

#### **4. Futuna, laissée pour compte ?**

Le sentiment est répandu à Futuna de ne pas être traité à égalité avec Wallis, notamment dans le domaine de la santé.

Si l'hôpital, en attente de rénovation, fournit un service de qualité en médecine générale et assure des déplacements à domicile en cas de nécessité, force est de constater un certain nombre de déséquilibres avec l'île sœur :

- les matériels fournis à l'hôpital sont souvent de seconde main, même si la tendance semble s'inverser ;
- les vacations de spécialistes sont moins nombreuses. Le cardiologue refuse ainsi de s'y rendre, créant un risque supplémentaire pour des patients réticents à effectuer le déplacement à Wallis. Les relations actuelles entre le Centre hospitalier territorial de Nouméa et l'Agence de santé ont pour conséquence une quasi-disparition des vacations à Futuna ;
- les évacuations ne sont pas possibles de nuit, la piste de l'aérodrome n'étant pas homologuée ;
- le logement n'est pas fourni à l'hôpital de Sia sur Wallis aux accompagnants des patients futuniens évacués. L'hôpital tolère leur présence, mais aucune structure dédiée n'a été mise en place. De même, aucun accompagnement social n'est formalisé. Or, une amélioration sur ces points aiderait à convaincre les familles de l'intérêt de se déplacer à Wallis ;
- le transfert systématique des Futuniennes à Wallis pour accouchement pour des raisons de sécurité peut poser des problèmes sociaux et familiaux. Il pose surtout la question, commune à de nombreux territoires ultramarins, de l'inscription des nouveaux nés à l'état-civil d'une autre île. Pratiquement plus aucun enfant ne naît ni n'est enregistré à Futuna, au grand dam des autorités, notamment coutumières, de l'île.

### **IV - GUYANE**

#### **A - LE CONTEXTE**

##### **1. Situation géographique**

La Guyane se situe au nord-est du continent sud-américain. Elle s'intègre dans le plateau des Guyanes qui s'étend du sud du Venezuela au nord-est du Brésil. D'une superficie de 83 534 km<sup>2</sup>, elle forme le plus vaste des départements français d'Outre-mer (16 % du territoire de l'Hexagone).

La Guyane est bordée au nord par l'océan Atlantique sur environ 320 kilomètres. À l'ouest se trouve le Surinam (520 kilomètres de frontière), au sud et à l'est le Brésil (580 kilomètres de frontière).

Le relief est peu marqué avec une zone de collines littorales et quelques points dépassant 600 mètres d'altitude dans le sud. Le département est recouvert à 94 % par la forêt amazonienne, sillonnée de rivières et de fleuves entrecoupés de rapides (le Maroni, la Mana, la Sinnamary, l'Approuague, l'Oyapock).

Le climat est de type équatorial humide. La position de la Guyane, proche de l'équateur avec une façade océanique, lui confère une grande stabilité climatique, avec des vents peu puissants, une faible amplitude des températures et un ensoleillement important. Les précipitations connaissent en revanche des variations annuelles conséquentes qui déterminent le rythme des saisons. L'humidité moyenne est élevée, comprise entre 80 et 90 %.

## 2. Population

La population guyanaise se caractérise par une pluralité culturelle liée à la diversité des origines. Elle se compose de personnes d'origines créole, amérindienne, antillaise, bushinenge (noirs marrons), métropolitaine, hmong, chinoise et d'immigrés.

La population était estimée par l'INSEE au 1<sup>er</sup> janvier 2007 à 209 000 habitants, la croissance annuelle se situant depuis le début des années 2000 à un rythme supérieur à celui de la décennie quatre-vingt-dix (3,7 % contre 3,5 %). La proportion de personnes étrangères est très importante, estimée à environ 65 000 personnes dont un tiers en situation irrégulière, peut-être plus avec les « invisibles » des placers clandestins d'orpaillage.

La répartition de cette population est très inégale. La densité moyenne n'est que de deux habitants au km<sup>2</sup> (248 en Guadeloupe, 339 en Martinique et 108 en métropole). Mais une grande partie du territoire n'est pas habitée, l'essentiel de la population étant concentrée sur le littoral et le long des grands fleuves frontaliers.

La pyramide des âges indique que les moins de vingt ans représentent 45,6 % des habitants contre un quart de la population pour la France entière. La tranche des soixante ans et plus est en revanche plus importante sur la France métropolitaine (20,3 %) qu'en Guyane (5,5 %). Les trois quarts des habitants ont moins de quarante ans. La proportion de femmes est de 50,5 % (51,7 % pour la France hexagonale). La taille des ménages continue de progresser, alors qu'elle baisse aux Antilles et en France entière. Les projections de l'INSEE (hypothèse du scénario central) prévoient une population toujours relativement jeune de 425 520 habitants à l'horizon 2030.

La très forte croissance de la population entre 1982 et 1999 (+ 115 %) a eu un impact très important sur le marché du travail. La population active en 2007 regroupait 62 207 personnes, pour 56 728 personnes dans la population inactive. Le chômage toucherait environ 17 % des actifs. Il convient cependant de signaler que l'INSEE estimait en 2002 que 10,8 % des emplois étaient non déclarés.

La population active occupée est composée de 87 % de salariés, le secteur tertiaire regroupant 83 % de ceux-ci. 44 % des salariés relèvent actuellement de la Fonction publique.

### **3. Statut et organisation**

La Guyane, à l'instar de la Martinique, de la Guadeloupe et de La Réunion, a été intégrée dans le cadre national de droit commun par la loi de départementalisation du 19 mars 1946, avec la possibilité de « *faire l'objet des mesures d'adaptation nécessitées par leur situation particulière* » (article 73 de la Constitution de 1958).

La loi du 2 mars 1982, « loi de décentralisation », a transformé la Guyane en une région française d'Outre-mer (ROM). Le territoire est donc une région monodépartementale, DOM-ROM ou DROM. Conseil général et Conseil régional exercent leurs compétences respectives sur le même espace géographique, avec un seul préfet.

Les institutions sont donc les mêmes que pour une région et un département métropolitains.

Le statut de Région ultrapériphérique de l'Europe (RUP) permet des dérogations au droit communautaire, notamment en matière fiscale avec le maintien de l'octroi de mer, et donne accès aux financements de la politique régionale européenne.

#### **B - L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET LES ENJEUX**

Face à l'accroissement démographique, la Guyane est confrontée à un véritable défi sanitaire. La branche « éducation, santé et action sociale » a un poids majeur dans l'économie guyanaise, représentant 23 % de la valeur ajoutée totale et se situant juste derrière les services marchands.

Du fait du statut de région monodépartementale du territoire, la Direction de la santé et du développement social (DSDS), service déconcentré de l'État, regroupe les compétences d'une DRASS et d'une DDASS métropolitaines.

#### **1. Les professionnels de santé**

Le nombre de médecins plafonne depuis 2005 alors qu'il avait presque doublé depuis 1990. En densité, le nombre de professionnels du secteur libéral apparaît très en retrait par rapport à l'Hexagone ou aux Antilles.

Les chiffres de la Caisse nationale d'assurance-maladie en 2006 pour la métropole et de la Caisse générale de Sécurité sociale en 2008 pour la Guyane, font apparaître une densité pour 100 000 habitants de :

- 5 médecins généralistes en Guyane contre 100 en France métropolitaine ;
- 20 médecins spécialistes en Guyane contre 88 en France métropolitaine ;

- 16 dentistes en Guyane contre 60 en France métropolitaine ;
- 62 infirmiers libéraux en Guyane contre 87 en France métropolitaine ;
- 21 kinésithérapeutes en Guyane contre 74 en France métropolitaine.

Encore faut-il préciser que 30 % des médecins généralistes et spécialistes ont entre 55 et 70 ans et qu'ils sont concentrés sur la bande littorale et notamment sur l'île de Cayenne.

Il est à noter que 39 officines pharmaceutiques sont ouvertes en Guyane ainsi que 4 Laboratoires d'analyses bio-médicales (LABM).

## **2. Les équipements sanitaires**

La Guyane dispose de six établissements de court séjour : le Centre hospitalier Andrée Rosemon (CHAR) de Cayenne, le Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) Franck Joly de Saint-Laurent du Maroni, le Centre médico-chirurgical de Kourou et trois cliniques privées situées à Cayenne. Ils disposent de 626 lits de court séjour. Les capacités d'accueil hospitalières pour les séjours de courte durée ont diminué entre 1990 et 2006, alors même que la population croissait de 78 %. Le taux d'équipement, mesuré par le nombre de lits pour 1 000 habitants, est en recul sur la période pour tous les types d'intervention, malgré une amélioration constatée en 2006 pour la médecine dans le secteur public. Pour exemple, la Corse dispose d'une offre de soins deux fois supérieure en volume à celle de la Guyane pour une population équivalente.

Le taux d'équipement pour la chirurgie et la médecine reste très inférieur à celui observé en métropole, mais l'écart est favorable à la Guyane en matière de gynécologie-obstétrique, en raison du fort taux de natalité. Le poids des accouchements représente en 2006 27,7 % des séjours hospitaliers (7,1 % en métropole).

Le nombre de lits de moyen séjour est très faible : 60, bientôt 90, à comparer à la Martinique qui dispose de 500 lits pour une population totale d'environ 450 000 habitants.

Le nombre de séjours dans les établissements était de 52 105 en 2008, dont 12 831 de moins de 48 heures et 28652 de 48 heures à un mois.

Le dispositif est complété par 21 centres délocalisés de prévention et de soins, qui correspondent aux anciens centres et postes de santé et constituent un service du CHAR.

Le CHAR est le seul établissement français de santé à être hôpital de référence de zone de défense sans avoir le statut de CHU.

Les établissements fonctionnent sur le principe de la Dotation globale de fonctionnement (DGF), le passage à la tarification à l'activité (T2A) étant prévu au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

### 3. Les pathologies rencontrées

Un observatoire de la santé existe en Guyane, mis en place et géré sous la responsabilité du Conseil régional.

Il convient avant tout de préciser qu'en 2007, l'espérance de vie à la naissance en Guyane est inférieure de quatre ans à celle de la métropole (79 ans pour les femmes, 72 ans pour les hommes).

Des pathologies chroniques se retrouvent en Guyane :

- diabète et obésité ;
- hypertension artérielle ;
- insuffisance rénale ;
- accidents vasculaires cérébraux.

Une surreprésentation des lésions traumatiques s'explique par l'importance des accidents de la circulation (plus de 1 000 victimes par an sur les trois dernières années), la forte proportion des suicides et tentatives de suicide et le nombre élevé de blessures par armes à feu et armes blanches.

La consommation importante de produits illicites et d'alcool aggravent les problèmes de santé des populations.

Le VIH est particulièrement présent, faisant de la Guyane le premier département français concerné, avec une file active de plus de 1 200 patients et un peu plus de 10 % de patients perdus de vue après diagnostic ou début de traitement. Un peu plus de 1 % des femmes enceintes sont touchées.

La dengue est présente dans la région, comme le paludisme, contenu entre deux et cinq décès par an ces dernières années, la leptospirose, la tuberculose (environ 50 cas par an, mais la maladie fait sans doute l'objet d'une sous-déclaration), la drépanocytose et la lèpre (le Brésil est le deuxième foyer mondial, après l'Inde).

L'existence de 50 à 100 cas par an de la maladie de Chagas, transmise par une punaise et provoquant fièvres, œdèmes et cardiopathies, interdit tout prélèvement de sang en Guyane et impose de ce fait un approvisionnement extérieur, entraînant surcoût et risque de carence.

Les fièvres suspectes constituent le premier motif de consultation aux urgences des établissements.

Les indicateurs de mortalité font apparaître un certain nombre de spécificités :

- la mortalité infantile connaît une baisse continue depuis les années 1970 mais le taux reste élevé, à 10,5 ‰ naissances en 2007 contre 4,0 ‰ en France métropolitaine ;

- le taux de mortalité périnatale, prenant en compte les morts nés et les décès à moins de sept jours pour 1.000 naissances, est certes passé de 29,8 en 1987 à 17,7 en 2007, mais demeure important par rapport à la métropole où il est passé dans le même temps de 9,9 à moins de 7. Le réseau périnatalité estime que 40 % des femmes enceintes suivent moins de trois consultations durant leur grossesse ;
- le taux de mortalité maternelle (décès pour 100 000 naissances) était de 64,6 en Guyane pour 9,5 en métropole pour la période 1987-1990, passant à 79,3 pour la période 1993-1997, donc en augmentation;
- le taux de mortalité, de 3,6 décès pour 1.000 habitants en 2007 contre 8,6 en métropole, peut sembler faible du fait du petit nombre relatif de personnes âgées, mais la comparaison à âge équivalent montre en fait une surmortalité importante par rapport à la France métropolitaine ;
- le taux de surmortalité prématurée, calculé en comptabilisant les décès avant 65 ans pour 100 000 habitants, est pour la période 2001-2003 en moyenne annuelle, en Guyane de 431,9 pour les hommes (288,8 en métropole) et de 216,9 pour les femmes (126,2 en métropole). Les maladies de l'appareil respiratoire, les tumeurs, les traumatismes occupent les premiers rangs des causes de ces décès prématurés, comme en métropole. S'y ajoutent les décès par maladies infectieuses et parasitaires, ces pathologies étant particulièrement prégnantes dans le département.

Environ 30 000 ménages en Guyane ne disposent pas d'eau potable en 2009, dans une région où le volume d'eau disponible par habitant est l'un des plus élevés du monde, ce qui n'est pas sans incidence sur l'état de santé des populations. Les installations fournissant des eaux médiocres, voire de très mauvaise qualité, par faute de maintenance efficace des installations de pompage, sont légions dans les sites isolés. Certaines pathologies y sont directement ou indirectement liées sur les fleuves : typhoïdes, gastro-entérites, diarrhées infectieuses entraînant des retards de développement et scolaires chez les enfants.

Les activités d'orpaillage, comme la présence dans les sols de mercure d'origine naturelle, sont responsables de rejets importants de mercure dans les fleuves, en particulier dans le Maroni. Ces rejets, concentrés chez certains poissons constituant l'une des bases de l'alimentation, voire la principale source de protéines des populations amérindiennes, provoquent un degré important d'exposition des habitants avec un dépassement des valeurs recommandées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les effets peuvent être des malformations et des retards psychomoteurs de l'enfant.

La toxico-vigilance n'est pas traitée en Guyane.

#### 4. Les dépenses de santé

Les prestations versées au titre de la branche assurance maladie ont connu depuis 1996 une croissance moyenne annuelle forte de 7,7 %. Les dépenses de soins représentent 80 % du total des prestations de la branche, avec une population prise en charge en augmentation de 3 % par an.

Les dépenses de santé s'établissent en 2007 à 337,3 millions d'euros, auxquels il convient d'ajouter le coût de la CMU complémentaire (19,9 millions d'euros, + 14 %) et l'Aide médicale État (AME, 27,7 millions d'euros) qui permet aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des soins médicaux et du forfait hospitalier s'ils résident en France depuis plus de trois mois. 45,2 millions d'euros ont enfin été dépensés au titre des « soins urgents » dispensés aux personnes ne pouvant prétendre à l'AME. Ces « soins urgents », correspondant en principe à une situation de santé engageant un pronostic vital, sont largement accordés par les médecins qui refusent de se situer en censeurs de l'accès aux soins.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, plus 66 000 personnes, soient environ 27 % de la population, bénéficient de la Couverture maladie universelle. Plus de 18 000 profitent de l'AME, en augmentation de 4 500 ces trois dernières années. Souvent, des Français, faute de papiers présentés aux établissements de santé, sont dans le doute inscrits à l'AME. 12 000 personnes touchent le RMI.

La Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS) a dépensé 3,6 millions d'euros pour des Évacuations sanitaires (EVASAN) vers la Martinique et la métropole. Un tiers des motivations d'EVASAN étaient liées à des cancers, un second tiers à des affections cardio-vasculaires.

#### 5. Les plans et projets développés

Le plan « Hôpital 2012 » concernant les communes de Cayenne, Saint-Laurent du Maroni et Kourou prévoit notamment :

- l'extension du bâtiment médecine chirurgie obstétrique du Centre hospitalier Andrée-Rosemon de Cayenne afin d'augmenter les capacités d'accueil de 160 lits supplémentaires ;
- la construction d'un hôpital à Saint-Laurent du Maroni pour faire face au doublement prévu de la population dans les dix ans ;
- le passage du nombre de scanners de un à quatre, l'un financé dans le cadre du plan Cancer pour la Guyane ;

Le Plan régional de santé publique 2006-2009 a fixé trois axes transversaux (éducation à la santé, observation sanitaire et sociale, alerte et gestion des situations d'urgence sanitaire) et neuf priorités hiérarchisées (périnatalité, maladies infectieuses à prévention vaccinale, maladies infectieuses et parasitaires, pathologies liées au VIH, lutte contre le cancer, conduites addictives, santé mentale, santé environnementale, accès à la prévention et aux soins).

Le développement de la prévention est également une nécessité dans un contexte d'épidémie de dengue et de cas de paludisme. Un décret de 2007 autorise d'ores et déjà les infirmiers et agents de santé travaillant dans les postes de santé reculés à réaliser des tests de diagnostic rapide.

Le pôle de compétitivité « Santé tropicale » a été labellisé en 2007. Adossé au pôle de compétitivité mondiale « Lyonbiopôle » et bénéficiant de la présence de l'Institut Pasteur et d'autres organismes de recherche, il doit permettre de développer des réalisations dans les domaines de la formation, de la recherche et de l'installation de laboratoires privés. Les sujets d'études envisagés portent par exemple sur le suivi des épidémies avec les télé-technologies, la recherche de nouvelles molécules et la médecine vétérinaire.

## C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME

### 1. Un développement de la médecine curative

Au vu des conditions particulièrement difficiles d'exercice et de l'éloignement de certains sites, la médecine curative a connu une amélioration reconnue et des réussites certaines.

La constitution d'une zone sanitaire Antilles-Guyane permet de réunir des conférences de zone et de rechercher une harmonisation des pratiques, par exemple sur la mise en place de la nouvelle gouvernance dans les établissements et sur les salaires de recrutement des professionnels de santé afin d'éviter la concurrence intra-zone.

Les principales spécialités médicales sont présentes en Guyane. Sont notamment performants les services de néonatalogie, de pédiatrie, de gynécologie-obstétrique, d'imagerie, ainsi que les laboratoires et l'anatomopathologie. Six salles sont disponibles au bloc opératoire du CHAR. La chirurgie viscérale et orthopédique, l'ORL, l'ophtalmologie, l'odontologie (et bientôt la pédo-odontologie, surtout pour accueillir les enfants handicapés que les libéraux refusent de prendre par manque de temps) existent également.

Des services de psychiatrie adulte et pédopsychiatrie ont été développés à Cayenne. Ils seront ouverts en 2009 à Saint-Laurent du Maroni.

Un centre d'investigation et d'épidémiologie clinique existe au sein du CHAR de Cayenne.

Les centres délocalisés de prévention et de soins assurent un maillage minimal du territoire. Ils répondent à l'objectif de donner un accès aux soins dans les régions de Guyane où la prise en charge médicale ne peut s'exercer autrement du fait de l'absence de structures hospitalières et de médecine de ville. Ils représentent la seule porte d'entrée au système de soins pour les populations dispersées, souvent isolées géographiquement et constituant environ 20 % des résidents guyanais. Il existe actuellement neuf centres de santé bénéficiant d'une présence médicale permanente et douze postes de santé satellites où exerce un infirmier ou un agent de santé sous la responsabilité du centre de santé référent.



Le développement de la télémédecine en partenariat avec le Centre national d'études spatiales (CNES), avec onze centres équipés parmi les plus éloignés, permet à distance (Cayenne, voire ensuite Fort-de-France par l'intermédiaire du CHAR) de poser des diagnostics, d'interpréter des électrocardiogrammes et des échographies, de valider les approches en ORL, pédiatrie, dermatologie, parasitologie, envenimation, toxicologie..., l'ensemble réduisant d'autant le nombre des transferts sanitaires vers Cayenne ou Fort-de-France.

Le système d'intervention d'urgence fonctionne bien grâce au SAMU et aux services départementaux d'incendie et de secours (17 000 interventions en 2008).

## **2. Un système de surveillance épidémiologique performant**

La surveillance porte évidemment sur la dengue et le paludisme. Mais elle concerne également la grippe, les diarrhées et gastro-entérites, les toux suspectes et la tuberculose, les fièvres à éruption... Les fichiers sont agrégés chaque semaine afin de pouvoir déclencher une alerte éventuelle.

Une convention signée entre l'Institut national de veille sanitaire (INVS) et l'Institut Pasteur permet le développement du schéma directeur des systèmes d'information (notamment en vue de simplifier les remontées de données des médecins et des centres de santé) et la mise en place du « système dengue » et offre la possibilité d'une collaboration méthodologique.

Une unité de l'Institut Pasteur est spécialisée sur les arboviroses, une autre sur la chimiorésistance paludéenne.

Le Conseil général gère les équipes de Lutte anti-vectorielle (LAV). La prévention est cependant très peu pratiquée par les populations malgré la communication menée sur ce thème.

Si les contacts existent avec le Brésil et le Surinam, ils restent peu concluants, les priorités étant parfois différentes. Ainsi le Surinam s'attache-t-il à la surveillance du paludisme, mais pas de la dengue.

## **D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE**

### **1. Un déficit avéré sur les équipements**

La couverture sanitaire du département est malaisée à réaliser du fait de son étendue, des difficultés de communication, d'une population relativement peu nombreuse et de son inégale répartition sur le territoire. Tous ces facteurs n'ont pas favorisé jusqu'à présent l'installation d'un plateau technique très diversifié.

L'afflux constant de populations étrangères déséquilibre en outre le fonctionnement de structures sanitaires comme les hôpitaux publics et les centres de santé.

D'autre part, les difficultés de recrutement sont réelles dans les hôpitaux. Ainsi, un déficit de neurologues se fait jour, les cardiologues sont peu nombreux, un seul endocrinologue est en poste ainsi que deux diabétologues malgré la prégnance de ces pathologies. Ceci limite de fait l'offre proposée : il n'y a ni exploration cardiologique, ni cardiologie interventionnelle, ni neurochirurgie. La médecine nucléaire fait l'objet d'une autorisation mais n'est pas en service, faute de moyens suffisants, en particulier en personnels compétents.

Dans le même ordre d'idées, il convient de souligner l'absence totale de diététiciens. On note également qu'aucun lit de grand brûlé n'a encore été créé.

L'hôpital de Cayenne supporte des contraintes très spécifiques, telles la gestion des centres de santé et les évacuations sanitaires internes et externes, alors même que ses difficultés de fonctionnement ont imposé la mise en œuvre d'un contrat de retour à l'équilibre.

Les cliniques privées ont certes réalisé des investissements conséquents pour développer des activités nouvelles et améliorer la sécurité sanitaire, et le secteur se présente comme une alternative crédible au CHAR, mais la démarche ne peut prendre tout son sens sans une concentration des moyens dont ces établissements disposent.

Le nombre de lits installés pour mille habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2006 est en médecine de 1,57, dont 30 % dans le privé (2,10 en métropole), en chirurgie de 0,89, dont 48 % dans le privé (1,65 en métropole), en soins de suite de 0,20 (1,58 en métropole), en psychiatrie (lits et places) de 0,79 (1,63 en métropole), en soins de longue durée de 0,39 (1,70 en métropole). Seule la gynécologie-obstétrique échappe au constat avec un taux de 0,65, dont 35 % dans le privé (0,38 en métropole).

Cinq problèmes majeurs se cumulent au final :

- l'insuffisance des lits d'aigus ;
- le déficit en lits de moyen séjour ;
- l'insuffisance de l'offre de soins et de prévention dans les centres délocalisés de prévention et de soins, qui mériteraient pour la plupart d'être rénovés ;
- le faible nombre de places d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- la quasi-inexistence de places pour handicapés.

## **2. Une densité de professionnels de santé insuffisante**

La concentration du secteur libéral dans les villes du littoral et la faiblesse d'effectif de toutes les professions médicales et paramédicales ne permettent pas d'apporter les compétences suffisantes à l'ensemble de la population.

La Guyane est d'ailleurs entièrement classée zone déficitaire en médecins libéraux. La densité régionale moyenne en médecins généralistes, médecins spécialistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes et dentistes est inférieure à la densité nationale moyenne.

De plus, hormis cinq communes sur vingt-deux, le territoire est classé zone rurale. Toutes les autres communes se trouvent donc à plus de vingt minutes d'un service d'urgence et possèdent une densité inférieure à trois médecins généralistes par tranche de 5 000 habitants.

La Mission régionale de santé (MRS) de la Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS) de Guyane a certes proposé dès 2006 trois orientations visant à pallier le déficit en médecins libéraux :

- une politique d'incitation à l'installation des professionnels de santé libéraux (déjà mis en place : majoration de 20 % sur les honoraires, majoration de 20 % supplémentaire en cas d'exercice en cabinet de groupe, contrat de bonnes pratiques offrant un complément de rémunération aux médecins remplaçant un confrère). Cependant, l'objectif de mise à disposition de locaux dédiés à la santé et de logements personnels s'est heurté à l'absence de coopération des collectivités locales ; cependant, le Conseil général a très récemment proposé sa collaboration ;
- l'organisation de consultations pour les populations isolées par des spécialistes en mission ou grâce à un dispositif de télé-médecine. Les deux appels à projets publiés sont restés infructueux ;
- une politique de recrutement ; prévoyant des indemnités de logement et de déplacement pour les étudiants de troisième cycle de médecine générale effectuant leurs stages dans des zones où est constaté un déficit en matière d'offre de soins et une indemnité d'étude et de projet professionnel à tout étudiant en médecine, à partir de la première année du troisième cycle, s'il s'engage à exercer comme médecin généraliste au moins cinq années. Les collectivités territoriales sollicitées n'ont pas transmis de propositions.

Les hôpitaux ont obtenu le droit de recruter des médecins étrangers hors Union européenne, qui ne peuvent exercer qu'en Guyane. Ceci répond à certaines carences, mais les obstacles liés aux compétences, aux pratiques et à la maîtrise de la langue sont nombreux.

### **3. La faible structuration des actions de prévention**

Le dispositif de prévention, largement déficient, a été revisité ces dernières années au travers du Plan régional de santé publique (PRSP) et de la mise en place de la Conférence régionale de santé et du Groupement régional de santé publique (GRSP).

Le PRSP, prenant en compte l'insuffisance des politiques de prévention menées jusqu'alors, regroupe un certain nombre d'objectifs fédérateurs propres à la Guyane : réduction de la mortalité périnatale, du risque infectieux, renforcement du programme VIH-SIDA, intégration des problématiques environnementales (mercure) et maintien indispensable d'un programme d'accès aux soins pour les personnes les plus démunies. Les trois objectifs transversaux retenus (développement de l'observation sanitaire et sociale, constitution d'un centre de ressources pour les actions de prévention, organisation de l'alerte et de la gestion des situations d'urgence) ont été formulés comme les axes fondateurs de la démarche. Il conviendra d'évaluer la réussite des actions menées dans ce cadre.

Le GRSP mutualise les financements de l'État et de la Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS), c'est-à-dire l'ensemble des crédits de prévention alloués au département-région, la dotation de crédits pour les actions de recentralisation, le programme de santé communautaire de la Croix-Rouge et la dotation du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) géré par la CNAMTS. Sont financées prioritairement les actions relatives à la périnatalité, au VIH-SIDA, aux activités recentralisées et à la santé communautaire en territoires isolés.

Certains dossiers sont particulièrement lourds, parmi lesquels :

- la vaccination : si la Guyane est exempte des principales maladies évitables par la vaccination prévues par le calendrier de l'Organisation mondiale de la santé (poliomyélite, diphtérie, rougeole, fièvre jaune, tétanos néonatal), l'insuffisance globale de la couverture vaccinale la rend particulièrement fragile à la réintroduction de ces pathologies, notamment à partir des pays voisins (fièvre jaune sylvestre, rougeole et diphtérie au Brésil). Un Programme élargi de vaccination (PEV) a été mis en place ;
- la Lutte anti-vectorielle (LAV) : elle est menée par des agents départementaux du Conseil général.

La Croix-Rouge française a repris depuis 2006 les activités recentralisées (maladies sexuellement transmissibles, tuberculose, vaccinations), à l'exception de la prise en charge de la lèpre qui est demeurée dans le giron du CHAR de Cayenne qui dispose d'un service de dermatologie universitaire de grande qualité.

La PMI est assurée par les services du Conseil général. Une délégation au CHAR est envisagée pour les sites isolés afin d'améliorer la lisibilité du système de soins (mise en place d'un guichet unique pour les vaccinations des moins et des plus de six ans notamment). Il est d'autre part plus difficile pour le Conseil général de recruter des personnels. De nombreuses grossesses ne sont pas suivies, entraînant un risque de pathologies graves.

#### **4. L'éloignement, inégalité fondamentale dans l'accès aux soins**

L'absence d'avion sanitaire dédié ou d'hélicoptère pour la sécurité civile, autant que l'isolement de certaines populations, pose un problème majeur en matière d'égalité d'accès aux soins.

Certaines communes sont particulièrement démunies en infrastructures.

Les délais d'intervention sont extrêmement longs.

Les systèmes de communication en cas d'alerte restent insuffisants.

### **V - MARTINIQUE**

#### **A - LE CONTEXTE**

##### **1. Situation géographique**

Île de l'archipel des Petites Antilles située à 6 858 kilomètres de la métropole et 400 kilomètres des côtes sud-américaines, entre l'île de la Dominique au nord et Sainte-Lucie au sud, la Martinique est une région monodépartementale de 1 128 km<sup>2</sup>. Son chef-lieu est Fort-de-France.

D'origine volcanique, le territoire se caractérise par un relief accidenté et diversifié. Sur sa moitié nord s'érigent quatre massifs d'où s'écoulent les principales rivières, tandis qu'au sud se trouvent des plaines peu étendues entrecoupées de massifs moyens.

La Martinique connaît un climat tropical humide avec deux zones distinctes, le Nord pluvieux et le Sud relativement sec et ensoleillé, les températures oscillant entre 20°C et 32°C. L'île est sujette aux dépressions tropicales et aux cyclones et se trouve soumise au risque sismique.

##### **2. Population**

Plus petit Département français d'Amérique (DFA) en termes de surface, la Martinique est pourtant le plus densément peuplé. Le dernier recensement complet effectué en 1999 a permis de relever 381 427 habitants avec une densité de 338 habitants au km<sup>2</sup>. L'estimation au 1<sup>er</sup> janvier 2007 fait état de 401 384 habitants, soient 356 habitants au km<sup>2</sup>, deuxième région française ayant la plus forte densité après l'Île de France (mais les zones de peuplement sont inégalement réparties et près de la moitié de la population réside dans quatre communes).

Le taux de croissance démographique annuel s'établit à 0,7 %, proche de celui de la France hexagonale (0,6 %) mais inférieur à ceux de la Guadeloupe (0,8 %) ou de la Guyane (3,8 %). Le solde migratoire est positif et la population étrangère progresse légèrement. Elle a été historiquement dix fois moins nombreuse qu'en Guadeloupe, où les entrées se font principalement par Saint-Martin ou directement d'Haïti et de Saint-Domingue, plus proches.