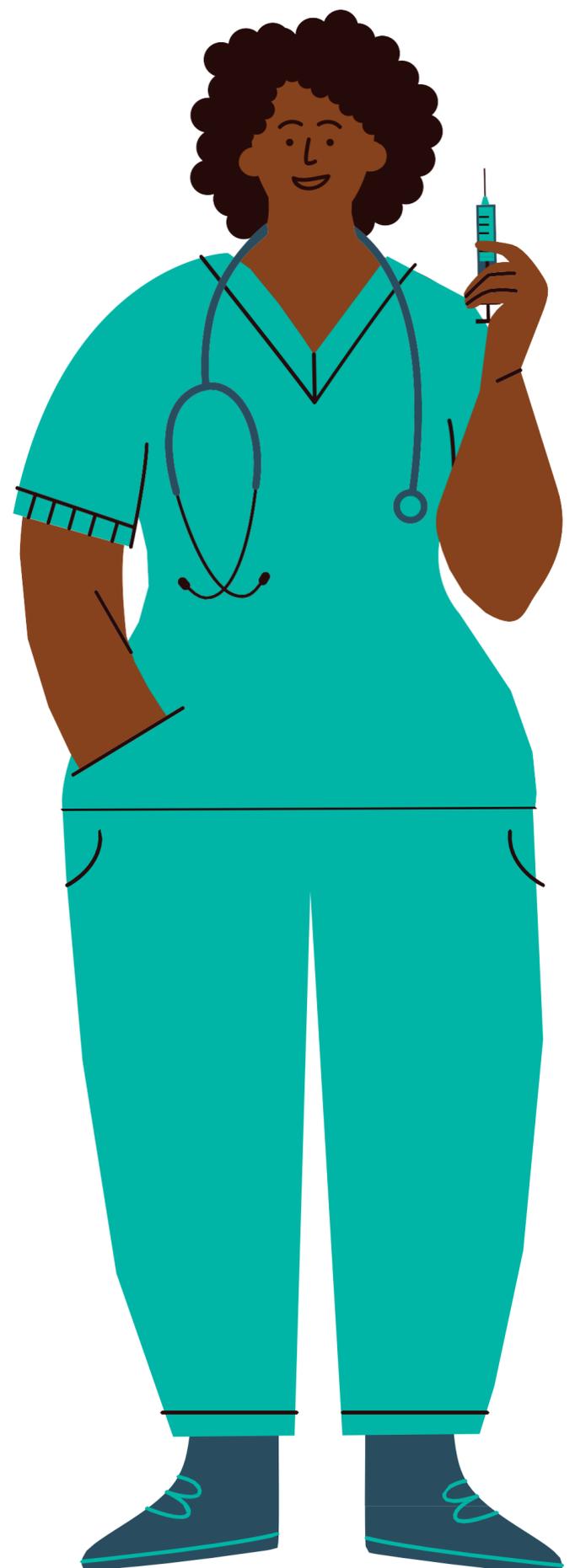
La filière gériatrique a pour vocation, selon la circulaire de mars 2007, de « permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique ».

Elle organise ainsi les dispositifs de soins dans le but de couvrir « l'intégralité des parcours possibles du patient âgé prenant en compte le caractère évolutif et non toujours prévisible de ses besoins de santé ».

Afin d'adresser ces enjeux transversaux, la filière a élaboré un plan d'actions ciblé pour les 5 années à venir dans le cadre du PMP.

- CH Saint Martin : 3 lits dédiés gériatrie aigue dans le service de médecine + équipe mobile de gériatrie + 2 lits identifiés de soins palliatifs + HJ gériatrique.
- CH de Saint Barth : projet de 2 lits de Court Séjour Gériatrique + 2 lits identifiés de soins palliatifs.
- CHBT : création d'une Unité de Gériatrie Aigue (UGA) de 10 lits à minima (étendue par la suite à 20 lits).
- Centre gérontologique Jacques Salin : création d'une unité de soins palliatifs gériatriques et d'une unité de SSR gériatrique ainsi que 10 places d'UCC.

- CH Louis Daniel Beauperthuy : augmentation des lits à 40 dont 12 lits d'UCC (Unité Cognitivo-Comportementale).
- CH Capesterre Belle Eau : évolution vers un hôpital de proximité (pérennisation des 10 lits polyvalents et UHCD ouverts dans le cadre de la crise sanitaire et 10 places métaboliques).



THÈME 8

Psychiatrie et santé
mentale.

A – CONSTATS :

L'Établissement Public de Santé Mentale de Guadeloupe est né de la fusion du Centre Hospitalier de Montéran et des Pôles Psychiatrie Adultes et Infanto – Juvénile du Centre Hospitalier Universitaire de Guadeloupe en 2018. Ces deux pôles sont localisés dans l'enceinte de l'actuel CHUG avec un fonctionnement totalement imbriqué avec leur établissement d'origine.

L'EPSMG dispose d'une autorisation pour 199 lits (dont 194 lits pour adultes et 5 lits pour enfants) et de 231 places (dont 121 pour les secteurs de psychiatrie générale, 61 pour les secteurs infanto-juvéniles et 49 pour les dispositifs intersectoriels).

1/ Moyens insuffisants et inégalités de répartition sur le territoire

Les moyens, insuffisants au regard des indicateurs nationaux, sont inégalement répartis sur le territoire :

- Pour la psychiatrie générale, l'indice partiel (Lits / 1 000 habitants) est de 0,34/1 000 en Grande – Terre alors qu'il est de 0,68 / 1 000 en Basse – Terre. Pour mémoire, l'indice moyen hexagonal est de 1 / 1 000.
- Pour la psychiatrie infanto – juvénile, les seuls lits d'infanto – juvéniles sont installés en Basse – Terre et représentent 0,1 / 1 000 habitants de moins de 16 ans alors qu'au niveau national l'indice est de 0,2 / 1 000.

Même si ces écarts tendent à se réduire entre la Guadeloupe et le national en tenant compte de l'ensemble des équipements publics et privés, la répartition de ces équipements est toujours inégale entre la Grande – Terre et la Basse – Terre au profit de cette dernière alors même que le bassin de population en Grande – Terre est le plus dense.

En 2022, les unités d'hospitalisation du site Grande - Terre ont connu un taux d'occupation de 110% avec une utilisation des chambres d'isolement comme chambre « classique », voir le maintien en isolement de patients qui ne le nécessitaient plus faute de lits « classiques » disponibles en nombre suffisant. En conséquence une cinquantaine de patients a dû être transféré en isolement vers le site de Saint Claude les éloignant significativement de leur bassin de vie.

Ces trois unités sont des unités fermées qui accueillent des patients en soins librement consentis en contradiction avec la réglementation. Des réflexions sont en cours pour « ouvrir » en partie ces unités mais toutes les réflexions conduisent à une réduction des lits installés ce qui n'est pas envisageable en l'état.

Aux déséquilibres liés aux infrastructures s'ajoutent ceux qui découlent de l'absence de structures d'appui (la défaillance des mandataires judiciaires notamment), et au manque de structures d'aval (lits de répit, structures médico – sociales spécialisées) qui transforment certains patients accueillis en Grande – Terre en « bed-blockers » c'est – à dire en patients qui occupent des lits alors que leur état de santé ne le justifie plus, diminuant d'autant les capacités d'hospitalisation.

Ces contraintes architecturales participent à la stigmatisation des soins psychiatriques et retarde la prise en soin, enjeu essentiel dans le pronostic des troubles psychiques. Les mauvaises conditions d'accueil sont aussi un frein à la réhospitalisations des patients en cas de rechute avec comme conséquence un recours trop fréquent à l'hospitalisation sous contrainte. En 2021, ce sont 1 000 patients qui ont été admis sous contrainte en hospitalisation en Guadeloupe.

2/ La santé mentale en population générale, la psychiatrie à l'EPSM

34% des guadeloupéens adultes présentent des troubles psychiques (enquête SMPG), mais fortes inégalités sociales

Les niveaux de revenus faibles (51% pour les revenus inférieurs à 534€)

Les jeunes (44% chez les 18-29 ans)

Les personnes isolées (39% chez les célibataires)

Les niveaux scolaires bas (38% pour les niveaux primaires) Les chômeurs (36,5%)

Les femmes (35%)

Ces troubles sont stigmatisés, ce qui entraîne un retard important d'accès aux soins et un recours excessif aux soins sans consentement.

11.161 personnes prises en charges par les services de l'EPSM en 2021 dont 1106 hospitalisées MAIS

62% des séjours correspondent à des soins sans consentement

57% des journées (33,5 en France), 72% des patients (208/100.000 hab; 124 en France)

Le taux global des journées en isolement est de 11% (4,10% en moyenne au niveau national).

Durée moyenne : 16 jours et 24% des hospitalisés ont subi des contentions.

Urgences psychiatriques insatisfaisantes : Régulation départementale des urgences psychiatriques non assurée ; au CHU couverture somatique incomplète, déficit des lits d'aval, avec des patients trop souvent en rupture de soins à domicile, trop souvent en attente et en contention aux urgences.

3/ Déficit en moyens humains

Démographie médicale pénurique : 13/100.000 psychiatrique contre 23/100.000 national. Déficit particulier de Praticiens Hospitaliers titulaires ; dépendance à des intérimaires ou contractuels à durée limitée (donc ruptures pour les patients, méconnaissance des acteurs locaux, de la langue, la culture, etc)

Pas d'orthophoniste en pédopsychiatrie pas d'ergothérapeutes

B – PRECONISATIONS :

1/ Relocalisation du site de Grande Terre à proximité du nouveau CHUG :

Cette relocalisation ne peut s'entendre qu'à proximité immédiate du nouveau CHUG. En effet, la cogestion des urgences psychiatriques ne pourra se concevoir que si les deux établissements se trouvent dans une proximité géographique. Proximité, qui permettrait à l'EPSMG de disposer d'un accès privilégié aux plateaux techniques du CHUG et à ce dernier de bénéficier d'une offre de psychiatrie de liaison de l'infanto – juvénile à la psychiatrie adulte. Cette organisation serait gage de qualité et d'efficience quant à la réponse apportée aux besoins de santé des usagers du territoire de Guadeloupe. Enfin, la présence de l'EPSMG au sein du nouveau pôle santé de Grande – Terre contribuerait à offrir aux patients un véritable parcours de soins coordonné qui limiterait les ruptures de prise en charge et participerait significativement à la déstigmatisation de la psychiatrie en Guadeloupe. De plus, l'intégration de l'EPSMG au CAMPUS SANTE faciliterait l'accès aux formations pour les professionnels de l'établissement et serait de nature à favoriser l'émergence de projets de recherches en santé mentale.

Pour sa nouvelle implantation sur le site de Perrin, l'EPSMG souhaiterait disposer d'environ 4 hectares afin d'y installer les 3 secteurs de psychiatrie adultes avec l'USIP, le service de psychiatrie infanto – juvénile, le CAMSP, le CRA, un espace de consultation somatique avancée qui permettrait aux professionnels du CHUG de venir vers les patients de la psychiatrie. Le cahier des charges de ce nouvel espace est en cours de finalisation sous couvert du Projet Médical afin de permettre un recours à une procédure de conception / réalisation (utilisée dans le cadre de la construction du Pôle Parent Enfant du CHUG) permettant de circonscrire les délais du projet à 24 mois de sa conception à sa livraison. Ce projet est estimé à environ 40 millions d'euros dont un tiers peut – être supporté par l'établissement.

2/ Adapter et développer les équipements et renforcer le maillage territorial :

Equipements nécessaires à l'ensemble des populations, dans les locaux du nouveau CHU ou à proximité immédiate :

- Unités de soins pour détenus ; UHSI et UHSA
- Unités de psychiatrie Générale de capacité adaptée aux besoins de la Grande-Terre (actuellement les patients sont « délocalisés » vers Saint-Claude)
- Unités de psychiatrie infanto-juvénile articulées avec la néonatalogie, la pédiatrie ; unité universitaire de pédopsychiatrie
- Unités d'addictologie (hôpital de jour), etc

Création d'un FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) pour personnes en situation de Handicap psychique et TSA (Troubles du Spectre de l'Autisme) pour les patients dépendants nécessitant un accueil au long cours. Par ailleurs, il faut noter les difficultés d'accès aux places en EHPAD, en nombre limité, et au prix de journée très élevé

L'existence d'une chaire de psychiatrie de l'adulte en Martinique doit être complétée par une chaire de psychiatrie infanto-juvénile en Guadeloupe. L'octroi de moyens nécessaires à leurs missions spécifiques doit être assuré.

3/ Développer les équipes mobiles

Déployer les 2 équipes mobiles pour adolescents prévues comme priorité du PTSM

Mettre en œuvre les équipes mobile de psychogériatrie

Développer la télémédecine

SYNTHÈSE (1)

Les problématiques rencontrées par les établissements des outre-mers sont à la fois les mêmes que celles qui pèsent sur l'ensemble du territoire français, mais aussi grevées par des spécificités : géographiques, démographiques, économiques, sanitaires, et globalement par des retards de développement.

Nos territoires connaissent des risques, des contraintes, des retards, dont la prise en compte est un devoir d'égalité républicaine.

Toute réflexion, toute négociation impose donc un volet outre-mer. Une solution pourrait être un dans le cadre du Plan de Convergence et de Transformation de la Guadeloupe, le rajout d'un volet sanitaire sur 5 à 10 ans ; ou la création d'un délégué interministériel voire d'un secrétaire d'Etat à la Santé outre-mer.

1) Mettre en place des mesures d'amélioration de l'attractivité et de la démographie médicale pour les territoires d'outremer singulièrement de la Guadeloupe et des îles du nord et favoriser la pérennisation des praticiens sur les postes en Outre-mer

Faciliter la mobilité outre-mer et la formation continue des praticiens

Temps partagé avec des établissements métropolitains

Prime d'engagement spécifiques aux territoires ultramarins

Prime spéciale de 40% pour tous les outre-mers

Mesures d'incitations fiscales à l'intention des praticiens outremer

Prise en compte de la pénibilité par le maintien de 30 jours de congés bonifiés

Prise en compte des surcoûts de l'hébergement des praticiens et soignants dans les îles du nord

Facilitation de l'activation de la procédure CTAE pour le recrutement de PADHUE

Augmenter le nombre d'interne de spécialité et le nombre de valences universitaires

Une faculté de médecine de plein exercice

2) Des mesures de rattrapage sanitaire, correction des inégalités et facilitation de la continuité territoriale

Rattrapage du ratio d'équipement en lits de soins critiques par l'augmentation de 20 lits en Guadeloupe et 5 lits pour les Iles du Nord

Rattrapage en terme d'installation d'équipements lourds et de télémédecine

Mise à disposition d'avion sanitaire pour assurer les transferts secondaires non urgents vers

SYNTHÈSE (2)

3) Des mesures financières pour faciliter la relance des investissements et un réajustement du financement aux besoins des populations

Financements adaptés aux réalités des établissements ultramarins, avec révision du coefficient correcteur géographique, accompagnement contractualisé sur objectifs afin de sortir de la spirale des aides répétées en trésorerie tenant compte des investissements mais aussi de l'endettement des EPS (proposition d'apurement des dettes)

Pour les activités coûteuses impossibles à équilibrer par la T2A en raison de l'exiguïté des territoires, nous proposons deux modalités:

- Le Financement par MIG ou FIR

Une dotation rétroactive des Forfaits pour activités isolées.

Financement des situations de crises : mise en place d'un MIG situation de crise

Financement "Mixte" pour certains EPS isolés (Marie Galante ; Îles du Nord, etc), avec T2A et dotation "socle"

Le PLFSS 2024 prévoit à côté du « Compartiment financement à l'Activité », un compartiment « Dotation relatives à des objectifs de santé publique ». C'est dans ce compartiment qu'il sera fondamental de prévoir cette MIG-DROM doit aussi tenir compte de l'existence indispensable d'activités structurellement déficitaires du fait du caractère insulaire et exigu des territoires

4) Le renfort du dialogue avec les élus au sein des ARS :

3 vice présidences pour les élus au Conseil d'Administration (CA) : Conseiller régional, départemental et maire) , réunion mensuelle du Conseil d'Administration en cas d'urgence sanitaire déclarée

5) La coopération entre les EPS de la Guadeloupe et la coopération avec la Caraïbes

Rendre plus efficaces cette coopération qui ne doit être supportée que par l'établissement d'accueil mais via une enveloppe régionale, car cela permet d'éviter des surcoûts de transferts ou déplacements à la CGSS.

Régler le problème du préfinancement qui doit être assuré par les EPS, et réduire la part du financement de ces EPS pour la coopération vers la Caraïbes via le projet CARES/INTERREG

6) La situation singulière des îles du Nord

Adapter la sur-rémunération des médecins à la réalité de terrain,
Mettre en place une sur-rémunération pour l'ensemble des personnels pour tenir compte du coût particulièrement élevé dans ces îles,
Systématiser et pérenniser la compensation des déficits des activités non équilibrées mais indispensable aux besoins de la population via une MIG et avec au moyen des Contrats d'Objectifs et de Moyens en corollaire, en y incluant les EVASAN et un budget remplacement

7) Place de l'hôpital dans le cadre du vieillissement de la population

Adapter sur 3 ans les moyens en lits pour l'accueil des personnes âgées (lits aigus, courts séjours gériatriques, SSR, palliatifs et en lits d'Unité Cognitivo-Comportemental)

8) Psychiatrie et santé mentale :

Relocalisation du site de Grande Terre à proximité du nouveau CHUG
Adapter et développer les équipements et renforcer le maillage territorial
Développer les équipes mobiles
Créer une chaire de psychiatrie infanto-juvénile en Guadeloupe.

BUREAU DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIERE DE LA GUADELOUPE

Président : Dr André ATALLAH ; atallah.andre@wanadoo.fr

Vice-Président : Dr Patrick PORTECOP ; patrick.portecop@chu-guadeloupe.fr

Délégué Régional : Eric GUYADER ; eric.guyader@chu-guadeloupe.fr

Délégué Régional-Adjoint : Elie REGENT ; elie.regent@chcbe-gpe.fr

Trésorier : Youri BANGOU ; youri.bangou@chgeront-gpe.fr

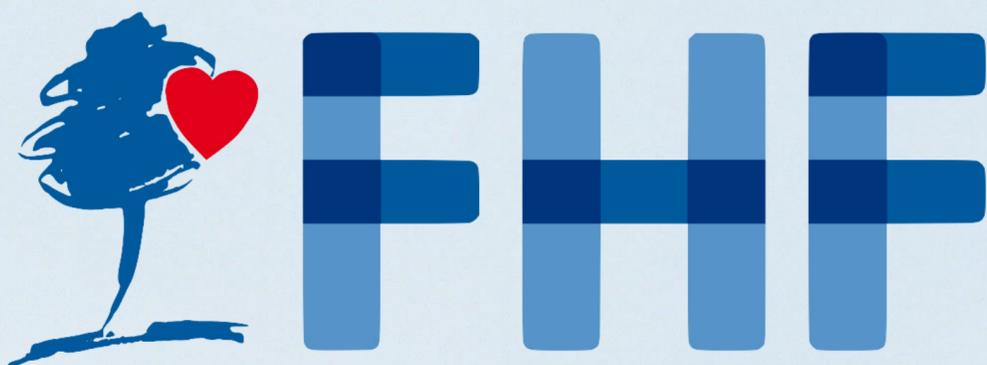
Trésorier-Adjoint : Virginie GOMEZ ; virginie.gomez@ch-labasseterre.fr

Membres :

Ida JIGHAI ; ida.jhigai@epsm-guadeloupe.fr

Camille ELISABETH ; celisabeth@villepointenoire.fr

Marie-Antoinette LAMPIS ; ma.lampis@chsaintmartin.fr



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

GUADELOUPE