

## **La création de véritables filières de soins intégrant le SSR et le médico-social**

L'avenir de nos régions sanitaires sera impacté par trois problèmes de santé publique majeurs qui sont les pathologies liées à la grande précarité de nos populations, le vieillissement pathologique dans un contexte de décohésion sociale et le handicap lié aux progrès dans la survie de maladies chroniques avec handicap séquentiel (75% des dépenses de santé)

Ces problèmes de santé publique font l'objet actuellement de travaux de recherches animées notamment par le réseau Handicap. Par exemple l'enquête handicap incapacité dépendance (HID) faite par l'INSEE en Martinique et en Guadeloupe permettra de mieux connaître la vie et les besoins des personnes handicapées dans la cité

En outre les prévisions démographiques en matière de population âgée font de la Martinique un des cinq premiers départements en 2030. Enfin l'OMS met l'accent sur l'impact sur la santé de la précarité et en a fait un des chantiers du millénaire. En Martinique 35 % de la population est considéré comme illettré (14 % en France) et comporte 2 fois plus de ménages pauvres avec un quart de la population active au chômage et 41 % de la population en âge de travailler souvent sans diplôme. Ces indicateurs sont le reflet de la situation socio-économique de l'île avec une incidence forte sur la santé de la population.

Notre organisation sanitaire doit donc faire face à des défis sanitaires à courbe exponentielle dans le temps liée aux maladies chroniques et/ou émergentes. Le service public doit donc diversifier ses modes de prise en charge en fonction des besoins de la population pour aboutir au retour du domicile de ces personnes. La logique organisationnelle est donc de réaliser des filières de soins coordonnées articulant le secteur sanitaire et médicosocial.

Les filières de soins actuelles sont le fruit d'une coopération hospitalière historique bâtie sur les relations professionnelles des acteurs de terrain et donc étroitement personne dépendante. Leur évolution est nécessaire dans le cadre de la loi HPST pouvant déboucher sur la création de communauté hospitalière de territoire ou de GCS.

Actuellement la filière de référence est celle de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (Ermancia) qui organise la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral du stroke center à l'emploi. Une organisation en réseau de soins toujours en cours de structuration sur le volet médico-social et qui sera décrite comme modèle dans cet exposé. Cette expérience de terrain entre autres permet de souligner les points forts et les points faibles l'organisation de la filière médico-sociale de cette pathologie traçante.

Notre organisation sanitaire est de type pyramidale avec au sommet la masse critique de 800 lits de MCO (considérée à tort comme la base de l'édifice par les décideurs). Une zone tampon de 600 lits pour répondre à près de 2800 patients /an (étude ARH sur plusieurs années). Enfin à la base un secteur médico-social qui est insuffisant, orienté sur les personnes âgées mais déshérité pour les personnes handicapées de moins de 65 ans.

Ce système est en surchauffe car 30 % des patients MCO relèvent du SSR avec dans les lits du SSR 30 % des patients qui relèvent du secteur médico-social. Pour tenir rendre plus fluide la circulation dans le système nous avons besoin du support des réseaux et des équipes mobiles pluridisciplinaires en interface ville hôpital.

Comment concevoir cette interface pour faire des familles le promoteur de l'hébergement médicosocial de première intention ? C'est tout l'objet de notre présentation!

**Patrick René-Corail**  
**Président de la CME**  
**CHU Fort de France**