

#### **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.

L'évolution démographique se rapproche du mode occidental : moindre croissance, allongement de la durée de vie, taux de natalité relativement faible et vieillissement progressif. Le nombre de naissances diminue et l'indice conjoncturel de fécondité est inférieur au seuil de renouvellement des générations.

La population reste cependant jeune, l'âge moyen étant de 36,4 ans (39,5 ans en métropole). Les moins de vingt ans constituent 29,3 % de la population (la proportion va diminuant), les plus de soixante ans 17,4 % (20,7 % en métropole) (la proportion va augmentant et la Martinique est le DOM le plus âgé). Les femmes représentent 53 % du total, les immigrés 2 %.

Selon les projections de l'INSEE, la Martinique sera au cinquième rang des régions les plus âgées en 2030, avec 34 % de personnes de plus de soixante ans pour une population totale de 427 000 habitants.

Concernant l'emploi, le secteur tertiaire concentre la majorité des actifs occupés. La population active est de 167 014 personnes et le taux de chômage s'élève à 21,0 % de cette population (25 % à 28 % estimés en fin d'année 2009 et donc en forte progression). La branche « éducation, santé et action sociale » occupe à elle seule 57 % du secteur tertiaire non marchand. 8 000 personnes travaillent dans le domaine de la santé. Le secteur primaire ne représente plus que 7 % des emplois.

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

La Martinique, à l'instar de la Guadeloupe, de la Guyane 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, dite « loi de décentralisation », a transformé la Martinique 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 électeurs ont opté par référendum le 7 décembre 2003 pour le maintien des deux collectivités superposées.

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

Le statut de région ultrapériphérique de l'Europe 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

Du fait du statut de région monodépartementale de l'île, 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

La Martinique comptait 4 364 professionnels de santé en 2005, en hausse de 4,4 % sur un an, les infirmiers formant l'essentiel du corps de métier (54 %) et les médecins généralistes et spécialistes en regroupant 22 %.

La densité des personnels de santé demeure inférieure à celle de la France hexagonale, sauf pour les sages-femmes et les infirmiers libéraux. Pour exemple, la région-département compte 85 médecins généralistes en activité pour 100 000 habitants (113 en métropole).

Les consultations externes dans le secteur hospitalier public sont nombreuses, afin de compenser le déficit en spécialistes libéraux.

### 2. Les équipements sanitaires

La Martinique compte treize établissements publics de santé, dont le Centre hospitalier universitaire Pierre Zobda-Quitman à Fort-de-France et le Centre hospitalier spécialisé (CHS) Colson, et deux cliniques privées. L'essentiel de l'offre de soins relève du secteur public (90 %).

Trois établissements pratiquent la MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) : le CHU et les hôpitaux du Lamentin et de Trinité. Huit établissements de proximité assurent des Soins de suite et de réadaptation.

Une structure d'hospitalisation à domicile et trois centres de dialyse complètent le dispositif.

La part dévolue à la gynécologie et à l'obstétrique diminue mais reste supérieure à celle de la métropole (13 % contre 9,7 %). À l'inverse, la part consacrée à la chirurgie est inférieure (32 % contre 40,5 %).

### 3. Les pathologies rencontrées

Un Observatoire de la santé existe en Martinique. Il a permis de constater aujourd'hui une nette amélioration de la santé des Martiniquais par rapport aux années 1960-1970 et les indicateurs sanitaires sont globalement satisfaisants, mais des problèmes de santé spécifiques demeurent.

Les trois premières causes de décès sont les mêmes qu'au plan national :

- maladies cardiovasculaires ;
- tumeurs ;
- traumatismes et empoisonnements.

La mortalité prématurée (décès se produisant avant 65 ans) est élevée, représentant en moyenne un décès sur quatre (un sur trois chez les hommes, un sur cinq chez les femmes). Quatre grandes causes sont à l'origine des deux tiers de ces décès : traumatismes, cancers, maladies cardiovasculaires, alcool.

La fréquence de l'hypertension artérielle est très élevée (22 % d'hypertendus en population générale adulte). Le cancer de la prostate représente un cancer masculin sur deux, le cancer du sein un cancer féminin sur quatre. L'insuffisance rénale est répandue.

Le diabète est très présent, touchant 8% à 10% de la population adulte, soit deux à trois fois la moyenne nationale. La surcharge pondérale progresse de façon inquiétante, concernant un adulte sur deux et un enfant sur quatre.

Les troubles mentaux (syndromes dépressifs, anxiété généralisée...) sont répandus (32 % des Martiniquais), même si la région est en moyenne moins touchée que les autres pour le suicide et les tentatives de suicide.

La région est la troisième de France avec la plus forte proportion de personnes dépendantes à l'alcool, mais le tabac a peu d'impact en termes sanitaires. L'usage de cannabis et de cocaïne est répandu et le crack, avec 2000 personnes concernées, constitue un danger sanitaire (co-morbidité) et social (délinquance et errance).

Autour de la naissance, certains indicateurs restent défavorables par rapport à la moyenne nationale :

- mortalités périnatale et infantile encore élevées ; le taux de mortalité globale est inférieur à celui de la métropole, 6,6 ‰ contre 8,6, le taux de mortalité infantile est lui supérieur, soit 5,9 contre 4,9 en métropole en 2005 ;
- taux de prématurité double de celui de la métropole (10 % à 12 % des naissances), qui résulte sans doute d'un mauvais suivi des grossesses lié à la précarité et qui a pour conséquence un taux de handicap élevé ;
- nombre d'IVG stable, entre 2 300 et 2 500 par an (deux fois le taux national), mais en augmentation de la part des mineures (8 % à 10 %).

#### **4. Les dépenses de santé**

Le PIB par habitant situe la Martinique au premier rang des DOM, mais au 23<sup>ème</sup> rang de l'ensemble des régions françaises. Il y a deux fois plus de ménages pauvres qu'au niveau national, avec une forte proportion d'allocataires de minima sociaux. Pour exemple, 32 000 bénéficiaires du RMI sont recensés pour 90 000 ayant-droits.

En 2005, la Martinique comptait 105 524 bénéficiaires de la CMU en progression annuelle de 5,5 %. Ils sont 111 000 au 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Les dépenses médicales remboursées s'établissent à un niveau comparable à celui de la métropole. Plus de la moitié des dépenses concernent des versements à des établissements de soins.

### **5. Les plans et projets développés**

Le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) constitue un outil de planification essentiel, fondé sur l'évaluation de l'offre et des besoins, et prévoit pour la période 2006-2011 les principales orientations suivantes :

- la mise en place d'une filière gériatrique ;
- l'ouverture de 120 lits en psychiatrie ;
- la création d'une filière périnatalité ;
- la mise en place de pôles spécialisés pour les urgences gériatriques et pour les urgences psychiatriques ;
- le développement des coopérations inter-établissements (pôle d'excellence cardiaque, chirurgie de la main, pôle de référence pour la drépanocytose et l'urologie) ;
- la promotion des activités de proximité (développement des urgences de proximité au Marin, pôle de référence à l'hôpital du Lorrain-Basse-Pointe sur la gériatrie, la nutrition, l'addictologie...).

Le Plan régional de santé publique décline quant à lui neuf axes prioritaires :

- la nutrition ;
- la prévention des cancers ;
- les addictions et conduites à risques ;
- la sexualité, le VIH-SIDA et les IST ;
- les personnes vulnérables (âgées, handicapées et en réinsertion sociale) ;
- la périnatalité, la petite enfance et la parentalité ;
- la prévention (avec la mise en œuvre du Schéma régional d'éducation pour la santé ou SREPS) ;
- les maladies rares (drépanocytose notamment) ;
- la santé environnementale.

C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME

**1. Une offre de soins satisfaisante**

Toutes les activités prévues réglementairement par le Code de la santé existent en Martinique, à l'exception de la greffe rénale exercée en Guadeloupe. Le taux de fuite est faible et les évacuations sanitaires concernent essentiellement les grands brûlés et certaines spécialités très pointues comme la greffe cardiaque.

Le maillage des établissements est bon et les différentes zones sont bien couvertes.

Le parc immobilier est modernisé ou en cours de modernisation et en bonne voie d'achèvement. Reste cependant à effectuer la mise aux normes sismiques.

Hormis les établissements neufs aux normes, la reconstruction du plateau technique du CHU et de l'hôpital de Trinité est financée dans le cadre du plan hôpital 2012. D'autres opérations de reconstructions sont en bonne voie.

Quatre des filières spécialisées pour les urgences prévues dans le SROS sont mises en place. Ceci concerne les urgences pédiatriques, gériatriques, psychiatriques et de la main.

Une centre d'investigation clinique Antilles-Guyane a été mis en place et travaille sur les maladies émergentes et génétiques.

La tarification à l'activité (T2A) semble avoir poussé à une amélioration des coopérations entre les établissements. Un travail de réorganisation des hôpitaux se fait jour, qui envisage une fusion du CHU et des hôpitaux du Lamentin et de Trinité, avec dans un premier temps fusion des directions, puis des hôpitaux eux-mêmes. La coopération devrait permettre l'organisation des principales disciplines en filières de soins et l'émergence de réseaux. Les directions des hôpitaux du nord Caraïbe ont fusionné et ceux du sud-centre sont en procédure de rapprochement.

Un projet médical de territoire devrait voir le jour en fin d'année 2009, afin de définir le partage des activités entre les équipes et les structures.

La psychiatrie a vu, à côté du CHS Colson, l'émergence de deux nouveaux acteurs : le CHU et une clinique privée, qui apportent en particulier une réponse en matière de troubles anxio-dépressifs et de géro-psycho-geriatrie. Depuis 2001 a été mise en œuvre une politique d'alternative à l'hospitalisation, avec un Centre médico-psychologique (CMP), des hôpitaux de jour, des places en accueil familial-psychologique et des foyers d'accueil médicalisés. Deux problèmes essentiels subsistent. D'une part, le nombre des Hospitalisations d'office (HO) est important. D'autre part, il n'existe pas jusqu'alors de lits pour les patients infanto-juvéniles, même si un projet de dix lits pour enfants et de huit lits pour adolescents doit voir le jour en 2010.

Des filières gériatriques sont prévues pour faire face au défi du vieillissement. Elles concernent à la fois les urgences, l'hospitalisation de jour, les consultations, les ateliers mémoire, le court séjour, les Soins de suite et de réadaptation, le long séjour avec les Unités de soins de longue durée (USLD), les soins palliatifs et la mise en place d'équipes mobiles gériatriques.

La coopération avec la Guyane et la Guadeloupe se développe notamment au travers de rencontres dans le cadre de la Fédération hospitalière des trois Départements Français d'Amérique (DFA) et permet un partage d'activités. La Martinique accueille des patients en chirurgie cardiaque, cancérologie, chirurgie infantile, urologie, exploration cardiaque.

## **2. Un partenariat volontaire des acteurs**

Le Groupement régional de santé publique (GRSP) fonctionne très bien. La Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS) s'y investit pleinement. Les trois communautés de communes y participent, comme l'Agence départementale de l'insertion.

Le travail mené avec le Rectorat sur la prévention et l'éducation à la santé se développe.

L'articulation entre l'Agence régionale de l'hospitalisation, la Direction de la santé et du développement social et le Conseil général donne entière satisfaction sur le sanitaire et le médico-social, en particulier dans le domaine de la psychiatrie. L'association des maires accompagne les politiques et communique sur la déstigmatisation de la maladie mentale.

Le Conseil régional participe à la Commission exécutive (COMEX) de l'ARH avec voix délibérative, puisqu'il finance certains projets.

La Caisse d'allocations familiales (CAF) est associée aux travaux du GRSP sans en être membre.

## **3. Une surveillance épidémiologique ad hoc**

La santé environnementale, avec la présence d'une antenne de l'Institut national de veille sanitaire et d'une Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE), fait l'objet d'un suivi permanent.

Le plan gouvernemental Chlordécone 2008-2010 a mené à la tenue d'un registre des cancers en Guadeloupe et au renforcement de celui de la Martinique, à la mise en place d'un registre des malformations congénitales et d'un réseau de toxico-vigilance, accompagnée d'une communication grand public approuvée par un comité scientifique.

La dengue et le paludisme font l'objet d'une surveillance accrue, comme la leptospirose.

D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE

**1. Une démographie médicale et paramédicale insuffisante**

Le déficit est d'environ 50 % pour les professions de santé, à l'exception notable des infirmiers libéraux et des sages-femmes. Neuf communes sur trente-quatre sont entièrement dépourvues de médecins.

Certains secteurs hospitaliers se trouvent en manque de spécialistes. Ainsi en est-il de la radiologie, de la pédiatrie et de la néonatalogie, de la cardiologie, de l'anesthésie (avec menaces sur l'utilisation optimale des blocs opératoires) et de la psychiatrie. Le service de pneumologie a dû fermer au CHU.

La situation n'est guère meilleure concernant les dentistes et les kinésithérapeutes.

Deux problèmes majeurs se cumulent : un déficit qualitatif de l'offre et la concentration géographique des praticiens sur certaines zones. Les règles d'emploi des médecins étrangers hors Union Européenne n'ont pas encore été assouplies.

Dans le domaine des soins de proximité, les insuffisances concernent à la fois l'offre de soins libérale, les soins infirmiers de ville, les centres de santé et les consultations externes. De plus, peu de médecins assurent la permanence des soins, ceci conduisant à une embolisation des services d'urgence. Les maisons de garde (une existe et deux sont en projet) et centres de santé pluridisciplinaires ne sont pas assez développés.

Il convient de souligner un déficit des formations médicales et paramédicales. Seuls existent les deux premières années de médecine (la troisième est programmée), une école de sages-femmes, un Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et une école de kinésithérapeutes.

Le peu de crédits et d'activités de recherche est également regrettable.

**2. Les lacunes des établissements**

L'équilibre financier des établissements s'est certes amélioré, mais semble se dégrader de nouveau. Les trois plus importantes structures présentent un déficit en 2007 de 6,7 millions d'euros pour le CHU (avec un report de charges de 13,8 millions d'euros sur 2008), de 2,4 millions d'euros pour l'hôpital du Lamentin, de 1,1 million d'euros pour l'hôpital de Trinité, soit plus de 10 millions de déficit cumulés pour des établissements assurant 90 % de l'offre de soins.

Des plans de redressement ont certes été mis en œuvre, mais le problème reste structurel. Il est lié au poids des créances irrécouvrables (en moyenne un million d'euros par an depuis dix ans pour les étrangers) qui nécessiteraient un abondement exceptionnel, comme sans doute à des difficultés d'organisation en raison des doublons existant. De plus, les sur-rémunérations (40 % pour les personnels non médicaux, 20 % pour les personnels médicaux) grèvent les



budgets. Les dotations versées sur l'activité réalisée sont majorées de 25 % par rapport à la métropole.

Les principaux hôpitaux ne sont pas organisés en filières de soins ni en communautés hospitalières de territoire. De nombreux doublons existent, les pertes de temps et retards de prise en charge sont fréquents. 42 % à 70 % de l'hospitalisation, selon les spécialités, passent par les urgences, alors même que 50 % de l'activité des urgences relèverait plutôt de la simple garde.

Enfin, en cas de catastrophe naturelle majeure, il n'est possible d'envisager aucune réponse au-delà de 186 urgences absolues (c'est-à-dire exigeant une solution dans les six heures), même avec l'appui des établissements de la Guadeloupe et de la Guyane, comme l'a montré le dernier exercice Richter de simulation d'un séisme. Dans ce cadre, la coopération avec les grands hôpitaux de la grande région antillaise (Cuba, Venezuela, Porto-Rico, Trinidad et Tobago, Barbades), voire de la Floride, n'avait pas été suffisamment réfléchie et intégrée et est aujourd'hui une piste de travail de la DSDS et du préfet de zone.

Plus largement, les partenariats avec les pays de la Caraïbe sont insuffisamment développés, concernant les missions et les consultations avancées par exemple, le financement pouvant se faire au travers du Fonds de coopération régionale (FCR).

Il faut également évoquer le manque de lits et places dans des structures médico-sociales, qu'il s'agisse des établissements pour personnes âgées ou pour handicapés, ce qui provoque une sur-hospitalisation. Quelques chiffres permettent de souligner le défi que représentera d'ici peu le vieillissement de la population : en dix ans, la population globale a crû de 11 %, les plus de 75 ans de 37 %, les plus de 85 ans 59 %. Un plan de développement du secteur mis en place par la DSDS, et en cours de finalisation avec les Conseils régional et général pour ce qui relève de leurs compétences, prévoit néanmoins l'ouverture dans les cinq ans de 1 000 lits et places pour personnes âgées et de 750 lits et places pour les personnes handicapées.

### **3. Une prévention insuffisante**

Les moyens consacrés à l'éducation, à la prévention et à la promotion de la santé sont trop faibles. Ainsi, concernant la lutte contre la dengue, le travail sur l'évolution des comportements individuels se révèle insuffisant et ne complète pas efficacement les opérations des services de lutte anti-vectorielle.

Les thématiques essentielles sont pourtant identifiées : alcool et addictions, éducation à la sexualité, nutrition et obésité, cancers, épidémies. Mais il manque la mise en place d'équipes pluridisciplinaires autour d'une véritable charte d'éducation à la santé, en collaboration avec l'ensemble des partenaires (membres du Groupement régional de santé publique, Éducation nationale, associations...).

Des efforts sont cependant consentis. La PMI est présente au travers de 34 centres situés dans les 34 communes du département. La mairie de Fort-de-France finance un bureau d'hygiène municipal. La Martinique dispose de 43 points officiels de vaccination.

La CAF participe à la Prestation d'accueil à la restauration scolaire (PARS) ainsi qu'à des projets d'éducation nutritionnelle. Une vingtaine de travailleurs sociaux, assistantes sociales ou conseillers en économie sociale, conseillent et accompagnent des familles précaires, aident à la gestion du budget des ménages et développent des travaux de groupe de resocialisation.

## **VI - GUADELOUPE**

### **A - LE CONTEXTE**

#### **1. Situation géographique**

Située dans l'espace caribéen à environ 7 000 kilomètres de la métropole, 140 kilomètres de la Martinique et 2 000 kilomètres des États-Unis, la Guadeloupe est une région monodépartementale de 1 702 km<sup>2</sup>.

L'archipel comprend deux îles principales séparées par un étroit bras de mer :

- la Grande-Terre, où se situe la capitale économique, Pointe-à-Pitre ;
- la Basse-Terre, où se trouve le chef-lieu du département, Basse-Terre.

Il compte également trois îles proches :

- Marie-Galante, 158 km<sup>2</sup>, au sud de la Grande-Terre ;
- La Désirade, 22 km<sup>2</sup>, à l'est de la Grande-Terre ;
- les Saintes, 14 km<sup>2</sup>, au sud de la Basse-Terre, composées des îles de Terre-de-Haut et de Terre-de-Bas.

La Basse-Terre et les Saintes sont issues de formations d'une chaîne volcanique récente alors que les autres îles sont d'origine corallienne. Le risque sismique est important comme dans le reste de la Caraïbe. Le climat est de type tropical tempéré par les alizés.

#### **2. Population**

La population guadeloupéenne s'établit selon le dernier bilan démographique de l'INSEE à 447 002 habitants en 2006, soit une hausse de 15,4 % depuis 1990. Le rythme de croissance annuel moyen se révèle de moitié inférieur à celui constaté dans les années quatre-vingts.

La Guadeloupe constitue un département jeune avec un âge moyen de trente-cinq ans, 31,6 % de moins de vingt ans et 84,5 % de moins de soixante ans, malgré une population de plus de soixante ans en croissance de 16,9 % depuis le recensement de 1999. Les femmes représentent 52,7 % du total.