



Institut des Droits  
de l'Homme de la Martinique

---

## **RAPPORT SANTE 2024**

---

# **REFLEXIONS ET PROPOSITIONS SUR LE SYSTEME DE SANTE EN MARTINIQUE**

51 rue Lazare Carnot  
TELEPHONE : 05 96 73 90 01

97200 FORT DE FRANCE  
[avocat@cabinet-auteville.com](mailto:avocat@cabinet-auteville.com)

---

N° SIREN : 505 037 853

Code APE : 9499Z

N° SIRET : 505 037 853 00015

**PERSONNES ET AUTORITES SOLLICITEES  
PENDANT LA PHASE D'AUDITION, D'ECOUTE  
ET DE REFLEXION, PREALABLE A LA REDACTION DU PRESENT RAPPORT**

- Monsieur Serge LETCHIMY : Président du Conseil Exécutif de la Collectivité Territoriale de Martinique
- Madame Anne BRUYANT-BRISSON : Directrice Générale de l'A.R.S.
- Monsieur Jérôme LEBRIERE : Directeur Général du C.H.U.M.
- Madame Chloé SAINT-VILLE : Directrice adjointe qualité C.H.U.M.
- Monsieur Jean-Philippe NILOR : Député de la Martinique
- Monsieur Marcelin NADEAU : Député de la Martinique
- Monsieur Johnny HAJJAR : Député de la Martinique
- Monsieur Jiovanny WILLIAM : Député de la Martinique
- Madame Catherine CONCONNE : Sénateur de la Martinique
- Monsieur Jean-Pierre JEAN-LOUIS : Secrétaire syndical FO Hospitalière
- Madame Magalie ZAMORD : Secrétaire syndicale CGT Hospitalière
- Monsieur Olivier VILLERONCE : Secrétaire syndical CDMT
- Monsieur Serge ARIBO : Secrétaire syndical UGTM
- Président du Conseil Régional de l'Ordre des médecins d'Antilles-Guyane
- L'Union Régionale des Médecins libéraux Martinique : Dr Anne CRIQUET-HAYOT
- Syndicat des Médecins de la Martinique : Dr Léonce LACURIEUX-LAFFERONNAY
- Docteur Nabil MANSOUR : Président de la Clinique SAINT-PAUL
- Professeur Georges JEAN-BAPTISTE : Praticien hospitalier
- Docteur Patrick RENE-CORAIL : Conseiller scientifique de l'Institut des Droits de l'Homme, en matière de santé
- Professeur Christian SAINTE-ROSE : Praticien hospitalier
- Professeur Jean-Luc FANON : Praticien hospitalier
- Docteur Ruddy VALENTINO : Praticien hospitalier
- Docteur Albert JEAN-CHARLES : Ophtalmologue
- Madame Emérante DEFOI : Présidente UNAASS-URAASS

Sur proposition de la **COMMISSION-SANTE de l'I.D.H.M.**,

Après avis du Docteur Patrick **RENE-CORAIL**, Conseiller scientifique  
du Président de l'Institut des Droits de l'Homme de la Martinique (I.D.H.M.),  
en matière de santé.

Le Conseil d'Administration de **l'INSTITUT DES DROITS DE  
L'HOMME DE LA MARTINIQUE (I.D.H.M.)**, en sa séance du jeudi 04  
avril 2024 , a adopté à l'unanimité, le présent rapport.

# **REFLEXIONS ET PROPOSITIONS SUR LE SYSTEME DE SANTE EN MARTINIQUE**

## **INTRODUCTION**

L'Institut des Droits de l'Homme de la Martinique (IDHM), se doit d'apporter sa contribution, à la réflexion sur les problèmes particulièrement aigus, relatifs aux Droits Fondamentaux de la personne humaine.

En Martinique, comme sur tout le territoire de l'Hexagone, le service public de la santé a été particulièrement secoué par la pandémie du covid 19.

Les hôpitaux qui se trouvaient déjà en difficulté financière et d'organisation, ont été submergés.

La crise fut profonde à l'hôpital, certains soignants ont refusé de se faire vacciner, l'ambiance de travail entre collègues a été très tendue, certains employés ont été en surmenage, des violences physiques, verbales et morales ont atteint un niveau inacceptable.

Un certain nombre de médecins ont démissionné, le fonctionnement du CHU a été considérablement altéré, et le secteur privé de santé n'avait pas la capacité de suppléer aux carences du service public.

De plus, le moins que l'on puisse dire, c'est que la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Martinique, peine à assurer correctement sa mission de service public, pour la prise en charge des soins, et ce, tant à l'égard des médecins, qu'à l'égard des assurés.

Le résultat s'est imposé avec force : En Martinique le droit fondamental à des soins de qualité dans un établissement public ou privé semble, désormais compromis.

C'est dans ce contexte que Monsieur le Bâtonnier Raymond AUTEVILLE, Président de L'Institut des Droits de l'Homme de la Martinique (IDHM), a confié, le 07 mars 2022, à la COMMISSION SANTE de L'IDHM, la mission d'étudier les difficultés actuelles du système de santé en Martinique, et de faire des propositions.

La Commission a sollicité les principaux acteurs de la santé en Martinique, auditionné un certain nombre d'entre eux, et étudié les documents relatifs aux problèmes actuels, qui affectent le fonctionnement du système de santé.

La Commission, au vu des renseignements recueillis, a tenté d'identifier les causes des dysfonctionnements signalés, et a recensé les propositions faites par les professionnels de santé, de nature à améliorer la qualité de l'organisation et la coordination des divers acteurs de la santé en Martinique.

Il convient de rappeler que la Convention Européenne des Droits de l'Homme ne consacre pas d'article spécifique à la santé, mais la jurisprudence de la Cour Européenne impose aux États un véritable devoir d'assurer à leurs ressortissants un véritable service public de la santé.

C'est par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946, que la Constitution du 04 octobre 1958 affirme la protection de la santé. La nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* ».

L'article L110 du Code de la santé publique dispose :« *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels et les établissements de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes ou dispositifs participant à la prévention, aux soins ou à la coordination des soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les collectivités territoriales et leurs groupements, dans le champ de leurs compétences respectives fixées par la loi, et avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* » .

Ce droit garantit non seulement l'accès égal aux soins pour tous, mais également l'obligation pour l'État de créer un système de santé avec des infrastructures hospitalières, et une médecine de ville.

C'est donc par le prisme de ce droit fondamental que le système de santé en Martinique a été analysé.

Cette analyse fait ressortir de nombreux manquements (I), qui autorisent des propositions concrètes pour améliorer la situation actuelle (II).

# **I – LES CARENCES DU SYSTEME DE SANTE**

## **A) LE SERVICE HOSPITALIER**

Le système de santé englobe l'ensemble des moyens humains, matériels et organisationnels mis en œuvre pour assurer la réponse aux besoins de santé de la population, aussi bien au stade de la prévention qu'au niveau des soins et aussi de l'accompagnement.

Dans notre système français la santé constitue un droit fondamental, dont l'égal accès est normalement garanti pour tous les citoyens, y compris bien entendu les Martiniquais. Et à ce titre, nous sommes censés pouvoir disposer sur le territoire, d'une qualité de soins équivalente à celle dont peuvent bénéficier nos compatriotes de l'Hexagone.

A cet égard, et même si la Martinique dispose d'un éventail assez large de professionnels et d'institutions, et parfois de technologies de pointe, l'actualité nous ramène très régulièrement aux carences et insuffisances dont souffre notre système de santé

L'offre hospitalière repose d'une part, sur un ensemble assez large d'établissements publics dont la plus grosse structure est représentée par le Centre Hospitalier de Martinique (CHUM), et d'autre part, une structure privée, la Clinique St Paul.

Cette dernière, dont le rapport d'évaluation établi par la Haute Autorité de Santé est très favorable, n'appelle pas de commentaire de notre part, sauf quand même à signaler que le coût pour le patient y est plus onéreux qu'en secteur public, ce qui en rend l'accès plus sélectif, dans un environnement général de grande précarité.

S'agissant de l'hôpital public dont les missions sont beaucoup plus larges et les conditions de fonctionnement plus difficiles, il en va autrement.

Il est évident que la notion de service public n'est pas intégrée par tous les personnels. La propreté des locaux est parfois douteuse. Il est très difficile de joindre au téléphone les services hospitaliers. On nous a signalé un sérieux problème d'absentéisme dans certains services, qui provoque l'usure et la démotivation de l'autre partie du personnel qui répond à ses obligations.

De même, un Professeur de médecine, nous a relaté qu'il devait procéder à une opération délicate avec un timing serré. Fatigué d'attendre le malade qui n'arrivait pas au bloc opératoire, il a dû lui-même aller le chercher en faisant office de brancardier.

Le paroxysme a été atteint en 2021, pendant la pandémie, une partie du personnel, activement soutenue par les syndicats hospitaliers, qui refusait de se faire vacciner, s'est comportée de manière inacceptable, se livrant à des violences et des dégradations à l'encontre de leurs collègues, qui, vaccinés, acceptaient de faire fonctionner le service public de la santé, déjà considérablement désorganisé par le COVID.

L'URML a dénoncé : « ...des pharmacies brûlées, vandalisées, des cabinets médicaux saccagés...Les services de la structure mobile d'urgence et de réanimation se sont trouvés en difficulté de circulation...Cela a certainement conduit à des pertes de chance chez certains patients de la Martinique... ».

Monsieur Serge LETCHIMY, Président du Conseil Exécutif de la Collectivité territoriale de Martinique, affirme que notre territoire est victime de maltraitance de la part de l'État, en matière d'égalité des droits, et le droit fondamental à un système de santé digne n'y est pas assuré.

L'hôpital va mal. Les difficultés concernent la plupart des secteurs, mais nous avons quant à nous retenu plus particulièrement trois champs, celui des urgences, celui du cancer et celui des personnes âgées.

Par ailleurs, et ceci expliquant peut-être cela, nous porterons également notre attention sur deux sujets qui font le quotidien du personnel hospitalier, à savoir l'état de l'immobilier dans certains établissements, ou encore la santé financière des hôpitaux et principalement du CHUM.

### **a- Les Urgences**

L'accueil des urgences constitue sûrement l'un des points cruciaux du système de santé. C'est le point de rencontre entre une demande individuelle, aléatoire et immédiate, et une organisation susceptible d'apporter la meilleure réponse. Et la difficulté résidera dans la canalisation de la demande et l'organisation des différents moyens pour répondre aux différentes situations.

Le dispositif des urgences repose ainsi sur les structures hospitalières, a priori destinées à traiter les cas les plus sévères, et sur des structures, en quelque sorte préhospitalières.

Les structures hospitalières comprennent :

- deux services à vocation générale situés, le plus important à l'Hôpital Pierre-Zobda-Quitman, l'autre au Centre Hospitalier Louis-Domergue à Trinité,
- un service d'urgences pédiatriques installé à la Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant, sur le site de la Meynard
- un service d'urgences psychiatriques à la Cité Hospitalière de Mangot Vulcin.

Les services à vocation générale et pédiatrique dépendent du Centre Hospitalier de Martinique, tandis que les urgences psychiatriques sont gérées par le Centre Hospitalier Maurice Despinoy.

En amont des urgences hospitalières, le patient peut :

- soit s'adresser à son médecin traitant qui, s'il est disponible, apportera une réponse appropriée, et le cas échéant, adressera le patient à la structure hospitalière adéquate ;
- soit se rendre dans l'une des 4 maisons médicales de garde fonctionnant jusqu'à 23 heures ;
- soit encore appeler le SAMU Centre 15, ou encore le Service d'Accès aux Soins (SAS), lequel SAS est chargé de prendre les appels des patients et de leur proposer une réponse adaptée à la situation.

Tel que présenté, ce dispositif est censé permettre une prise en charge correcte des patients concernés par l'urgence.

Et pourtant ... Si l'on doit saluer le travail accompli par les différentes équipes tout au long de l'année, parfois dans des conditions difficiles, voire critiques, l'opinion est régulièrement alertée, aussi bien par les patients et leurs familles, qui se plaignent des conditions d'accueil ou de prise en charge, que par les personnels eux-mêmes, notamment ceux des services d'urgence, qui se plaignent, eux, des conditions de travail, des organisations, des effectifs insuffisants, etc..., etc... ;

Le service des urgences adultes de l'Hôpital Pierre-Zobda-Quitman, sûrement parce que le plus exposé et le plus sollicité, constitue sûrement un révélateur des dysfonctionnements et difficultés rencontrés sur tout le parcours.

On compte environ 50 000 passages par an, soit 140 passages par jour avec des pics à 180, alors que ce service a été construit pour 80 passages par jour. Les 2/3 des personnes présentent un état et un pronostic fonctionnel plutôt stable, et pourraient relever d'une structure moins lourde, ce qui permettrait de diminuer l'engorgement du service et favoriser une meilleure prise en charge des patients plus critiques.

À noter également le nombre important, parmi ces mêmes patients, de bénéficiaires de la CMU, peut-être parce qu'en difficultés pour faire l'avance des frais dans une structure libérale.

S'agissant du fonctionnement du service, ce sont parfois des délais de prise en charge trop longs qui sont à déplorer, ou encore des délais eux aussi excessifs de transfert vers les services d'hospitalisation pour la suite du parcours de soins. Cette dernière difficulté résultant largement de l'insuffisance de lits en aval, insuffisance elle-même aggravée par des durées de séjour trop longues.

Ainsi donc, et en raison des multiples points de rupture le système peut avoir tendance à se bloquer, au gré des événements ou des incidents.

Pour le Docteur Patrick RENE-CORAIL, « *La problématique actuelle des urgences étant celle d'une régulation de flux entre l'amont avec le trop-plein de la médecine de ville en maladies chroniques qui déborde aux urgences télescopant les urgences vitales et la désorganisation des sorties en aval ...* »

Et même si ce constat est partagé avec plus ou moins d'acuité par l'ensemble des hôpitaux français, il revêt en Martinique une acuité particulière liée à l'insuffisance chronique de médecins de ville.

## **b- Les problématiques de santé publique**

### **1) Cancer**

S'agissant du cancer, on observe un taux global d'incidence plus faible en Martinique que dans la France Hexagonale, soit 164,4 cas pour 100 000 habitants chez les femmes et 301,6 cas chez les hommes contre respectivement 261 cas chez les femmes et 355 cas chez les hommes pour la France entière.

La situation, dans la réalité, est cependant loin d'être satisfaisante, et cela à plusieurs titres.

Tout d'abord il faut relever la sur incidence de certaines affections cancéreuses, et c'est le cas pour le cancer du col de l'utérus, de l'estomac, de la prostate pour lequel nous sommes champions du monde, ou encore les myélomes multiples.



Pour faire face à cette pathologie et ses différentes formes, la Martinique dispose d'un ensemble assez large de professionnels, d'équipes et d'installations repartis sur les différentes structures. Certains équipements peuvent même relever de technologies de pointe, et c'est ainsi que le tep-scan installé au CHUM, et dont la mise en service est annoncée pour bientôt, est considéré comme l'un des plus performants.

Et pourtant...de nombreux points d'insatisfaction mettent en cause la qualité des soins, l'accès aux soins, l'égalité entre les patients, voire ce qui pourrait s'apparenter à des pertes de chance pour les malades.

On peut ainsi regretter des délais d'attente qui peuvent être importants pour le diagnostic et l'entrée dans le parcours de soins, ou encore entre les différentes étapes de ce parcours, ou la difficulté à assurer la coordination entre les acteurs.

Le quotidien France-Antilles, dans son édition Martinique du 15 mai 2023, titrait : « *Cancer : les délais de prise en charge beaucoup trop longs* » et poursuivait : « *Environ 6 mois, parfois 10 entre la biopsie le début du traitement du cancer...Quand dans l'Hexagone, les délais varient entre 10 et 41 jours.* »

L'enquête journalistique menée par RCI en février 2023, mettait en lumière le manque d'oncologues, et de radiologues. Les rendez-vous déjà difficiles à obtenir, sont souvent déprogrammés.

Selon l'Union Régionale des Médecins Libéraux : « *la médecine de ville doit absorber les patients que l'hôpital ne peut prendre en charge, mais elle n'est absolument pas en mesure de répondre à tous les besoins. ...le taux de spécialistes en Martinique est de 56.4 pour 1 00 000 habitants, contre 85.6 pour 100 000 dans l'Hexagone...* »

Et, pour couronner le tout, on apprend, le 02 février 2024, que trois appareils de radiothérapie de l'unité oncologique de l'Hôpital Clarac sont tombés en panne en même temps, désorganisant encore la prise en charge du cancer.

Bien évidemment, de telles carences incitent certains patients s'adresser aux hôpitaux de l'Hexagone. Mais cela suppose d'en avoir les moyens, notamment financiers, ou encore de sacrifices considérables pour les familles, ce qui nous renvoie encore à une entorse au principe d'égalité d'accès aux soins pour tous les citoyens.

## **2) La prise en charge des personnes âgées**

Annoncé depuis une trentaine d'années par les démographes, le vieillissement de notre population est devenu une réalité. Nous sommes devenus ainsi, en l'espace de seulement 2 ou 3 générations l'une des régions les plus vieilles de France. En 2030, 1/3 des habitants seront âgés de 65 ans et plus, et en 2050 ce seront 40% de la population. Soit près d'un Martiniquais sur 2 !

Ce vieillissement qui est donc encore appelé à s'amplifier, impacte déjà très fortement le système de santé. (Comorbidités, pathologies plus sévères, dépendance et précarité réduisant la mobilité, et donc retour à domicile ou en institution plus problématiques).

Un tel constat appelle une organisation robuste pour la prise en charge des personnes concernées et éviter des réponses non satisfaisantes mais aussi l'embolisation du système.

Et pourtant... le nombre de places en court séjour gériatrique est insuffisant, et en tout cas moindre que dans l'Hexagone, et il en est de même pour le moyen séjour et le long séjour, et même en EHPAD. Et dans le même temps, on constate une répartition géographique peu adaptée à la localisation du domicile de ces personnes âgées.

### 3) Les autres secteurs sensibles

D'autres secteurs de l'offre de soins connaissent également de grandes difficultés. C'est le cas notamment de :

- L'insuffisance rénale : il nous a ainsi été signalé des cas de malades qui n'ont pu bénéficier d'une transplantation en raison de défaillance dans le suivi des examens périodiques préparatoires, ou à cause du retard dans la transmission du dossier à l'hôpital hexagonal qui devait procéder à la transplantation.
- La périnatalité : les indicateurs pour la Martinique sont particulièrement défavorables. Ainsi, on relève un taux de mortalité périnatale de 13,5% contre 8,5 dans l'Hexagone, un taux de mortalité infantile 2 fois supérieur à celui de l'Hexagone ainsi qu'un taux de naissances prématurées qui, certes a baissé, mais demeure, lui aussi, largement supérieur (8,6% contre 7).

Cette situation tient au moins pour partie à certains facteurs : diabète, obésité, hypertension, précarité, suivi de la grossesse ...

- La Psychiatrie. Certes ce secteur a connu des évolutions significatives au cours des dernières années avec le transfert des activités sur le site de Mango Vulcin, ou encore le développement des alternatives à l'hospitalisation et la mise en place d'équipes mobiles. Cependant ce secteur souffre tout particulièrement d'un manque sévère de psychiatres pour assurer une prise en charge correcte de la population

### c -La vétusté de l'immobilier et du matériel

Le parc immobilier hospitalier présente un aspect très contrasté, et si certaines structures ont fait l'objet de reconstruction ou réhabilitation tout à fait remarquables, nombreuses sont celles qui présentent un état de vétusté très avancé, offrant ainsi aux patients des conditions d'accueil et de séjour dégradées, qui facilitent la transmission de maladies nosocomiales, et qui affectent les conditions de travail du personnel.

De plus, le nettoyage de ces locaux vétustes n'est pas toujours effectué avec la rigueur requise.

C'est le cas dans certains services du tripode de l'Hôpital Pierre-Zobda-Quitman, ou encore pour l'hôpital de Trinité, dont la reconstruction ne cesse d'être annoncée depuis bientôt deux décennies.

C'est aussi le cas pour certains équipements qui, faute d'être renouvelés en temps et en nombre suffisant peuvent s'avérer défaillants et perturber le processus de soins.

Ces carences s'expliquent bien entendu pour partie par les conditions climatiques propres à notre positionnement géographique, mais aussi les situations financières dégradées de la plupart des établissements hospitaliers, et donc la difficulté, voire l'impossibilité d'assurer l'entretien normal et régulier ou le renouvellement en temps opportun des installations et équipements.

## **d- La situation financière des hôpitaux**

Dans son dernier rapport d'octobre 2023<sup>1</sup> consacré à la situation financière des hôpitaux publics post-covid, la Cour des comptes fait état d'une situation globalement dégradée, bien qu'hétérogène, des hôpitaux publics.

Selon les analyses de la Cour, dans un contexte de pertes financières sans précédent, celles-ci ont atteint 1,3 Md€ en 2022. Bien que circonstancié, ce constat n'en est pas moins révélateur d'une situation qui perdure : « depuis 2006, les hôpitaux publics ont enregistré un résultat net déficitaire, en alternant des cycles d'augmentation (2006-2007, 2013-2017) et de réduction (2008-2012). Cette perte s'est fortement réduite en 2020, mais s'est dégradée à nouveau en 2021. Pour l'essentiel, elle a tenu au budget principal des hôpitaux. Les budgets annexes ont été globalement excédentaires, sauf en 2021 ».

Ce constat national revêt une dimension particulière dans les territoires non hexagonaux où les établissements hospitaliers « connaissent dans leur grande majorité des difficultés financières auxquelles les pouvoirs publics pallient depuis de nombreuses années sans réelle remise à plat de l'ensemble du système »<sup>2</sup>. Ces difficultés financières sont exemplifiées par leur situation d'endettement

### **ENDETTEMENT DES HÔPITAUX ULTRAMARINS FIN 2022<sup>3</sup>**

Établissements	Encours de dette 2022
CHU de la Guadeloupe	- 61 718 940 euros
Centre hospitalier de Cayenne	- 67 835 942 euros
CHU de Martinique	- 168 854 305 euros
Centre hospitalier de Mayotte	- 64 493 355 euros
CHU de La Réunion	- 396 300 467 euros

Outre des causes que l'on peut qualifier de spécifiques liées à l'éloignement de la Martinique<sup>4</sup>, cette situation financière s'origine principalement dans le mode de financement des hôpitaux.

A l'instar de l'hexagone, tous les acteurs hospitaliers dénoncent les règles de gestion des hôpitaux et son mode de financement fondé sur la fameuse T2A (tarification à l'activité) instituée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

La tarification à l'activité consiste à fixer un prix codifié pour chaque maladie et les soins apportés. Chaque patient est rattaché à un groupe standard de séjour, un Groupe homogène de malades (GHM) auquel est appliqué un tarif national. La tarification à l'acte incite à gérer l'hôpital comme une entreprise en recherchant la meilleure productivité. Des actes médicaux sont plus rentables que d'autres, et l'hôpital a tendance à accroître ses activités rémunératrices, comme la chirurgie, en délaissant les longues prises en charge moins bien rémunérées (comme la psychiatrie, les maladies chroniques, les soins aux personnes âgées).

<sup>1</sup> Cour des comptes, La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire- rapport public thématique, octobre 2023

<sup>2</sup> Communication faite au nom de la délégation aux Outre-mer dans le cadre de la mission flash sur le coefficient géographique appliqué aux établissements de santé en outre-mer par Mme Nathalie Bassire, Messieurs Elie Califer, Johnny Hajar, Mme Emeline H/Bidi et M. Jean-Philippe Nilor, députés. Enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 21 décembre 2023.

<sup>3</sup> Ces données proviennent de la direction financière des hôpitaux publics du ministère de la santé et reprises et reprises par les auteur-trices de la mission flash précitée.

<sup>4</sup> Le transport des matériels de pointe depuis l'Europe est coûteux ; le climat humide et la salinité dégradent ces matériels plus rapidement qu'ailleurs et les réparations y sont difficiles ; les salaires des praticiens doivent être plus élevés qu'ailleurs pour faire face à une vie chère historique, et aussi pour inciter médecins, infirmiers et techniciens à servir dans ces territoires, ainsi que le niveau de pauvreté qui a des répercussions sur l'activité médicale etc. Ces causes sont évoquées dans la mission flash précitée.

Alors que l'activité de l'hôpital augmente (+16% entre 2009 et 2016), les tarifs sont réduits (-5% entre 2009 et 2016) afin de contenir les dépenses de santé et le déficit de la sécurité sociale. Pour conserver le même niveau de ressources, couvertes à plus de 60% par la T2A, l'hôpital se trouve dans l'obligation d'augmenter le nombre d'actes.

La T2A aurait privilégié la productivité et la rentabilité des activités de soins, sans tenir compte des évolutions démographiques et des pathologies ainsi que de l'articulation entre hôpital et soins de proximité. Elle incarne le nouveau paradigme managérial des hôpitaux, à savoir l'efficacité qui implique d'être performant sur ses résultats économiques. L'interrogation sur son efficacité est au cœur des préoccupations des pouvoirs publics. *« La tarification des activités, qui est le mode de financement des hôpitaux, repose sur des incitations. Les malades sont rangés dans des groupes homogènes de séjour (GHS) auxquels est associé un certain tarif. Or, si l'hospitalisation d'un malade coûte plus cher que le montant auquel son GHS est tarifé, l'hôpital est perdant. Il existe donc au sein des hôpitaux des services spécialisés dans la valorisation du GHS où l'on étudie le parcours du malade à l'hôpital pour trouver le GHS le plus rémunérateur »*, pointe Paul Dolmin, spécialiste de l'économie de la santé<sup>5</sup>.

La question d'un nouveau mode de financement est, désormais, inscrite à l'agenda politique sur la base de la stratégie de transformation du système de santé lancée par le gouvernement en février 2018. Un rapport a été remis en ce sens, en janvier 2019, à la ministre des Solidarités et de la santé, un rapport sur la réforme du financement du système de santé où il est indiqué que la tarification à l'activité ne favorise ni la qualité des soins, ni la prévention et qu'elle peut même inciter à la réalisation de soins non pertinents<sup>6</sup>.

Si la tarification à l'activité (T2A) constitue le mode unique de financement pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements publics et des établissements privés<sup>7</sup>, certaines activités ne sont pas intégrées dans ce dispositif. Leur financement est assuré, au sein de l'ONDAM (l'[Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie](#)), par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC) telles les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI).

Le système de la tarification à l'activité s'avérant, à l'observation, insuffisant pour couvrir l'ensemble des dépenses des établissements de santé, bénéficie, le cas échéant, en vertu de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale de coefficients géographiques, introduits avec la T2A pour compenser les surcoûts qu'assument les établissements implantés dans les collectivités régies par l'article 73, en Corse et en Île-de-France, du fait de leur environnement spécifique (insularité, éloignement, isolement, coût de la vie). Ces derniers sont destinés à financer les principaux postes de surcoûts, figurent les charges de personnel, les charges à caractère médical, les charges à caractère hôtelier et général (énergie, alimentation), ainsi que les charges immobilières.

---

<sup>5</sup> Combien de lits sont réellement fermés à l'hôpital ? Alternatives économiques, 21 novembre 2021, <https://www.alternatives-economiques.fr/combien-de-lits-reellement-fermes-a-lhopital/00101117>

<sup>6</sup> Jean-Marc Aubert, Réformes des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné - Rapport de la Task Force « Réforme du Financement du système de santé », 26 janvier 2019. Les propositions de Jean-Marc Aubert ont alimenté la mise en œuvre du [plan Ma Santé 2022](#), concrétisée par la [loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé](#)

<sup>7</sup> La tarification à l'acte représente 90% des ressources des établissements, voir Benoît Apollis, Didier Truchet, « Droit de la santé publique », 11<sup>ème</sup> édition, Dalloz, 2022 cité par les auteurs de la mission Flash sur le coefficient géographique.

S'il semble répondre à une logique d'équité dans la mesure où ils concernent certaines zones marquées par « *d'éventuels facteurs spécifiques, qui [y] modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations* »<sup>8</sup>, ce mécanisme est interrogé s'agissant des hôpitaux non hexagonaux qui souffrent comparativement à ceux de la Corse et de l'Île de France, d'une double peine car ils ne sont pas réévalués selon le même rythme. Si l'on se réfère aux travaux de la mission flash, ces derniers auraient été réévalués qu'à deux reprises depuis 2005, voire une fois pour la Réunion contre trois pour la Corse<sup>9</sup>. Cette différence de traitement a été mise en exergue par Olivier Véran qui a pu écrire, « *Le coefficient géographique actuel ne permettrait pas de véritable compensation, permettant une égalité de traitement avec la Métropole. Les besoins estimés localement seraient plus proches des 50 % que des 31 % actuels. Il convient de conduire des études objectivant le niveau de surcoût à compenser* »<sup>10</sup>. Celles-ci sont menées par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation, des Statistiques (DREES), service statistique ministériel dans les domaines de la santé et du social<sup>11</sup> qui propose plusieurs scénarii de chiffrage, en faisant varier les sources et méthodes mobilisées, dont un « scénario central », jugé le plus pertinent dans la perspective d'une mesure d'un « pur effet prix ». Or, « *dans ce scénario, le coefficient géographique est supérieur au niveau actuel en Guyane, à la Réunion, ainsi qu'à Mayotte, mais il est au contraire inférieur en Corse, en Martinique et en Guadeloupe* ».

Il y a une corrélation entre ces travaux et la mission flash sur les coefficients géographiques. Ses rapporteurs s'interrogent sur la méthode retenue au motif que « *... la taille réduite des populations concernées n'est pas assez prise en compte, de même que l'insuffisance de la concurrence* ». Ces derniers sont, par ailleurs, dubitatifs quant à la périodicité des calculs et l'absence de procédure contradictoire.

Aussi, ils s'interrogent "« *sur l'intérêt de conserver le dispositif en l'état* » et se demandent s'il ne vaudrait pas « *mieux revenir à une dotation globale qui prendrait en compte toutes les spécificités locales plutôt que de continuer à vouloir corriger un coefficient géographique qui fait office de « béquille », dont le montant continue d'être globalement insuffisant, notamment aux Antilles, et qui s'inscrit dans un système où les gestionnaires d'hôpitaux doivent quémander, en fin d'exercice, des aides à la trésorerie, qualifiées de « rustines » par certains, pour éviter la cessation de paiement ?* ». La santé n'a pas de prix mais elle a un coût » selon la fameuse boutade qu'avait reprise à son compte Jean-Pierre Raffarin, alors premier ministre de Jacques Chirac : *propos qui, en creux, pose la question de la maîtrise des coûts de santé qui prend appui sur les lois de financement de la sécurité sociale et l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam)*. À l'usage, on se rend bien compte de la difficulté d'évaluer le coût de la santé.

*C'est une question éminemment politique car au-delà de considérations techniques, il en ressort que la situation financière des hôpitaux éprouve le principe selon lequel la nation garantit à tous la protection de la santé énoncée à l'alinéa 11 de la protection de la santé.*

---

<sup>8</sup> A ce titre, ils prennent l'allure de « *... correctif[s] à la tarification à l'activité, dans l'idée que les tarifs nationaux applicables à l'ensemble des établissements de santé [ne sont] pas adaptés aux territoires dont les caractéristiques présentent des surcoûts substantiels de leurs facteurs de production* », Rapport au Parlement sur le financement des établissements hospitaliers dans les collectivités territoriales d'Outre-mer et dans la collectivité de Corse (en application de l'article 33 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020).

<sup>9</sup> Communication de la mission flash, op.cit, p. 9.

<sup>10</sup> 1 Dr. Olivier Véran, « L'évolution des modes de financement des établissements de santé - Une nouvelle échelle de valeur », 4 avril 2017, rapport cité dans la communication de la mission flash, p.11.

<sup>11</sup> Actualisation des coefficients géographiques des départements d'Outre-mer et de Corse. Révision de la méthodologie d'objectivation des surcoûts supportés par les établissements de santé des DROM et de Corse, DREES METHODES, n° 14, novembre 2023.

Sa concrétisation relève de la volonté politique, notamment en période de récession économique et, donc, de rarefaction budgétaire. En effet, il est acquis que « *le contexte économique influe nécessairement sur les possibilités de concrétisation des droits-créances* »<sup>12</sup> dont fait partie le droit à la protection de la santé. Si le bon usage des deniers publics est qualifié d'exigence constitutionnelle<sup>13</sup>, cela ne constitue pas un obstacle dirimant à l'effectivité du droit à la protection de la santé qui sous-tend le droit pour chacun d'accéder aux soins dans la mesure où il s'agit implicitement<sup>14</sup> d'un objectif de valeur constitutionnel. Or, il est, juridiquement acquis, que le bon usage des deniers publics, au même titre que tous les objectifs de valeur constitutionnelle, ont vocation à jouer un rôle protecteur des droits et libertés constitutionnels.

A ce titre, ils prennent l'allure de « ... *correctif[s] à la tarification à l'activité, dans l'idée que les tarifs nationaux applicables à l'ensemble des établissements de santé [ne sont] pas adaptés aux territoires dont les caractéristiques présentent des surcoûts substantiels de leurs facteurs de production* », Rapport au Parlement sur le financement des établissements hospitaliers dans les collectivités territoriales d'Outre-mer et dans la collectivité de Corse (en application de l'article 33 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020).

Communication de la mission flash, op.cit, p. 9.

1 Dr. Olivier Véran, « *L'évolution des modes de financement des établissements de santé - Une nouvelle échelle de valeur* », 4 avril 2017, rapport cité dans la communication de la mission flash, p.11.

Actualisation des coefficients géographiques des départements d'Outre-mer et de Corse. Révision de la méthodologie d'objectivation des surcoûts supportés par les établissements de santé des DROM et de Corse, DREES METHODES, n° 14, novembre 2023.

D. Ribes, L'incidence financière des décisions du juge constitutionnel, Cah. Cons. const., n° 24, 2008. 106 Cons. const., décision n° 2003-473 DC du 26 juin 2003, Rec., p. 38, cons. 18. Le juge va confirmer cette exigence dans sa décision n° 2008-567 DC du 24 juill. 2008, Rec., p. 341, cons. 14. I

D. Ribes, L'incidence financière des décisions du juge constitutionnel, Cah. Cons. const., n° 24, 2008. 106 Cons. const., décision n° 2003-473 DC du 26 juin 2003, Rec., p. 38, cons. 18. Le juge va confirmer cette exigence dans sa décision n° 2008-567 DC du 24 juill. 2008, Rec., p. 341, cons. 14. I

P. de Montalivet, Les objectifs de valeur constitutionnelle, Dalloz, 2006, p. 256-257

Madame Anne BRUYANT-BRISSON, Directrice Générale de l'A.R.S. ne nie pas l'existence des difficultés, mais elle pense que des solutions sont en cours de réalisation, notamment la construction actée du nouvel hôpital de Trinité. Elle pense aussi qu'une reprise en main de la dérive financière dans la gestion des hôpitaux, est le préalable à toute solution pérenne des problèmes de santé en Martinique.

Il est certain qu'il y a un réel problème de gestion des hôpitaux. En effet, 79% du budget du CHUM sert à payer le personnel. Et il se dit que chaque nouveau Directeur Général, laisse en partant, plus de personnel qu'il n'a trouvé en arrivant. De plus, la presse révèle que certains agents parviennent à percevoir l'intégralité de leur salaire sans avoir jamais effectué un seul jour de travail (à titre d'exemple, RCI-06 février 2024).

---

<sup>12</sup> D. Ribes, L'incidence financière des décisions du juge constitutionnel, Cah. Cons. const., n° 24, 2008. 106

<sup>13</sup> Cons. const., décision n° 2003-473 DC du 26 juin 2003, Rec., p. 38, cons. 18. Le juge va confirmer cette exigence dans sa décision n° 2008-567 DC du 24 juill. 2008, Rec., p. 341, cons. 14. I

<sup>14</sup> P. de Montalivet, Les objectifs de valeur constitutionnelle, Dalloz, 2006, p. 256-257

## B) LA MEDECINE DE VILLE

### a-Déficit en personnel médical généralistes et spécialités, les Déserts médicaux

La médecine de ville n'est pas non plus épargnée par les problèmes affectant le système sanitaire à la Martinique.

En effet, les déficits en personnel médicaux, généralistes et spécialistes, sont à l'origine de la création de véritables déserts médicaux. Même si ce phénomène n'est pas spécifique à la Martinique, il y est beaucoup plus marqué et les conséquences sont majorées par l'insularité, notamment.

Les éléments constitutifs de cet état de fait existent depuis longtemps et ont été exacerbés par la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID selon des sources autorisées, en particulier l'étude datant de novembre 2022 réalisée par Bertrand Parent, Pr à l'EHESP pour l'URML de la Martinique.

De nombreuses tensions traversent depuis des années le système de santé en Martinique :

✓ mortalité infantile et maternelle, Maladies infectieuses chroniques, Maladies cardiovasculaires, Cancer, Obésité, Maladies liées à l'environnement.

✓ des difficultés économiques et sociales contribuant à instituer une certaine vulnérabilité des Martiniquais face à la maladie.

✓ vieillissement de la population faisant parallèle au vieillissement des professionnels de santé.

Toutes ces raisons ont contribué à une « situation sanitaire catastrophique », selon les propos recueillis auprès de la présidente de l'URML.

1) La pénurie des médecins se fait ressentir. En effet, il y a eu peu de nouveaux médecins, ceux-ci ne compensant pas le départ de certains spécialistes arrivant à l'âge de la retraite. La relève n'est donc pas assurée.

Il y a 6 ans on comptait 265 médecins pour 100.000 habitants alors que la moyenne nationale était de 360.

La pénurie est surtout marquée en ce qui concerne les médecins spécialistes : par exemple 1 neurologue en 2022 contre 6 auparavant ; 1 OrL actuellement pour toute la Martinique.

Le législateur lui-même a organisé cette pénurie avec le système du numéris clausus.

2) L'équilibre attendu des médecins libéraux est d'autant plus difficilement atteint en Martinique que s'y ajoutent de nombreuses inégalités économiques et sociales.

Ces paramètres représentent une source de tension pour les professionnels de santé de la médecine de ville, entraînant une insatisfaction de la population, contrainte à retarder et/ou renoncer aux soins.



Il s'y ajoute d'autres handicaps : précarité (éloignement du lieu de rendez-vous médical) et inégalité selon la partie du territoire.

Le Centre est bien pourvu en professionnels de santé ; la situation est plus critique du côté Atlantique où réside 22% de la population que du côté Caraïbe, la moins peuplée de l'île (6%).

Tout ceci explique la diminution des chances d'accéder à des soins nécessaires et parfois un renoncement de certains malades à se faire soigner.

## **b - coordination insuffisante médecine de ville /hôpital**

Il existe une relation plutôt distante entre la médecine libérale et l'hôpital.

✓ Cloisonnement et manque de coopération avec l'hôpital.

Un certain nombre de médecins libéraux reconnaissent que leur engagement dans le secteur libéral s'est fondé en réaction au monde hospitalier, par rejet de son mode de fonctionnement. Cette tension s'est renforcée lors de la période de l'épidémie de COVID (la plupart des patients étant orientés vers l'hôpital)

Ce cloisonnement constitue une caractéristique majeure du système de santé martiniquais. Il se manifeste à différents niveaux : entre ARS et Assurance Maladie ; entre médecin de ville exerçant très largement une médecine privée et le secteur d'hospitalisation ; entre les différentes professions de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, entre hôpitaux publics et cliniques privées).

✓ L'exercice pluriprofessionnel n'est pas assez développé en Martinique, alors que l'association du vieillissement de la population, des maladies chroniques et de la dépendance, les exigences de plus en plus fortes de participation et d'engagement de la population dans le traitement des différentes pathologies et globalement de leur santé, seraient plus efficaces avec l'exercice coordonné pluriprofessionnel (facilité d'accès aux soins, prise en charge d'un nombre accru de patients).

✓ Les médecins libéraux reconnaissent que leur exercice reste trop isolé malgré une seule et unique CPTS, (Communauté Professionnelle Territoriale De Santé) regroupant des professionnels de santé qui s'organisent autour d'un projet de santé en réponse à des problématiques communes.

✓ Une sorte de défiance s'est installée entre les acteurs (ML/PH) et les relations restent difficiles entre spécialistes hospitaliers et généralistes libéraux de ville, ceci en raison d'une différence d'approche du patient.

Le médecin de ville généraliste a une approche globale de la santé et perçoit le médecin spécialiste inscrit dans un parcours de soin « plus volontiers enclin à sélectionner les patients les plus intéressants sur le plan clinique ».

La relation fonctionne mieux lorsqu'il s'agit d'établissement travaillant en proximité.

✓ Le praticien hospitalier est formé pour travailler en équipe alors que le médecin libéral est habitué seul à sa façon. D'ailleurs, des unions de médecins libéraux ont été créés récemment.

✓ Notons que le COVID n'a pas contribué à une meilleure coopération.



## **c-Difficultés d'accès aux soins, retards de prise en charge, perte de chance, Engorgement des urgences**

Comme nous l'avons déjà souligné, la Martinique fait face à des difficultés persistantes (mortalité infantile et maternelle, maladies infectieuses chroniques, Maladies cardiovasculaires, Cancer, etc...).

Ce territoire insulaire présente en outre des risques sanitaires liés à sa situation géographique, à de nombreux problèmes environnementaux, à une population en situation de forte précarité, à des difficultés pour cette population à adopter des comportements favorables à leur santé, à une croissance rapide du nombre de personnes âgées dépendantes.

Ces éléments expliquent que le recours aux soins des Martiniquais est inférieur à la moyenne nationale : 12% renoncent à consulter un médecin généraliste et spécialiste contre 8% pour les habitants de l'Hexagone.

Selon une enquête de l'INSEE de 2021, un tiers des Martiniquais a retardé ou renoncé en 2019 à des soins, contre 28% en Guadeloupe.

Le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous est la raison majeure pour repousser un soin. En effet la faible densité médicale a pour effet un engorgement et une saturation des cabinets médicaux.

La densité des médecins en Martinique est de 291 pour 100.000 habitants contre 340 en France Métropolitaine.

La deuxième raison est financière pour 13% des habitants de l'île .29% des Martiniquais en 2017 vivaient en dessous du seuil de pauvreté.

Les autres causes à l'origine des reports sont : la problématique du transport, l'absence de spécialistes.

Précisons que le report ou le renoncement des soins touchent toutes les classes de revenus.

La crise du COVID n'a fait que mettre davantage en relief ces carences du système de santé martiniquais, responsable d'une perte de chance.

A cela, il faut ajouter les carences de la Caisse Générale de Sécurité sociale de la Martinique (CGSSM) dans l'accomplissement de sa mission de service public. À titre d'exemple, l'actualité récente a révélé que des milliers de feuilles de soins adressées à la CGSSM par des patients ou des médecins ont été égarées par cet organisme. Les patients n'ont pas été remboursés.

Cela a provoqué une dénonciation de l'Union Régionale des Médecins Libéraux, le 16 janvier 2024.

Une nécessaire transformation du système est indispensable pour que le malade martiniquais ait enfin accès à un service public de la santé offrant de réelles chances d'être soigné dans de bonnes conditions.

## **d-Relations avec la patientèle**

Pour le malade, tout part du médecin traitant.

La relation avec les patients, déjà insatisfaisante, a été malmenée depuis la crise sanitaire liée au COVID.

En effet, sur le plan professionnel et personnel, la médecine de ville a vu son activité largement transformée : tout d'abord par une chute brutale d'activité après le 1er confinement.

Les conditions de travail et de vie de ces professionnels sont apparues alors anxiogènes et certains médecins ont pu s'interroger sur leur propre utilité et leur rôle dans cette société. Ces médecins ont dû alors s'adapter et réaménager leur vie professionnelle pour répondre au mieux au besoin des patients.

Les établissements privés (cliniques) ont dû réorganiser leur pratique dans le but de protéger au mieux leurs patients. Seuls les soins jugés urgents ont été pris en charge au détriment des soins chroniques et des activités de prévention.

Ce changement dans leur exercice a amené ces médecins à se poser la question de la reconnaissance de leur activité quotidienne. Un climat anxiogène s'est alors installé car la priorité était devenue de tenir les patients loin de la contamination par tous les moyens de réorganisation de leur cabinet et espace de réception de la patientèle.

Un sentiment de résignation et même de colère s'est installé dû à l'épuisement et à la tension, entraînant pour certains, un départ précoce.

Les patients eux, ont eu un sentiment de révolte et des réactions de violence sont apparues. La tension qui existait déjà face à la spécificité et aux difficultés structurelles de la patientèle martiniquaise (difficultés d'accès aux soins, engorgement des cabinets, etc...) a été exacerbée.

Une nécessaire transformation doit être opérée pour ramener un peu plus de sérénité.

Certains professionnels du monde médical en ont pris conscience et mis sur pied avec les préconisations de l'ARS et en coopération avec une association de consommateurs, un Service D'accès Aux Soins (SAS) en lien avec le SAMU. Pour le patient confronté à un besoin de soins urgents ou non programmés et lorsque l'accès à son médecin traitant n'est pas possible, le SAS doit permettre d'accéder, à toute heure et à distance à un professionnel de santé. L'intervenant fait pour le mieux et le patient doit fournir un effort également.

C'est un premier pas pour que les relations entre le médecin de ville et sa patientèle s'apaisent. Un engagement de respect mutuel est nécessaire

## **II – PRECONISATIONS EN VUE DE L'AMELIORATION DU SYSTEME DE SANTE EN MARTINIQUE**

Constamment interpellé tant de l'intérieur par les professionnels eux-mêmes que de l'extérieur par les patients, leurs familles et l'opinion publique, le système de santé doit nécessairement s'efforcer de trouver les réponses aux défis auxquels il se trouve confronté, et cette ardente obligation s'impose aussi bien au régulateur, c'est-à-dire l'État et l'ARS, qu'aux acteurs de terrains, gestionnaires, professionnels.

Pour notre part, n'étant pas acteurs directs, nous avons rencontré un certain nombre de professionnels de santé du secteur public, comme du secteur privé. Nous avons confronté les réflexions et propositions de chacun, et nous les avons ordonnancées selon notre propre analyse. Certaines sont communes au secteur hospitalier et à la médecine de ville, d'autres plus spécifiques à chacun de ces secteurs.

## A) LES MESURES COMMUNES AU SECTEUR HOSPITALIER ET A LA MEDECINE DE VILLE.

### a- Mesures de nature à favoriser l'attractivité du territoire

Pour répondre au déficit d'installations de professionnels médicaux, mais aussi aux départs en retraite de ceux qui sont déjà installés il apparaît important de mettre en œuvre un certain nombre de mesures, prenant en compte les besoins et aspirations des médecins que nous souhaitons voir venir en Martinique, afin d'améliorer le service public de santé.

Le docteur Nabil MANSOUR, PDG de la Clinique Saint-Paul, propose de prendre des mesures favorables pour les nouveaux médecins sollicités, qui portent sur les aspects de la vie sociale et personnelle, mais aussi sur les aspects ayant d'avantage trait aux conditions d'exercice professionnel.

Sur le plan de la vie sociale et familiale, on peut citer les dispositifs favorisant l'accès au logement, à la scolarisation des enfants, ou encore à l'accès aux crèches, à l'emploi du conjoint. Toutes mesures qui sont indispensables par rapport à l'objectif fixé, mais dont la mise en œuvre, se doit d'être réalisée avec tout le tact et la mesure qui conviennent dans un pays marqué par la précarité et le chômage chez une partie importante de la population et une sensibilité parfois exacerbée.

Une mention particulière doit être réservée aux contrats d'engagement de service public (CESP). Ce dispositif a été instauré dans le cadre de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 pour les étudiants, de la 2e année des études médicales à la dernière année d'internat. Les signataires d'un CESP bénéficient d'une allocation brute mensuelle de 1 200 € jusqu'à la fin de leurs études. En contrepartie, ils s'engagent à choisir une spécialité médicale moins représentée ou à exercer leurs fonctions, à compter de la fin de leur formation, dans des zones où la continuité des soins fait défaut et à un tarif conventionnel.

La Collectivité Territoriale de Martinique s'est résolument engagée dans cette voie en décidant de financer chaque année une dizaine de contrats de retour en Martinique pour les étudiants en médecine.

Cette démarche n'est donc pas l'affaire des seuls professionnels ou institutions mais se doit d'être partagée et portée par le pays tout entier qui en attend le bénéfice.

#### 1- Pour le secteur hospitalier :

On peut citer par exemple :

- la revalorisation de l'indemnité de vie chère du personnel médical récemment alignée sur l'ensemble de la fonction publique et portée de 20 à 40%. ;
- le renforcement et la stabilisation des équipes pour favoriser des conditions de vie au travail moins contraignantes ;
- l'accès facilité aux technologies et pratiques innovantes, ainsi qu'à la recherche ;
- l'ouverture sur les carrières universitaires.

## 2- Pour la médecine de ville :

Outre celles qui sont à portée générale, certaines mesures ont été avancées pour favoriser l'installation de nouveaux médecins sur le territoire, et notamment :

- la revalorisation des rémunérations pour l'exercice en zone de désert médical ;
- les mesures d'exonération fiscale ;
- le recours à des assistants non-médecins pour décharger les praticiens des tâches administratives ;
- ou encore le recours aux Infirmières en Techniques Avancées qui après avoir bénéficié d'une formation adéquate sont en mesure de réaliser un certain nombre d'actes et de décharger les praticiens de ces tâches ;
- une relative liberté concernant les modalités d'exercice professionnel, et notamment la possibilité de s'inscrire dans des organisations innovantes ou expérimentales ;
- la facilité d'accès à l'hôpital, ses spécialistes et ses technologies.

Le Docteur Nabil MANSOUR, suggère même que l'on démarche activement certains praticiens hospitaliers qui ont déjà fait carrière dans l'Hexagone, en leur proposant une mission en Martinique, soit pour la formation des médecins ou pour un service hospitalier. Des avantages spécifiques doivent leur être proposés.

Le Professeur Gorges JEAN-BAPTISTE a émis l'idée que le bénéfice de la prime de vie chère aux praticiens hospitaliers soit soumis à une condition de durée de service en Martinique. Une partie de cette prime 20 % serait versée tout de suite, mais les autres 20 % seraient versées à la fin de la période d'engagement qui pourrait être de deux ou trois ans.

L'expérience a montré que c'est durant les premières années que le praticien s'intègre dans la vie sociale de la Martinique et que naît l'envie de s'y fixer.

De même, souligne le professeur JEAN-BAPTISTE, pour rendre attractif notre territoire, il faut faciliter pour le praticien hospitalier, l'activité libérale en secteur hospitalier.

Le Président du Conseil Exécutif de la Collectivité Territoriale de Martinique, estime pour sa part que toutes ces mesures sont bonnes en soi, mais risquent d'être inefficaces, si on ne s'attaque pas d'abord à la racine des problèmes fondamentaux :

- déterminer un plan de reconstruction globale du service de santé en Martinique, avec un engagement réel de l'État à assumer sa responsabilité financière ;
- établir un plan sérieux de réparation des hôpitaux existants et reconstruire ceux qui méritent de l'être.
- créer des spécialités de haut niveau dans les hôpitaux ;
- créer un environnement propice à l'exercice de la médecine hospitalière : crèche à large plage d'ouverture et de fermeture, mobilité pour les praticiens hospitaliers (un ou deux billets d'avion payés par an pour formation, et même vacances, facilités d'hébergement...).

Par ailleurs, comme il est acté aujourd'hui que les jeunes médecins ne veulent plus avoir de grosses journées de travail à l'inverse de leurs aînés, il est proposé la création par les collectivités de centres médicaux pluridisciplinaires, avec le matériel et le secrétariat, suivant diverses formules, permettant aux médecins de bénéficier d'un contrat de travail à temps partiel ou à temps complet.

Cette dernière idée est approuvée par l'URML, le Syndicat des Médecins de Martinique, mais également, par certains praticiens, comme le docteur Ruddy VALENTINO.

Une autre proposition du Docteur Nabil MANSOUR, mérite attention. Elle consiste à favoriser la venue de médecins étrangers à l'union Européenne, selon la loi dite PADHUE du 04 aout 2021. Ceux-ci sont sélectionnés par une commission, ils doivent savoir s'exprimer correctement en français.

Les médecins ainsi sélectionnés sont inscrits sur une plateforme gérée par l'ARS.

Les employeurs publics ou privés recrutent ces médecins pour une durée de trois ans. A la fin de la période contractuelle les médecins sont autorisés à rester en Martinique à condition d'y exercer la médecine dans le secteur privé ou public.

Ce système fonctionne avec succès en Guyane depuis quinze ans. On devrait l'adopter en Martinique.

Tous les praticiens consultés par nous, ont exprimé le sentiment que la gouvernance actuelle de la santé devait être repensée dans le but d'obtenir plus de compréhension, et de cohésion dans l'approche globale et pérenne du système de santé en Martinique.

De même le Professeur Christian SAINTE-ROSE, rejoignant le Professeur PARENT, propose que des conventions soient passées entre les CHUM et de grands hôpitaux dans l'Hexagone, afin de permettre aux professionnels de santé de pouvoir réciproquement travailler pendant une durée déterminée, soit en Martinique, soit dans l'Hexagone.

L'objectif est d'assurer la formation continue, et la montée en performance, par la confrontation avec de nouvelles performance soit du personnel hexagonal qui viendrait en Martinique, soit par l'intégration d'une équipe professionnelle dans un hôpital hexagonal.

Le Syndicat des Médecins de Martinique a l'impression qu'à chaque mutation au niveau de la représentation de l'État, des directions générales de l'ARS, ou du Directeur Général du CHUM, il faut tout recommencer à zéro, faute de suivi des chantiers, et surtout d'évaluation de ce qui a été fait.

Le docteur RENE-CORAIL souhaite une plus grande territorialisation de la gouvernance du système de santé en Martinique, avec, au côté de l'ARS, une structure, pérenne, dont les contours restent à définir, qui serait présidée par un élu martiniquais de haut rang, avec de réels pouvoirs de proposition, de suivi et de contrôle des actions en matière de santé sur le territoire de la Martinique.

Ainsi, selon l'URML, l'ARS redeviendrait ce qu'elle doit être, une instance d'impulsion, de soutien, et de régulation des initiatives locales en matière de santé. Et la nouvelle instance devrait être partenariale.

Elle pourrait ainsi être composée du Président de la CTM, du Président des instances représentatives des praticiens hospitaliers, du Président des Ordres médicaux et paramédicaux, de l'URML, du Président des syndicats médicaux et paramédicaux, de la CGSSM...)

Le député Johnny HAJJAR, propose pour sa part, un « *co-pilotage du système de santé publique par l'ARS et la CTM pour pallier le manque d'efficacité dans l'organisation de la santé en Martinique, adapter l'écosystème de la santé aux réalités martiniquaises, et prendre en compte la sociologie, la culture et les différences de notre territoire.* »

Monsieur Serge LETCHIMY, Président du Conseil Exécutif de la C.T.M, pense que la seule solution efficace pour repenser le système de santé en Martinique est une cogérance de la politique de santé en Martinique par l'ARS et la CTM. Il faut donc pour la CTM, une vraie compétence et un vrai pouvoir dans la définition de la politique de santé tout autant que dans l'organisation de la santé.

Ainsi l'ARS, deviendrait une institution, co-présidée par le Président de la CTM et un fonctionnaire d'État, avec pour mission de définir le projet territorial de santé, de prévoir le plan de financement, de définir l'organisation, de veiller au bon fonctionnement des hôpitaux publics, d'organiser le bon fonctionnement du système, de concert avec les professionnels la médecine de ville

Enfin, la proposition du Professeur PARENT tendant à la création en Martinique d'une fondation reconnue d'utilité publique pour la santé mérite d'être retenue. Cette idée recueille l'approbation de l'unanimité des professionnels consultés par nous.

Cette fondation pourrait soutenir financièrement tout projet public ou privé d'intérêt général en matière de santé en Martinique.

## **b- Accélérer la formation de médecins en Martinique**

Certains médecins consultés par nous, dont le Professeur Georges JEAN-BAPTISTE, le docteur Nabil MANSOUR, et le docteur Patrick RENE-CORAIL ont affirmé que le meilleur moyen d'augmenter le nombre de médecins en Martinique, c'est de les former sur place.

En effet les statistiques démontrent qu'une proportion significative de médecins s'installent dans la région où ils ont étudié.

Dès les années 1970, il est apparu indispensable à un certain nombre de responsables du monde de la santé de favoriser l'installation d'une faculté de médecine aux Antilles Guyane afin d'assurer un flux suffisamment important de nouveaux professionnels antillais ou en tout cas ayant des attaches avec nos territoires et donc plus susceptibles de s'y installer au terme du cursus de formation. Ce qui devrait permettre, au moins pour partie, d'assurer le remplacement des professionnels partant à la retraite.

En 1988 cette faculté était créée de façon embryonnaire car assurant seulement le 3ème cycle des études médicales, et il aura fallu attendre 1998 pour l'installation de la 1ère année en Guadeloupe, puis 2003 en Martinique et enfin 2023 pour l'installation d'une faculté de plein exercice, c'est à dire assurant la totalité du cursus de formation.

Ce dispositif, bien que laborieux, aura permis progressivement l'installation de nouveaux praticiens aussi bien en hôpital qu'en ville.

Les résultats sont déjà encourageants, et c'est ainsi que le Conseil de l'Ordre des médecins de la Martinique indique que 134 inscriptions de praticiens diplômés de notre faculté entre 2019 et 2022, soit près de la moitié du total des inscrits.

Premiers signes qui encouragent à persévérer, les résultats plus significatifs ne pouvant être attendus qu'au bout d'un délai plus long.

Un autre effet attendu de la création de la faculté et surtout de son déploiement pour assurer la totalité du cursus de formation réside dans l'augmentation du nombre de praticiens hospitalo-universitaires, ce qui devrait avoir pour effet de renforcer le niveau de compétences, favoriser ainsi la venue de nouveaux professionnels et renforcer le potentiel de recherche, notamment sur les domaines concernés par des formes pathologiques plus spécifiques à nos territoires.

Monsieur Serge LETCHIMY, Président du Conseil Exécutif de la C.T.M, indique que si la CTM obtient la compétence et le pouvoir en cette matière, elle peut, à côté de l'État prendre sa part dans un projet ambitieux d'accélération de la création d'une faculté de médecine de plein exercice des Antilles. Ladite faculté devant nécessairement travailler de concert avec d'autres facultés de l'Hexagone

### **c- Optimisation des relations médecins de ville-Hôpital**

Si la l'institution du temps plein hospitalier par la réforme de 1958 a permis de renforcer considérablement les compétences et les équipes hospitalières, elle a pu cependant créer de la distance, voire des barrières entre les deux modes d'exercice. C'est ainsi qu'on évoque souvent la notion d'hospitalo-centrisme constamment dénoncé et combattu, car contre-productif et contraire à la qualité et à l'efficacité des soins.

Aussi apparaît-il nécessaire d'encourager et d'accompagner les différentes formes de coopération entre les deux secteurs dans une perspective d'approche populationnelle. On peut ainsi citer la facilité d'accès aux spécialistes hospitaliers pour les médecins de ville lorsqu'ils sont confrontés à certaines situations, l'organisation des parcours de soins associant la ville et l'hôpital, la régulation des appels d'urgence etc..., etc...

De même, il nous paraît hautement souhaitable d'accélérer la mise en place de cet Institut de Management en Santé préconisé par le professeur Parent dans son rapport à l'URML et dont le principe semble acté par les autorités. Cette structure, déjà installée à la Réunion, devrait permettre aux professionnels concernés de renforcer leurs compétences managériales pour mieux conduire l'animation et la nécessaire évolution de notre système de santé.

Cette proposition est approuvée par tous les médecins praticiens hospitaliers que nous avons consultés ainsi que par le Député HAJJAR.

## **B - LES MESURES COMMUNES AU SECTEUR HOSPITALIER ET A LA MEDECINE DE VILLE.**

### **a) Les Urgences**

La question des urgences est un sujet récurrent qui, au cours des quatre ou cinq dernières décennies, a fait l'objet de force rapports, commissions, expérimentations, circulaires qui aboutissent généralement à proposer des solutions conçues sur un mode de flux. Et étagées sur trois niveaux : en amont, in situ, en aval.

En amont les avis s'accordent pour tenter de limiter le plus que possible l'arrivée dans le service des urgences de personnes qui ne relèvent pas de ce niveau de prise en charge.

Mais il faut préciser qu'aucun patient ne se rend de gaieté de cœur aux urgences hospitalières. La première cause de l'engorgement des urgences hospitalières est la faiblesse structurelle de la médecine de ville.

Il faut donc faciliter la prise en charge patients en créant des maisons médicales ouvertes de jour comme de nuit, car comme l'indique le docteur RENE -CORAIL il faut créer un système de prise en charge des malades en ville et en commune, avec un parcours coordonné médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, hospitalisation à domicile ....

Le mécanisme de régulation comme le SAMU/Centre 15, ou encore le Service d'Accès aux Soins, récemment déployé et qui associe des régulateurs libéraux au SAMU/Centre 15, a été mis en place pour proposer au patient une réponse dans un délai approprié à son état. Mais il n'a pas permis de désengorger significativement les urgences.

In situ : Compte tenu du nombre important de passages, soit 150 à 200 par jour, il est essentiel que l'accueil soit organisé en termes de moyens en personnels médicaux et non médicaux, d'espaces et de locaux, d'équipements et d'organisations. S'agissant des organisations, en raison de leur nombre et de leur impact sur le fonctionnement du service, les personnes âgées nécessitent une attention et surtout une prise en charge spécifique pour favoriser une meilleure qualité de soins, et aussi éviter l'engorgement du service.

De même, les propositions visant à installer une unité d'urgences à la Clinique Saint- Paul d'une part, en complément de la maison médicale de garde Kay Doktè, et d'autre part à l'Hôpital du Marin dans un souci de décentralisation, méritent d'être étudiées avec une particulière attention. En réalité, il faudrait plusieurs structures identiques, mais qui fonctionnent de jour comme de nuit, réparties équitablement sur tout le territoire.

Le Syndicat des médecins demande que soit établi de manière efficace, pour les médecins de ville un contact direct avec les praticiens hospitaliers, par mail, téléphone, ou autres voies. Un patient pris en charge la journée est un patient en moins aux urgences le soir.

En aval : les orientations décidées par le service doivent pouvoir être mises en œuvre aisément, ce qui suppose des places d'hospitalisation en nombre suffisant.

Et, bien entendu, il faudrait une communication pour informer les Martiniquais sur l'existence de ces maisons médicales pluridisciplinaires, de ces maisons médicales de nuit, et même des pharmacies de garde.

L'idée est que la multiplication des lieux de soins diminuera mécaniquement le besoin de se rendre aux urgences.

## **b) Les autres secteurs sensibles**

### **1- Le Cancer**

Ce qui est attendu de la population, au-delà des techniques et équipements déjà en service ou attendus comme le cyclotron et le Tep-Scan ce sont essentiellement :

- des délais raccourcis pour le diagnostic et la mise en œuvre des traitements, y compris lorsque ces traitements nécessitent un transfert vers les hôpitaux de l'Hexagone.
- une gestion optimisée des parcours de soins.



Peut-être même pourrait-on espérer que la Martinique, championne du monde du cancer de la prostate, dispose d'une équipe associant tous les acteurs concernés sur le territoire pour tendre vers l'excellence dans la prise en charge de cette pathologie

Le député Johnny HAJJAR propose, que compte tenu de l'impossibilité actuelle du service de cancérologie de Martinique de prendre en charge dans des délais raisonnables, tous les cas dépistés, (24 à 40 semaines contre 1 à 3 semaines dans l'Hexagone), que le Médecin conseil de la CGSS autorise rapidement les prises en charge en France hexagonale des patients en situation de rupture de soin.

C'est une mesure de bon sens que nous approuvons. Il faudrait une solution politique pour cela.

« Court terme (urgence)

*Proposition 1 : Dans un but de réduction des délais de prise en charge du cancer en Martinique (24 à 40 semaines contre 1 à 3 semaine dans l'Hexagone), faire injonction au Médecin conseil de la CGSS Martinique d'autoriser les prises en charge en France hexagonale des patients en situation de rupture de soin.*

*Voie juridique : autorité du Directeur Général de la Caisse nationale d'assurance maladie*

*Court et moyen terme :*

*Proposition 2 : Promouvoir et encourager la dynamique de l'action du Comité Interministériel Outre-Mer (CIOM) dans la mise en place d'un parcours de soins sur le cancer en Outre-Mer*

## 2- Les Personnes Âgées

*Compte tenu de l'ampleur du phénomène de vieillissement de la population martiniquaise, il peut s'avérer pertinent d'en faire une préoccupation majeure de notre politique de santé. Et à cet égard quelques orientations se dessinent dans les projets et on ne peut que les encourager.*

*On retiendra :*

- *les mesures visant à faciliter l'accès aux soins et à la prévention pour les personnes âgées ;*
- *le soutien au maintien à domicile et notamment aux aidants familiaux ;*
- *le renforcement de la filière gériatrique en adaptant les capacités d'accueil en court, moyen et long séjour spécialisé, en EHPAD, voire en EHPAD à domicile. »*

Par ailleurs, il nous est apparu intéressant de signaler et soutenir le projet de Gérontopole porté par le CHUM et soutenu par l'ARS et la CTM. Il s'agit d'un centre d'excellence et de recours pour tout le territoire et gérant l'ensemble de la filière gériatrique.

## 3- Les autres affections.

Concernant certaines affections, nos préconisations sont les suivantes :

Périnatalité : Politique ciblée sur les publics les plus vulnérables

Insuffisance rénale : favoriser l'accès à la greffe et sécuriser le parcours des candidats à la transplantation

Psychiatrie : poursuite des politiques visant à améliorer les conditions d'accueil et d'hébergement, notamment en finalisant le transfert des dernières activités restées sur le site historique de Colson vers la cité hospitalière de Mango Vulcin

Poursuite de la politique visant à développer les alternatives à l'hospitalisation au plus près des populations concernées

Poursuite des actions de collaboration entre les équipes du CHUM et celles de Centre Hospitalier Maurice Despinoy. Renforcement significatif du nombre de psychiatres au sein de ces deux établissements, mais aussi en cabinet de ville.

### **c) la santé financière des hôpitaux**

La situation financière particulièrement dégradée constitue sûrement un frein à l'amélioration de la prise en charge des patients, et l'on peut difficilement envisager la stabilisation du système si l'on n'y remédie pas de façon pérenne. Et à cet égard deux aspects essentiels nous paraissent devoir être traités.

Le mode de financement d'abord : Celui-ci doit impérativement être revu pour tenir compte de la réalité des coûts sur notre territoire notamment pour ce qui concerne le coefficient géographique destiné en principe à couvrir les surcoûts observés en outre-mer d'une part, et d'autre part pour le financement de certaines activités d'intérêt général.

L'exiguïté du territoire et la faiblesse du nombre d'habitants ne permettent pas aux hôpitaux de pratiquer un nombre suffisant d'actes pour parvenir à l'équilibre financier. De plus, l'éloignement entraîne des surcoûts d'approvisionnement.

Cela demande impérativement une modification du mode de financement.

Le Député HAJJAR propose un mode de financement réaliste, approuvé par le Président du Conseil Exécutif de la CTM, qui tient compte de ces éléments :

- réexamen du coefficient géographique ;
- application du coefficient géographique revisité à l'ensemble des recettes ;
- création d'une MIG spécifique aux Outre-Mer ; (Les missions d'intérêt général (MIG) recouvrent des activités spécifiques et bien identifiées qui ne peuvent être financées à l'activité soit en raison de l'absence d'une classification adaptée, soit compte tenu de leur rattachement impossible à un patient donné, réanimation, chirurgie cardiaque, etc...)

Le Député rappelle les propositions des rapporteurs de la mission flash sur le coefficient géographique appliqué aux établissements de santé en outre-mer, décembre 2023 :

*« Propositions des rapporteurs de la mission flash sur le coefficient géographique appliqué aux établissements de santé en outre-mer, décembre 2023 :*

*Proposition 1 : Rendre les prochaines réévaluations du coefficient géographique plus transparentes en associant dès le début les ARS, les fédérations hospitalières et les directeurs des CHU ultramarins aux choix méthodologiques.*

*Proposition 2 : Une fois les choix méthodologiques effectués, instaurer un principe d'échange contradictoire, lors des prochaines actualisations du coefficient géographique, entre la DREES et les ARS et les directions hospitalières concernées.*

*Proposition 3 : Instaurer une obligation de révision bisannuelle du coefficient géographique appliqué aux établissements de santé outre-mer.*

*Proposition 4 : Instaurer une dotation forfaitaire compensatoire dès que possible pour l'ensemble des hôpitaux ultramarins car l'étude de la DREES pote sur les données de l'année 2019 ; les établissements de santé auraient dû bénéficier de la revalorisation dès le budget 2020. Il convient donc de compenser ce manque à gagner qui a perduré pendant 4 ans. Et si certains d'entre eux n'ont pas vu leur coefficient augmenter, c'est uniquement en raison des biais dénoncés par ce rapport. Ils ne méritent pas d'être traités différemment des autres.*

*[Suite à la publication d'un rapport de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) visant à actualiser les coefficients géographiques appliqués notamment aux outre-mer et considéré dans ses limites méthodologiques (comparatifs insuffisants, surcoûts sous-estimés notamment dans la construction, les infrastructures et le poids des salaires)].*

*Proposition 5 : Programmer les aides à la trésorerie sur une échelle pluriannuelle de manière à permettre aux hôpitaux ultramarins de gagner en visibilité et d'anticiper. Les verser en début d'année et non en fin d'année comme c'est actuellement le cas.*

*Proposition 6 : Par souci d'équité et afin de prendre en compte le fait que les pathologies les plus lourdes sont principalement prises en charge par les établissements de santé publics, envisager un dispositif de pondération financière à destination de ces derniers*

*Proposition 7 : Évaluer l'impact sur le financement des hôpitaux ultramarins du sous-financement des activités externes ainsi que la non prise en compte par la tarification nationale journalière de certaines prestations*

*Proposition 8 : Au-delà du coefficient géographique, financer de façon pérenne les missions de recours, de référence, de recherche, et de soutien zonal (exemple évacuations sanitaires de Mayotte vers la Réunion) des CHU Ultramarins, à partir de sous-financements objectivés ».*

Un autre axe d'amélioration concerne l'efficacité des organisations qui appelle des efforts importants de la part des communautés hospitalières, et devrait avoir pour objectif de réduire les déficits résultant de nos pratiques. D'où l'intérêt primordial de la création d'un Institut de management pour les professionnels de santé unanimement souhaitée par tous les acteurs de la santé en Martinique.

## **C - LES MESURES PROPRES À LA MEDECINE DE VILLE.**

### **a) Mesures de nature à favoriser l'installation de nouveaux médecins**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2003, le Conseil national de l'ordre des médecins recensait 322 973 médecins inscrits au Tableau<sup>15</sup>. Dans les collectivités régies par l'article 73, on dénombrait 6640 médecins actifs dont 1312 en Guadeloupe (19,8% représentant 20,3 de la population) et 1163 en Martinique (17,5% représentant 19,3% de la population). La densité de médecins généralistes a diminué ces dix dernières années, passant de 153 pour 100 000 habitants en 2012 à 140 en 2021, selon la Drees. Leurs effectifs ont baissé tandis que la population augmentait. Et les inégalités médicales entre territoires se sont accrues.

---

<sup>15</sup> Dr François Arnault, Au Atlas de la démographie médicale en France au 1<sup>er</sup> janvier 2023, Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). Ce chiffre diffère, cependant, du nombre de médecins en activité. En effet, à la même date, on dénombrait 234 028 médecins en activité totale inscrits à l'Ordre des médecins.

Conformément aux principes déontologiques fondamentaux de la médecine libérale, ces professionnels s'installent librement sur l'ensemble du territoire. La liberté d'installation introduite par la loi n° 71-525 du 3 juill. 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux (art. 1er) et reprise à l'article L.162-2 du CSS leur est garantie dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé. Cette dernière peut juridiquement être corrélée au droit fondamental d'aller et venir, à la liberté d'entreprendre voire à la liberté d'établissement garantie par le droit de l'Union européenne. La liberté d'installation garantit une indépendance territoriale de l'exercice libéral de la médecine.

En théorie, l'exercice de cette liberté devrait conduire le médecin à s'installer dans des lieux où l'offre de soins est insuffisante par rapport à la demande. En pratique, le rapport entre l'offre et la demande de soins ne semble pas déterminant dans le choix du lieu d'installation. Un déséquilibre territorial est ainsi progressivement apparu dans l'offre médicale privée de soins. Ce décalage a été accentué par le fait que « seuls 9,4% des étudiants en médecine choisissent l'exercice en libéral après leurs études et que, parmi eux, 23% seulement s'installent en zone rurale »<sup>16</sup>. Certains lieux sont devenus des déserts médicaux et ont conduit les pouvoirs publics, pour y faire face, à mener des actions en direction des médecins et des futurs médecins. Or, face à ce problème de territoires déficitaires en offre de soins, les outils juridiques privilégiés sont essentiellement fondés sur l'incitation

Il en va ainsi de la convention médicale de 2011 qui invite les médecins à s'installer dans des zones déficitaires. La loi du 23 février 2005 permet aux collectivités territoriales d'attribuer des aides aux professionnels de santé afin de favoriser leur intervention dans les zones sous dotées. La loi dite HPST du 21 juillet 2009, qui entend « traiter les inégalités infrarégionales dans la répartition de l'offre de soins, et notamment les difficultés des zones les plus sous dotées en médecins », a institué, en ce sens, le contrat d'engagement de service public (CESP).

Il est symptomatique des difficultés d'une politique de répartition géographique médicale. En recourant à la technique contractuelle, il s'est agi pour le législateur de faire accroire que l'atteinte partielle, à la liberté d'installation résulte d'une acceptation de son titulaire. Dans cette perspective, l'atteinte n'a pas pour origine une décision de l'administration mais celle du futur médecin. A l'analyse, ce dispositif informe, peu ou prou, un abandon, certes volontaire et provisoire, de la liberté du médecin dans la mesure où il présente toutes les caractéristiques d'un contrat d'adhésion. Il ne laisse pas de place à la négociation. Derrière « l'apparente réalité » d'un engagement libre, le contrat lie d'une manière particulière le futur médecin quant au choix du lieu d'installation.

Force, néanmoins, est de constater que cet outil, à l'instar de l'ensemble des mesures incitatives, n'a pas apporté la preuve de son efficacité comme moyen d'une meilleure répartition géographique des médecins sur deux plans. En premier lieu, selon les chiffres officiels, au titre de l'année universitaire 2020-2017, seuls 466 contrats ont été proposés, même si ce nombre est en augmentation constante. Par ailleurs, le peu de succès rencontré par ce dispositif repose sur trois considérations :

- d'abord, l'obligation de service que doit respecter le jeune professionnel installé est limitée dans le temps puisqu'elle doit correspondre à une durée égale à celle de versement de l'allocation avec un minimum de 2 ans ;
- ensuite, le régime juridique permet au professionnel de "racheter" les sommes versées pour se soustraire à l'obligation de service avant son terme ;
- enfin, les effets sont différés : la signature d'un contrat avec un étudiant n'aura de conséquences qu'une fois les études achevées et le projet d'installation lancé, soit un certain nombre d'années plus tard.

---

<sup>16</sup> G. Rousset, La lutte contre les « déserts médicaux » depuis la loi HPST : entre désillusions et espoirs nouveaux, RDSS 2012. 1061

Loin de signifier leur impertinence, l'échec relatif des mesures incitatives et singulièrement du CESP est éclairant sur la nécessité d'envisager la problématique de la répartition géographique des médecins selon d'autres paramètres. En 2015, Le Commissariat général à l'égalité des territoires a pu, en effet, montrer que les facteurs d'attractivité majeurs sont la qualité et le cadre de vie offerts sur un territoire (distance domicile-travail, type d'agglomération...), les possibilités d'emploi du conjoint offertes sur le territoire ou l'existence de services à la population, ou les équipements et infrastructures présents sur le territoire (établissements scolaires ou de garde d'enfant, commerces...)<sup>17</sup>. Il en ressort que le phénomène d'inégalité de répartition de l'offre en médecine générale résulte, notamment, de l'évolution des mentalités et des aspirations des jeunes médecins qui souhaitent concilier carrière professionnelle et épanouissement personnel.



La santé étant une compétence régalienne de l'État, l'option politique consiste désormais à agir sur les déterminants à l'installation comme l'a relevé une étude de la commission nationale des jeunes médecins du Conseil national auprès d'un échantillon de plus de 15.300 professionnels, dont 70% de médecins déjà installés, 16% d'internes et 14% de médecins remplaçants<sup>18</sup>. Il en ressort que le territoire et

La proximité familiale constitue, aujourd'hui, les déterminants majeurs à l'installation. Dans cette perspective, chaque territoire doit pouvoir faire valoir ces atouts.

Dans un contexte démographique général inquiétant, la question de la démographie médicale<sup>19</sup> est au cœur des réflexions des professionnels de santé situés en Martinique depuis un certain nombre d'années et particulièrement depuis la COVID qui aurait fortement éprouvé le secteur de la santé sur ce point. L'Union régionale des médecins libéraux de la Martinique (URML) en a fait une priorité d'action<sup>20</sup> en se posant les questions suivantes :

- Comment encourager des professionnels à exercer à la Martinique, territoire sous dotés depuis de nombreuses années et qui connaît des difficultés structurelles ?

<sup>17</sup> Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), 2015, Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires, Paris, Premier Ministre.

<sup>18</sup> Enquête sur les déterminants à l'installation : des freins à lever pour accompagner les internes et jeunes médecins à exercer dans les territoires. <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques->

<sup>19</sup> La démographie médicale est, au sens propre, l'étude statistique de la population de la profession médicale, ou au sens large, des professions de santé. Elle est aussi la pratique de la régulation de la population de ces professions dans le cadre plus large de la gestion du système de soins d'un pays.

<sup>20</sup> La santé à la Martinique Quelle stratégie d'attractivité Pour sortir de la crise ? Étude proposée par Bertrand Parent, Pr à l'EHESP Pour l'URML de la Martinique, Janvier 2023

- Comment les aider à s’y former, à s’y installer et à y pratiquer de manière durable et utile ?
- Quelles sont les principales solutions pratiques pouvant être mises en œuvre par les professionnels de santé et leurs représentations, aux côtés de l’État, des collectivités territoriales et autres acteurs locaux

Au terme de l’étude menée par le professeur Bertrand Parent, Pr à l’EHESP pour le compte de cette organisation, il en ressort une conviction forte, « ... *nous pensons que l’attractivité du territoire martiniquais en matière de santé se joue essentiellement dans la capacité conjointe des acteurs du territoire à valoriser le sens profond du travail de soin, conçu comme l’art subtil d’aider chacun à retrouver son capacitair, son autonomie. La Martinique semble disposer de tous les atouts pour que les soignants puissent y trouver/retrouver l’art subtil du soin, qui reste la véritable motivation de leur engagement dans les professions de santé* ».

Sur cette base, des propositions pour un plan d’actions d’attractivité en santé à la Martinique sont formulées autour de quatre axes :

Axe 1 : Promouvoir l’excellence et les initiatives des acteurs de terrain

Axe 2 : Sécuriser les parcours professionnels entre la Martinique et le territoire national, dans les deux sens.

Axe 3 : Développer les compétences de management et d’innovation en santé

Axe 4 : Installer une gouvernance régionale et partenariale de l’attractivité en santé

Relativement à la question de l’attractivité, l’axe 2 recense un certain nombre d’actions afin de remédier au déficit des médecins sur le territoire telles que :

L’élaboration de contrats de travail prévoyant des périodes d’emploi à la Martinique (multiples de 3 ans),

Une évolution de carrière et prévenant tout risque de déclassement au moment du retour vers l’emploi initial.

L’élaboration des conventions cadre ou un Groupement de Coopération sanitaire (GCS) de moyens entre établissements de santé (CHU) de l’hexagone et de la Martinique garantissant des parcours professionnels valorisant pour des Internes et PH (dans les deux sens avec pour objet la construction de parcours professionnels valorisés au sein des établissements qui seraient engagés par convention dans une coopération spécifique en matière de gestion des ressources humaines médicales et soignantes). Une typologie de parcours professionnels comprenant plusieurs années d’exercice dans les établissements de santé de la Martinique serait offerte à des PH de l’hexagone afin de contribuer aux évolutions de l’offre de services en santé de la Martinique vers un développement de nouvelles filières de prise en charge, le développement de la formation et la recherche en santé. Réciproquement, des PH et autres professionnels de santé exerçant à la Martinique pourraient bénéficier sur le même modèle de parcours dédiés dans des établissements de santé de l’hexagone.

S’inscrivant dans une logique « gagnant- gagnant », ces propositions, notamment celles qui s’adressent à de jeunes étudiants, concordent avec des expériences menées à l’étranger qui témoignent que « *les dispositions les plus efficaces sont généralement celles intégrées à la formation initiale. Elles peuvent avoir pour objectif de renforcer les prédispositions qu’ont certains étudiants, sélectionnés en raison de leur profil, de leurs aptitudes, de leur origine sociale ou géographique, à exercer dans ces zones « sous-dotées » ou de les sensibiliser aux enjeux d’une répartition plus homogène de l’offre de soins* »<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> Y. Bourgueil, J. Mousquès, A. Tajahmadi, Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France, IRDES, 2006.

L'ARS, pour inciter les jeunes médecins généralistes à s'installer dans les zones dites désert médicaux, garantit un revenu de 7 590 €. Une partie de ce revenu est versée par l'ARS, à condition de s'installer dans les communes d'Ajoupa-Bouillon, Anses-d'Arlet, Basse-Pointe, Bellefontaine, Carbet, Case-Pilote, Fonds-Saint-Denis, Grande-Rivière, Lorrain, Macouba, Marigot, Morne-Rouge, Morne-Vert, Prêcheur, Sainte-Anne, Saint-Esprit, Vauclin, Lorrain, Macouba.

Les médecins doivent réaliser au moins 165 consultations par mois et travailler au moins neuf demi-journées et demie.

Ces solutions incitatives, n'ont pas à ce jour porté beaucoup de fruits. Elles doivent cependant être poursuivies, car la crise est si grave qu'on ne peut se permettre de « faire la fine bouche ». Toute solution qui tend à remédier à la répartition inégale des médecins sur l'ensemble du territoire de la Martinique est à envisager, tant le pays souffre d'un double handicap. Comparativement à l'hexagone, la Martinique est, en soi, un désert médical générant des déserts médicaux quand on observe la cartographie médicale marquée par une offre de soins de premier recours insuffisante dans le Nord, singulièrement du côté atlantique et un centre hypertrophié avec 45% de professionnels de santé libéraux dont 27% dans le chef-lieu<sup>22</sup>.

## **b) Les mesures de nature à lutter contre les déserts médicaux**

Sous-tendue par un contexte de démographie médicale difficile<sup>23</sup>, cette question doit être analysée à l'aune de deux exigences juridiques fondamentales, la liberté d'installation évoquée précédemment et l'égalité d'accès aux soins et plus largement l'égalité d'accès au service public qui de prime abord, apparaissent contradictoires quoique conciliables. Sans que l'on puisse établir de lien de causalité, l'on peut noter que le maintien de la liberté d'installation au rang des principes déontologiques fondamentaux a, jusqu'ici, empêché d'améliorer significativement la répartition géographique des médecins. Selon le médecin Alain Grimaldi, défenseur de la santé publique, « *le droit des médecins à la liberté d'installation signifie en pratique le droit aux déserts médicaux* »<sup>24</sup>. *Dans un rapport du Sénat, il est indiqué que « Le principe de liberté d'installation est insuffisamment mis en regard du principe d'égal accès aux soins et de la notion d'intérêt général »*<sup>25</sup>.

La question des inégalités territoriales présente l'intérêt de permettre d'étudier la représentation des pouvoirs publics en matière de santé. Or, face à ce problème de territoires déficitaires en offre de soins, les outils juridiques privilégiés sont, on l'a dit, essentiellement de nature incitative<sup>26</sup>. La loi HPST du 21 juillet 2009 a montré la voie puisque sans remettre en cause la liberté d'installation des médecins, elle a mis en place un arsenal juridique afin de remédier au problème des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

---

<sup>22</sup> Source Enquête INSEE 2010 citée dans l'étude réalisée par l'URML, p.6.

<sup>23</sup> La démographie médicale est, au sens propre, l'étude statistique de la population de la profession médicale, ou au sens large, des professions de santé. Elle est aussi la pratique de la régulation de la population de ces professions dans le cadre plus large de la gestion du système de soins d'un pays.

<sup>24</sup> Alain Grimaldi, *Manifeste pour la santé 2022*, Odile Jacob, 2021.

<sup>25</sup> Rapport d'information fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement Durable par le groupe de travail sur les déserts médicaux, par Hervé Maurey et Jean-François Longeot, Sénat, 2020

<sup>26</sup> Il s'agit de faire venir les professionnels de santé dans des zones déficitaires en offre de soins sous la forme d'aides financières ou matérielles à travers la prise en charge des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins en contrepartie d'un exercice d'une certaine durée dans la même zone (mise à dispositions de locaux professionnels, d'un logement, primes d'installation ou d'exercice



Leur effet limité avéré<sup>27</sup> autorise, cependant, à poser, aujourd'hui, la question de la pertinence d'outils axés sur la coercition favorisant l'accès aux soins aux dépens de la liberté d'installation. Elle mérite d'être, politiquement posée avec le risque de substituer une complication (les inégalités territoriales) par une nouvelle (une pénurie généralisée de professionnels de santé libéraux, notamment médecins). Peut-on imaginer, juridiquement, de lutter contre les inégalités territoriales en matière de santé en restreignant la liberté d'installation.

N'ayant pas de valeur supra-législative, la liberté d'installation peut, juridiquement, être limitée par le législateur. Loin d'être absolue, la liberté peut être restreinte au nom de l'exigence d'intérêt général, voire l'impératif général de permettre à chacun d'accéder aux soins. Loin d'être hypothétique, le droit positif augure un tel scénario.

Le contrat santé solidarité créé par la loi HPST présentait, initialement, toutes les caractéristiques d'un dispositif coercitif car sur la base d'éventuelles zones sous-denses déterminées grâce à l'évaluation des résultats du SROS, le directeur général de l'ARS pouvait proposer aux médecins exerçant dans les zones très bien dotées, d'adhérer à un contrat par lequel ils s'engageaient à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones sous dotées. En cas de refus de signature ou, s'il y a signature, et violation des obligations, une contribution forfaitaire annuelle devait être versée. Mais ce contrat a, d'abord, été enterré de fait lorsqu'en 2010, le ministre en charge de la Santé en exercice, Roselyne Bachelot, a annoncé qu'elle ne prendrait jamais le décret d'application de cette disposition, la rendant inapplicable. Il a, ensuite, été enterré de droit par la loi du 10 août 2011, dite loi Fourcade, laquelle a supprimé non pas le contrat santé solidarité, mais la pénalité en cas de refus de signature du contrat ou de violation. Sans son caractère coercitif, ce contrat perd son originalité comme son utilité, constituant donc une tentative avortée de coercition. Nonobstant sa disparition, ce dispositif laisse entrevoir la possibilité de recourir à des mécanismes coercitifs pour lutter contre les déserts médicaux. À ce titre, deux dispositifs constituent de sérieuses piste de réflexion.

C'est le cas, en premier lieu, du conventionnement sélectif qui a pour particularité de permettre le conventionnement des professionnels s'installant dans des zones sur-dotées en le limitant au seul remplacement des professionnels qui cessent leur activité dans cette zone. Prévu pour et par les infirmières par l'avenant de 2008 à la Convention infirmière, ce procédé a été repris par les masseurs-kinésithérapeutes en 2011-2012<sup>28</sup>. Selon un auteur, « *Techniquement, cet outil ne porte pas directement atteinte à la liberté d'installation, puisque le professionnel a toujours la possibilité de s'installer dans la zone en question, même en n'étant pas conventionné* »<sup>29</sup>.

L'idée semble empreindre les esprits. En 2017, la Cour des comptes<sup>30</sup> proposait de mettre en place un « *conventionnement sélectif* » dans les zones sur-dotées en médecins, où les nouveaux entrants n'auraient le droit de s'installer qu'en secteur 1, avec des tarifs plafonnés. Un rapport du Conseil économique, social et environnemental (CESE) du 14 décembre 2017 soutenait également cette proposition. De telles mesures trouvent également un écho au sein de la population. Un sondage réalisé par Ipsos en 2019 par la Fédération hospitalière de France a montré que 84 % des personnes interrogées étaient favorables à « *une obligation pour les médecins de s'implanter dans certains territoires lors de leurs premières années d'exercice pour les répartir plus équitablement* ».

---

<sup>27</sup> En 2017, la Cour des comptes pointait « *une forme de fuite en avant* [depuis le début des années 2000, NDLR], *sans évaluation ni de l'efficacité globale ni du rapport coût/avantage qui en résulte* ». Elle chiffrait le coût de l'ensemble des incitations financières à 87 millions d'euros en 2015, Cour des comptes, « L'avenir de l'assurance maladie », 2017

<sup>28</sup> N.B : cette disposition ait été annulée par le Conseil d'Etat dans un arrêt du 17 mars 2014, mais pour un motif de procédure).

<sup>29</sup> G. Rousset, Déserts médicaux et liberté d'installation des professionnels de santé : comment favoriser l'accès aux soins ?, <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/ethique-et-societe/deserts-medicaux-et-liberte-d-installation-des-professionnels-de-sante-comment-favoriser-l-acces-aux-soins>. Certaines propositions de loi

<sup>30</sup> Cour des Comptes, « *La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins* », 2017.



La seconde piste est le numerus clausus à l'installation dont l'objet est de soumettre l'installation des professionnels à une autorisation administrative comme c'est déjà le cas pour d'autres professions de santé dont les pharmaciens officinaux suite à la loi du 11 septembre 1941. « *Cet exemple est d'autant plus marquant qu'il s'applique à une profession qui n'est pas libérale mais commerciale. Il ne serait donc pas incohérent de l'imaginer pour les médecins* »<sup>31</sup>.

Sans faire de la coercition la solution aux inégalités territoriales, notamment dans un contexte de désaffection croissante des étudiants pour la médecine libérale, il semble bien que l'idée d'une régulation soit inscrite à l'agenda politique au regard de l'ampleur du phénomène d'inégalités territoriales (déserts médicaux). Pour la seule année 2021, ce ne sont pas moins de trois propositions de loi qui ont été déposées sur le bureau de l'Assemblée Nationale au cours de la seule année 2021<sup>32</sup>. Bien que rejetée par l'Assemblée Nationale au cours de l'examen de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins<sup>33</sup>, l'amendement proposant la régulation de l'installation des soignants qui ne pourraient s'installer « de droit » que dans les zones confrontées à une pénurie de soignants exemplifie, à bien des égards, l'idée qu'un processus est en cours car porté par un groupe transpartisan.

Le professeur Georges JEAN-BAPTISTE, fait observer que nombre de jeunes médecins libéraux souhaitent aujourd'hui avoir des conditions de travail plus compatibles avec une vie familiale et personnelle, et préfèrent un exercice salarié à une installation libérale. C'est pourquoi, il propose que les collectivités et/ou l'initiative privée créent des centres médicaux pluridisciplinaires avec secrétariat et matériel de base, qui permettraient aux médecins un exercice salarié ou coopératif.

---

<sup>31</sup> Ibid.

<sup>32</sup> Assemblée nationale, Proposition de loi pour une santé accessible à tous et contre la désertification médicale, n° 4589, 19 oct. 2021 ; Assemblée nationale, Proposition de loi visant à lutter contre la désertification médicale, n° 4735, 30 nov. 2021 ; Assemblée nationale, Proposition de loi d'urgence contre la désertification médicale, n° 4784, 7 déc. 2021.

<sup>33</sup> Proposition ayant abouti à l'adoption de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels

## CONCLUSION

L'Institut des Droits l'Homme de la Martinique qui a pour mission, entre autres, de veiller au respect du droit fondamental à la santé, après avoir très largement entendu les professionnels de la santé, a recensé quelques dysfonctionnements graves du système de santé, et a mis en synergie les propositions de solutions pour améliorer la santé en Martinique.

Bien entendu, ce travail n'est pas exhaustif ni exclusif de celui fait par d'autres. Mais, il a le mérite d'avoir été fait avec sérieux et sans prétention. Au terme de notre réflexion, quelques idées fortes s'imposent à nous :

- le droit à la santé et à des soins de qualité est un droit fondamental pour les citoyens, y compris en Martinique, et il revient à l'État d'en garantir l'accès, comme le rappelait d'ailleurs la Cour des Comptes dans son rapport publié en 2014 et intitulé « La Santé dans les Outre-Mer, une Responsabilité de la République » ;
- il s'agit d'un sujet particulièrement complexe qui concerne un système dans lequel tous les éléments qui le composent, sont étroitement liés entre eux, et interagissent les uns avec les autres. Et quand bien même chaque champ appelle des mesures sectorielles, celles-ci doivent prendre en compte cette interdépendance.

C'est le sens du concept One Health, une Seule Santé, associant santé humaine, santé animale, et santé environnementale, prôné par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), repris dans les orientations de la politique de santé en France, y compris le Projet Régional de Santé.

Et si la définition d'un véritable projet territorial de politique sanitaire pour la Martinique, établi en concertation avec tous les acteurs de la santé, dans un esprit de dialogue, et la volonté de tenir compte de la réalité martiniquaise, doit passer par une réforme de la gouvernance, il faut oser la réaliser.

Il est essentiel que ce projet entende les professionnels de santé et le corps social, conformément d'ailleurs à la volonté du législateur qui instituait le principe de démocratie sanitaire dans la loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

- L'amélioration du système de santé en Martinique nécessite obligatoirement, la mise en place d'un véritable processus rigoureux et régulier d'évaluation, qui fait malheureusement défaut aujourd'hui.

Pour terminer, nous restons persuadés que la santé doit être l'affaire de chaque citoyen, la sienne bien sûr, mais aussi, celle de la communauté. Nous exprimons le souhait d'une mobilisation associant élus, professionnels de santé, et toutes les composantes de la société pour la mise en œuvre effective des mesures indispensables pour améliorer le service public de la santé en Martinique.

**LE 04 AVRIL 2024 .**

**LE PRESIDENT**  
**Raymond AUTEVILLE**  
*Avocat à la Cour*  
Ancien Bâtonnier de l'Ordre



## **LA COMMISSION SANTE**

La loi du 4 mars 2022 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner, rappelle que les Droits Fondamentaux du patient doivent être respectés, en toute circonstance : « *la personne malade a droit au respect de sa dignité* » - (article L 1110-2 du Code de la Santé Publique).

Le code de déontologie médicale souligne « *le médecin au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne, et de sa dignité* ».

Ce droit au respect de la dignité de la personne malade est une déclinaison du principe constitutionnel de sauvegarde de la personne humaine. Il s'applique dès le commencement de la vie, et ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Le service public de la santé va mal en Martinique. Régulièrement, le personnel en grève en appelle à l'opinion publique, sur le manque de moyens et les problèmes d'organisation des services, qui mettent en cause tant l'accès aux soins, que le respect de la dignité humaine.

L'Institut des Droits de l'Homme de la Martinique, alerté par de nombreux problèmes soulevés par le fonctionnement du service public de la santé, a décidé de créer, en son sein, une Commission SANTE, chargée d'étudier la nature des problèmes posés, et les solutions envisageables, de concert avec l'ensemble de tous les acteurs de la santé en Martinique.

### **PRESIDENTE :**

- Michelle GOTTIN : Enseignante retraitée

### **MEMBRES :**

- Annette AUTEVILLE : Directrice d'école
- Bernard FRANCOIS-LUBIN : Chargé d'enseignement de droit public
- Jacqueline RENIA : Avocat, ancien Bâtonnier de l'Ordre
- Eric MILTON : Ambulancier SAMU-SMUR.
- Yves PROSPA : Infirmier retraité
- Frantz VENTURA : Ancien Directeur Général du CHUM



## PRESENTATION DE L'I.D.H.M.

**L'INSTITUT DES DROITS DE L'HOMME DE LA MARTINIQUE (I.D.H.M.),** association régie par la loi 1901, a été créée à l'initiative de **Monsieur le Bâtonnier Raymond AUTEVILLE.**

L'Assemblée Générale Constitutive a eu lieu à l'Amphithéâtre Frantz FANON, Faculté de Droit de la Martinique, le 30 avril 2008.

**L'INSTITUT DES DROITS DE L'HOMME DE LA MARTINIQUE, A POUR MISSION STATUTAIRE :**

- d'œuvrer par tout moyen à la promotion et au respect des Droits de l'Homme ;
- de développer l'information et la formation relative à l'étude, à la défense effective des Droits de l'Homme ;
- de favoriser la formation et les échanges des praticiens des Droits de l'Homme, et renforcer, dans un but commun de protection des Droits de l'Homme, les liens unissant ces praticiens ;
- de participer et organiser des actions de formation théorique et pratique, dans le domaine des Droits de l'Homme et des Libertés publiques ;
- d'organiser des manifestations de toute nature, et d'encourager la publication d'études de travaux, ou d'articles relatifs aux Droits de l'Homme ;
- de nourrir des liens avec d'autres Instituts ou organismes, exerçant des activités dans le domaine des Droits de l'Homme.



Institut des Droits  
de l'Homme de la Martinique

## **CONSEIL D'ADMINISTRATION**



**Monsieur le Bâtonnier Raymond AUTEVILLE**  
Avocat à la Cour  
**PRESIDENT**



**Maître Laurie CHANTALOU-NORDE**  
Avocat à la Cour  
**VICE-PRESIDENTE**



**Madame Francette BELLAME**  
Cadre de banque  
**SECRETAIRE GENERALE**



**Maître Corinne BOULOGNE-YANG-TING**  
Avocat à la Cour  
**SECRETAIRE GENERALE ADJOINTE**



**Madame Michelle GOTTIN**  
Enseignante retraitée  
**TRESORIERE**



**Monsieur Victor ANICET**  
Professeur artiste céramiste  
**TRESORIER ADJOINT**

# TABLE DES MATIERES

## REFLEXIONS ET PROPOSITIONS SUR LE SYSTEME DE SANTE EN MARTINIQUE

PERSONNES ET AUTORITES SOLLICITEES PENDANT LA PHASE D'AUDITION, D'ECOUTE ET DE REFLEXION, PREALABLE A LA REDACTION DU PRESENT RAPPORT-----	<b>P : 2</b>
PRECISIONS SUR L'ADOPTION DU RAPPORT.....	<b>P : 3</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>P : 4 à 5</b>
<b>I - LES CARENCES DU SYSTEME DE SANTE</b> -----	<b>P : 6</b>
<b>A) LE SERVICE HOSPITALIER</b>	
a - Les urgences-----	<b>P : 7</b>
b - Les problématiques de santé publique-----	<b>P : 8</b>
1) Cancer-----	<b>P : 8</b>
2) La prise en charge des personnes âgées-----	<b>P : 9</b>
3) Les autres secteurs sensibles-----	<b>P : 10</b>
c - La vétusté de l'immobilier et du matériel-----	<b>P : 10</b>
d - La situation financière des hôpitaux-----	<b>P : 11</b>
<b>B) LA MEDECINE DE VILLE</b> -----	<b>P : 15</b>
a - Déficit en personnel médical généraliste et spécialiste ; les déserts médicaux-----	<b>P : 15</b>
b – Coordination insuffisante médecine de ville/hôpital -----	<b>P : 16</b>
c – Difficultés d'accès aux soins, retards de prise en charge, perte de chance, engorgement des urgences-----	<b>P : 17</b>
d – Relation avec la patientèle-----	<b>P : 17</b>
<b>II – PRECONISATION EN VUE DE L'AMELIORATION DU SYSTEME DE SANTE EN MARTINIQUE</b> -----	<b>P : 18</b>
<b>A) LES MESURES COMMUNES AU SECTEUR HOSPITALIER ET A LA MEDECINE DE VILLE</b>	
a - Mesures de nature à favoriser l'attractivité du territoire-----	<b>P : 19</b>
1) Pour le secteur hospitalier-----	<b>P : 19</b>
2) Pour la médecine de ville-----	<b>P : 20</b>
b - Accélérer la formation des médecins en Martinique-----	<b>P : 22</b>
c – Optimisation des relations médecins de ville/hôpital-----	<b>P : 23</b>

## **B) LES MESURES PROPRES AU SECTEUR HOSPITALIER**

a - Les urgences-----	<b>P</b> :23
b – les autres secteurs sensibles-----	<b>P</b> :24
1) Le cancer-----	<b>P</b> :24
2) Les personnes âgées-----	<b>P</b> :25
3) Les autres affections-----	<b>P</b> :25
c - La santé financière des hôpitaux-----	<b>P</b> :27

## **C) LES MESURES PROPRES A LA MEDECINE DE VILLE**

a - Mesures de nature à favoriser l’installation de nouveaux médecins-----	<b>P</b> :27
b – Les mesures de nature à lutter contre les déserts médicaux-----	<b>P</b> :31

<b>CONCLUSIONS</b> -----	<b>P</b> :34
--------------------------	--------------

LA COMMISSION SANTE-----	<b>P</b> :35
--------------------------	--------------

PRESENTATION DE L’IDHM-----	<b>P</b> :36
-----------------------------	--------------

CONSEIL D’ADMINISTRATION-----	<b>P</b> :37
-------------------------------	--------------