



[C] CADRE  
[O] D'ORIENTATION  
[S] STRATÉGIQUE

2018-2027

# SOMMAIRE

<b>PREAMBULE</b> .....	3
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	4
<b>A. UN PROJET REGIONAL DE SANTE DE NOUVELLE GENERATION</b> .....	4
<b>B. DES ORIENTATIONS ET UNE STRATEGIE CO-CONSTRUITES AVEC LES ACTEURS DE SANTE MARTINQUAIS</b> .....	5
<b>II. ELEMENTS DE CONTEXTE</b> .....	6
<b>A. LES FORCES ET LES FAIBLESSES DU TERRITOIRE : EVOLUTION DES DONNEES DE SANTE PUBLIQUE ET DES BESOINS DES MARTINQUAIS</b> .....	6
1. Un territoire insulaire plus exposé aux risques .....	6
2. Une population en diminution, répartie inégalement sur le territoire .....	7
3. Un vieillissement accéléré de la population .....	7
4. Des situations de forte précarité et d'importantes inégalités de ressources .....	8
5. Une amélioration globale de l'état de santé de la population .....	8
6. Des indicateurs de santé qui restent inquiétants et des problématiques de santé publique qui persistent .....	9
<b>B. LES FORCES ET LES FAIBLESSES DU SYSTEME DE SANTE : MENACES ET OPPORTUNITES POUR DEMAIN</b> .....	11
1. Une démographie médicale fragile, insuffisante pour couvrir les besoins de demain et une offre hospitalière en tensions.....	11
2. Un accès parfois complexe à l'offre de santé .....	12
3. Des coordinations intersectorielles à renforcer pour répondre à l'évolution des besoins de prise en charge « complexe ».....	13
4. Des problématiques de santé publique qui demandent à conforter la démarche globale de promotion de la santé, déclinée par territoire de proximité.....	13
5. Des problématiques de santé publique qui demandent à conforter la démarche globale de promotion de la santé, déclinée par territoire de proximité.....	14
<b>III. LES ENJEUX À RELEVER POUR LA MARTINIQUE</b> .....	16
<b>A. LES PRIORITES POUR LA MARTINIQUE : DEUX GRANDES AMBITIONS POUR DEMAIN</b> .....	16
1. Améliorer l'état de santé de la population : relever 5 grands enjeux.....	16
2. Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé .....	20
<b>B. ADAPTER LE SYSTEME DE SANTE AUX ENJEUX D'AUJOURD'HUI ET DE DEMAIN</b> .....	22
<b>IV. LES ORIENTATIONS REGIONALES</b> .....	23
<b>A. 3 GRANDES ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET 8 OBJECTIFS GENERAUX POUR RELEVER LES DEFIS ACTUELS ET A VENIR</b> .....	23
<b>1. Orientation 1</b> : Développer une culture partagée de la promotion de la santé permettant à chacun de devenir co-auteur de sa santé.....	23
<b>2. Orientation 2</b> : Viser l'excellence du système de santé Martiniquais.....	26
<b>3. Orientation 3</b> : Assurer la fluidité des parcours de santé par la définition d'une offre de santé graduée et intégrative en favorisant la coordination des acteurs en tout point du territoire .....	29
<b>B. LES CONDITIONS DE LA REUSSITE : DES LEVIERS D'ACTION TRANSVERSAUX A PROMOUVOIR</b> .....	31
1. Garantir la poursuite de la stratégie d'Animation Territoriale et favoriser la coordination des acteurs à l'échelle régionale et locale .....	31
2. Replacer l'utilisateur au cœur du système de santé .....	31
3. Développer l'innovation en santé .....	32
4. Renforcer la coopération régionale caribéenne et entre DOM/COM.....	32
5. Renforcer l'observation et l'évaluation en santé au service du pilotage et de la montée en compétence des acteurs.....	33
<b>C. LES RESULTATS ATTENDUS A 10 ANS</b> .....	34
<b>V. SYNTHESE</b> .....	35

## Préambule

[C]  
[O]  
[S]

L'évaluation du premier PRS a permis de tirer les enseignements nécessaires pour fixer le cap de la politique régionale de santé de la Martinique pour les prochaines années. Ainsi, le nouveau PRS, en étroite articulation avec la Stratégie Nationale de Santé qui inclut un volet spécifique aux territoires ultramarins, se veut être la feuille de route pour l'ensemble des acteurs régionaux en santé afin de favoriser :

- le décloisonnement de notre système de santé par la mise en place de parcours fluides
- une gouvernance partenariale et participative de la politique de santé
- une meilleure territorialisation des actions de santé.

La Région Martinique fait face à des enjeux de santé publique très sensibles, dont certains lui sont propres et inscrits dans un **contexte de mutation sociétale** (institutionnelle, démographique).

Ces enjeux de santé sont aussi liés à la prévalence des maladies cardio-vasculaires, à la mortalité infantile ainsi qu'aux cancers, à l'obésité et aux addictions. De façon spécifique, la Martinique se caractérise par le vieillissement de sa population et par des problématiques bien identifiées, parfois associées à des risques environnementaux à fort impact, au rang desquels les maladies vectorielles, telles les épidémies récurrentes de dengue, de Chikungunya et plus récemment de Zika en 2016.

Autre caractéristique : les établissements de la région présentent des déséquilibres structurels majeurs, à forts retentissements financiers, capables de fragiliser une prise en charge de qualité de la population.

Le contexte particulier des **maladies chroniques aux indicateurs supérieurs à la moyenne nationale**, impose une **politique de santé publique** affichant des priorités claires et mobilisant moyens et compétences **au service d'actions coordonnées et efficaces de l'ensemble des acteurs nationaux et locaux**. Elle doit aussi répondre à une exigence nettement accrue en termes de démocratie sanitaire, d'égalité d'accès aux soins et à la santé.

Dans ce contexte, notre ambition à travers le nouveau PRS est d'améliorer l'état de santé global de la population et de réduire les inégalités sociales et territoriales en santé. Les objectifs stratégiques pour la Martinique, inscrits dans le cadre de ce PRS de deuxième génération pour la période 2018- 2022, concernent :

- La nécessaire anticipation **du vieillissement de la population et de la perte d'autonomie**,
- L'amélioration de **la santé des mères et des enfants et la lutte contre la mortalité infantile et périnatale**,
- La **réduction de l'impact du surpoids et de l'obésité** et leurs incidences sur les maladies chroniques (diabète, HTA, IRC, maladies cardio-vasculaires),

- La prise en charge de qualité des **cancers**,
- La **santé mentale**.

Ces axes procèdent d'une réflexion collective et d'une large concertation pour apporter des réponses adaptées aux enjeux et défis à relever pour les martiniquais et leurs besoins de santé. Parmi leurs conditions de réussite, figurent de façon particulière **la coordination des acteurs de santé** (notamment à travers des dispositifs d'appui aux professionnels), **la démocratie en santé**, et **la coopération régionale caribéenne et entre DOM/COM**, capable d'optimiser l'efficacité des moyens.

L'Agence Régionale de Santé a pour mission de planifier et de mettre en œuvre les actions qui viendront répondre à l'ensemble de ces objectifs autour de principes clés :

- **une cohérence** avec les textes nationaux (Stratégie Nationale en Santé particulièrement) et locaux (Schéma de l'autonomie 2018 – 2023 de la CTM, PRSE 3, Plan Chlordécone, ...) afin que le PRS renforce les synergies locales en étayant les plans déjà à l'œuvre.

- **une transparence** : une place centrale a été donnée, au niveau méthodologique, à la concertation, laissant à chacun la possibilité de participer à l'élaboration de ce nouveau plan. 23 groupes de travail se sont réunis à plusieurs reprises entre juin et septembre 2017.

- **une opérationnalité** à travers la définition d'un périmètre circonscrit d'intervention, le développement de parcours de soins permettant de fluidifier l'accompagnement proposé ou encore la structuration d'un plan agile grâce à son dispositif de gouvernance qui autorisera une animation active et une mise en œuvre à géométrie variable.

Conformément à l'article 1434-1 du Code de la Santé Publique, complété par le Décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016, le Projet Régional de Santé, est articulé autour de 3 documents distincts et néanmoins complémentaires :

- le Cadre d'Orientation Stratégique (COS), qui propose des orientations stratégiques et leurs résultats attendus à 10 ans,
- le Schéma Régional de Santé (SRS), qui établit pour 5 ans les prévisions d'évolution de l'organisation de l'offre de santé et définit des objectifs opérationnels
- le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des publics vulnérables ■

Patrick HOUSSEL

Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Martinique

# [I] INTRODUCTION

Le Projet régional de santé (PRS) constitue le document directeur fixant le cap de la politique de santé de Martinique pour les prochaines années. Elaboré en concertation avec les acteurs de santé du territoire, le PRS a pour priorité d'améliorer l'état de santé des populations tout en favorisant leur égal accès à l'offre de prévention, à l'accompagnement médico-social, aux soins ambulatoires et hospitaliers, dans une perspective de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

L'Agence régionale de santé a pour mission de mettre en œuvre et de planifier les actions stratégiques qui viendront répondre à ces objectifs, en proposant des réponses nouvelles et adaptées aux besoins et aux parcours des personnes tout au long de leur vie.

## A/ Un projet régional de santé de nouvelle génération

L'élaboration de ce nouveau document de planification intervient dans un contexte national en évolution. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 redéfinit le contenu du Projet Régional de Santé, composé désormais de trois documents :

- Un Cadre d'Orientation Stratégique (COS), fixant les grands objectifs à atteindre d'ici 10 ans,
- un Schéma Régional de Santé (SRS), plus opérationnel, définissant des priorités d'actions pour les 5 prochaines années,
- un Programme Régional d'accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS).

Le premier Projet de Santé a marqué l'acte de naissance de l'ARS Martinique. L'exhaustivité du diagnostic réalisé, la qualité du travail de co-construction engagé, la diversité des actions entreprises ont permis à l'ARS et à l'ensemble de ses partenaires de disposer d'une feuille de route ambitieuse à décliner de 2012 à 2017.

Un travail d'évaluation externe a été réalisé en 2016 : il visait très explicitement à renforcer notre connaissance des leçons à tirer du passé. Portant sur l'ensemble

des étapes traversées par le PRS1, de son élaboration jusqu'à son pilotage en passant par les conditions de sa mise en œuvre, les constats évaluatifs ont permis d'identifier des lignes directrices pour la conception du nouveau document.

Quatre axes doivent traverser le nouveau PRS dont son cadre d'orientation stratégique :

### PARTICIPATION ET CO-CONSTRUCTION

La mise en place d'un dispositif de gouvernance partenariale, rassemblant une diversité d'acteurs, a été une volonté claire du premier PRS. Cependant, l'implication trop réduite des partenaires dans l'élaboration du document, et la sous-mobilisation de certains acteurs tels que les membres de la démocratie sanitaire, ont conduit à repenser la stratégie d'animation pour le PRS de nouvelle génération. Ainsi, il s'est agi, lors des travaux du PRS 2 de mettre en place une animation transversale et partenariale renforcée, mobilisant à la fois les partenaires institutionnels et les acteurs de terrain tout en veillant à tenir compte des contraintes d'organisation des acteurs. L'ensemble des problématiques ont ainsi fait l'objet d'échanges et d'une réflexion collective, donnant lieu à des constats et propositions partagés.

Cette dynamique de concertation et de co-construction est appelée à se poursuivre tout au long du déploiement du PRS. L'horizon de 10 ans, qui est

celui du COS, impliquera un travail de révision régulier : les avancées en matière de recherche médicale, l'évolution des lois et des règlements, les ajustements suite au développement des nouvelles actions, sont autant d'éléments qui alimenteront les échanges entre l'Agence et ses partenaires, et qui pourront conduire à des réactualisations du PRS.

### PARCOURS DE SANTÉ

Le décloisonnement et le développement d'une approche par parcours constituaient déjà un enjeu majeur du PRS1. Il s'agit à présent de donner corps à cette notion de « parcours », en organisant les articulations et en fluidifiant les échanges entre la ville et l'hôpital, entre le sanitaire et le médico-social, entre les acteurs de la prévention et les professionnels du soin, et en permettant de ce fait l'organisation de parcours personnalisés de santé, avec une garantie de continuité des soins et des accompagnements et une autonomie accrue des patients.

L'approche par parcours conduit également à repenser la place de la prévention. Celle-ci doit traverser l'ensemble des champs et des interventions : il s'agit de donner à chacun la possibilité d'être acteur de sa santé, tout en mobilisant les professionnels de santé et l'ensemble des politiques publiques pour promouvoir un environnement propice à la vie en bonne santé.

## B/ Des orientations et une stratégie co-construites avec les acteurs de santé martiniquais

Fruit d'un travail collectif mené à la fois par les services de l'Etat et les collectivités, les opérateurs sanitaires, médico-sociaux et acteurs de la prévention, les instances de la démocratie sanitaire et des représentants d'usagers, la méthodologie déployée pour élaborer le nouveau PRS vise à relever un triple défi :

- Mettre en œuvre, la démocratie sanitaire, en proposant une méthode et des outils permettant la participation des acteurs.

### PRISE EN COMPTE DES SPÉCIFICITÉS LOCALES

Le développement d'une approche territoriale est un fait marquant du précédent projet de santé. Le découpage infrarégional en territoires de proximité permet de mettre en exergue les différences d'accès aux offres, de besoins et de fonctionnement, et guide d'ores et déjà l'intervention de l'Agence.

Le PRS 2 reprend et poursuit cette approche, avec un objectif de réduction des inégalités territoriales, et de ciblage des interventions en fonction des besoins identifiés au niveau local.

### OPÉRATIONNALITÉ ET PRIORISATION

Enfin, le PRS2 vise à proposer une feuille de route claire et concrète permettant de guider la politique de santé sur les prochaines années. En cela, il se doit d'être davantage programmatique et stratégique que son prédécesseur. Le nouveau projet de santé a donc clairement pris le parti de prioriser les objectifs et de prendre en compte les réalités et contraintes des territoires, pour que la stratégie arrêtée puisse être déclinée de façon opérationnelle et que chacun puisse s'en saisir. Le COS constitue le pilier de la politique de santé pour les 10 années à venir. Il est volontairement resserré autour de trois grandes orientations stratégiques et de huit objectifs généraux.

- Organiser la réflexion de manière intersectorielle et pluridisciplinaire, autour de la notion de « parcours », et de thématiques transversales.
- Articuler le Projet avec les priorités des plans et programmes en cours, tels que la Stratégie Nationale de Santé structurante pour la réflexion.

L'animation d'un séminaire de réflexion régionale, réunissant une centaine de participants, acteurs de la santé en Martinique, a permis de structurer la réflexion et de co-construire des orientations stratégiques partagées pour les 10 prochaines années. C'est autour de ces orientations et des huit objectifs généraux qui en découlent que le PRS est construit.



# [II] ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

## A/ Les forces et les faiblesses du territoire : évolution des données de santé publique et des besoins des Martiniquais

Territoire insulaire, la Martinique doit aujourd'hui faire face à de nombreuses mutations, notamment démographiques, affectant l'ensemble des secteurs de la société. Ces évolutions ont contribué à renforcer certains contrastes, voire paradoxes, qui marquent le paysage martiniquais. La Martinique connaît ainsi une situation sanitaire beaucoup plus satisfaisante que celle des pays qui l'avoisinent, mais les déterminants de santé liés aux inégalités économiques et sociales contribuent à renforcer les écarts de vulnérabilité face aux maladies. Aux difficultés sanitaires persistantes (mortalité infantile et maternelle, maladies infectieuses et chroniques, conduites addictives,...), s'ajoutent des risques environnementaux et naturels liés au caractère ultra-marin de l'île. Ces constats sont autant de déterminants qu'il convient d'intégrer à l'approche globale de l'état de santé, afin de créer un environnement et des stratégies d'intervention propices à réduire les inégalités et à faire progresser l'état de santé général de la population martiniquaise.



### 1. Un territoire insulaire plus exposé aux risques

Petit territoire insulaire, la Martinique, située en zone tropicale chaude, doit faire face à de nombreuses évolutions, naturelles et environnementales (augmentation des températures, des jours d'orages, des phénomènes météorologiques violents – cyclones, ouragans, insularité montagneuses limitant les déplacements d'une zone à l'autre...) qui ne sont pas sans conséquences sur la multiplication des éléments favorisant certaines maladies ou leurs vecteurs. Il en est ainsi de l'aggravation des maladies respiratoires (avec la diffusion de spores, et la possible augmentation des épisodes de brumes de sable...), des maladies zoonotiques (teigne, chikungunya, ...); de la recrudescence d'épisodes d'invasion d'algues toxiques; de la vulnérabilité des personnes âgées liée à la fréquence plus élevée des épisodes de fortes chaleurs<sup>1</sup>. En outre, l'impact sur la santé de certains facteurs pathogènes liés à l'environnement et au cadre de vie est de plus en plus reconnu, et constitue un enjeu majeur. L'intensification des activités agricoles,

l'augmentation de la production de déchets, l'insalubrité des logements sont autant de facteurs pouvant entraîner une dégradation des milieux et pouvant avoir des conséquences graves sur l'état de santé des populations (cancers, allergies, infections, etc.). En Martinique, le risque environnemental le plus connu est celui de la chlordécone, un perturbateur endocrinien. Ce produit classé comme neurotoxique cancérigène, a été déversé en quantités importantes jusqu'en 1993, contaminant de manière durable les sols et l'eau.<sup>2</sup> La prévention de ce type de risque, qui passe par la promotion de la qualité de l'environnement et du cadre de vie, est donc un enjeu majeur pour améliorer l'état de santé de la population.

D'ici 2030, la Martinique sera la cinquième région française la plus âgée avec plus d'une personne sur trois âgée de 60 ans et plus.

Par ailleurs, l'insularité peut constituer une contrainte à la fois pour l'organisation de parcours de soins, qui peuvent nécessiter de recourir à des offres de prises en charge situées en dehors de l'île, ou pour la survie de filières de prise en charge spécialisées (recrutement d'une patientèle suffisante).

Ainsi, la réflexion autour de l'évolution du système de santé ne pourra faire l'économie d'une prise en compte à la fois du caractère insulaire et des risques naturels et environnementaux auxquels la Martinique est confrontée.

### 2. Une population en diminution, répartie inégalement sur le territoire

La Martinique est caractérisée par une croissance démographique peu dynamique. Le nombre d'habitants s'élevait en 2016 à 376 847<sup>3</sup>, contre près de 400 000 habitants en 2008<sup>4</sup>. Bien que deuxième région française en termes de densité<sup>5</sup>, la Martinique se trouve néanmoins parmi les régions les moins peuplées (derrière la Guyane et la Corse), et est la

région de France subissant la plus forte décroissance démographique,<sup>6</sup> faisant peser des incertitudes sur le maintien de certaines filières de soins spécialisés.

De plus, 44 % de la population sont concentrés au centre de l'île sur quatre communes où Fort-de-France compte à elle seule près d'un quart des habitants de l'île. Le centre connaît une densité de 948 habitants/km<sup>2</sup>, alors que la frange nord-caribéenne, légèrement plus étendue (210km<sup>2</sup>) connaît une densité de 111habitants/km<sup>2</sup>. Dans un contexte insulaire, où les infrastructures de transports sont peu développées, l'enjeu de l'organisation spatiale de l'offre de santé et de son accessibilité est exacerbé.

### 3. Un vieillissement accéléré de la population

La Martinique est marquée depuis plusieurs années par une diminution régulière de la part des moins de 20 ans, à laquelle s'ajoute une augmentation du nombre des personnes âgées de 60 ans et plus. Avec 18% de personnes âgées de 60 ans et plus, elle est le département français d'outre-mer le plus âgé. Ainsi, la Martinique se caractérise par une évolution structurelle où la proportion des populations jeunes diminue au profit des populations plus âgées<sup>7</sup> : l'âge médian de la population départementale est désormais supérieur à celui de la métropole (40 ans contre 39,4 en 2012).

Selon les projections de l'Insee, elle serait, d'ici à 2030, la cinquième région française la plus âgée avec plus d'une personne sur trois âgée de 60 ans et plus. D'ici 2040, 40% des Martiniquais auront plus de 60 ans (contre 31% en France Métropolitaine).

Cette évolution peut s'expliquer à la fois par l'accroissement de l'espérance de vie<sup>8</sup>, la diminution du nombre de naissances mais aussi par l'émigration de jeunes Martiniquais venant accélérer le vieillissement

<sup>1</sup> Voir l'étude de la DEAL, « Le changement climatique en Martinique », Olivier PERRONNET, mars 2015. / <sup>2</sup> Cour des Comptes, « La Santé dans les Outre-mer », 2014 / <sup>3</sup> Insee - Estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2016). / <sup>4</sup> 388 363 habitants en 2012; 383 911 en 2014; 380 440 en 2015 - Insee - Estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2016) / <sup>5</sup> Avec un donc près de 380 000 habitants répartis sur un peu plus de 1120 kilomètres carrés, la Martinique est l'un des territoires français les plus denses (ses 356 habitants/km<sup>2</sup>, en font le territoire ayant la deuxième plus forte densité de France, après l'Île-de-France). / <sup>6</sup> Diagnostic OSM, « Contexte » / <sup>7</sup> La part des « moins de 20 ans » étant passée de 28%

à 24% entre 2006 et 2013, alors que celle des « plus de 60 ans » a connu une hausse de 17 à 22% de la population totale sur la même période. Chiffres Insee, consultables sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2540164> / <sup>8</sup> Aujourd'hui estimée à 79,4 ans pour les hommes et 84,7 ans pour les femmes à la naissance, contre 75,3 ans pour les hommes et 81,5 ans pour les femmes en 2001. Espérance de vie en 2015, Insee, consultable sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749#titre-bloc-3> / <sup>9</sup> Synthèse démographique de la Martinique - La baisse de la population martiniquaise se poursuit en 2014, INSEE Flash Martinique, N°57, 17/01/2017

de la population : les personnes nées en Martinique présentent un solde négatif à tous les âges jusqu'à 28 ans. Un pic est atteint entre 18 et 27 ans, classe d'âges qui concentre 50 % des sorties du territoire (contre 20% des entrées). Le départ des jeunes adultes tend à avoir un impact négatif sur la natalité, contribuant à renforcer le phénomène de vieillissement.<sup>9</sup>

#### 4. Des situations de forte précarité et d'importantes inégalités de ressources

La Martinique compte proportionnellement deux fois plus de ménages pauvres qu'en métropole et une forte proportion de bénéficiaires d'allocations attribuées en dessous d'un certain niveau de ressources, comme l'allocation parent isolé (API), l'allocation adulte handicapé (AAH), le revenu de solidarité active (RSA) et l'allocation solidarité vieillesse (ASV). 22,8% des Martiniquais sont couverts par le RSA en 2016, contre 7,7 % dans l'Hexagone, et 24,4% de la population est bénéficiaire de la CMU-C (6,9% en métropole).

**Concernant l'emploi, le taux de chômage reste élevé, même si cette tendance tend à s'améliorer**, puisqu'il continue de baisser (-0,5% en 2015) pour s'établir à moins de 19% (18,9%), soit trois points de moins que la Guyane et cinq de moins que la Guadeloupe<sup>10</sup>. Il s'agit d'une baisse continue depuis 2013, où il atteignait près de 23% (22,8)<sup>11</sup>.

**Toutefois, le chômage de longue durée (demandeurs d'emploi inscrits depuis plus d'un an) a augmenté de 2,3% en 2015**, alors que le chômage de courte durée à lui baissé de 1%. De plus, plus de la moitié des demandeurs d'emploi (catégories A, B et C) sont des femmes (58%)<sup>12</sup>.

Ce fort taux de chômage est généralement corrélé avec un faible niveau de diplôme.

**Le creusement des inégalités de ressources et d'accès à l'emploi fait de la Martinique le troisième département le plus inégalitaire de France** en termes d'inégalités de revenus en 2013.<sup>13</sup>

**Ces problématiques sont d'autant plus prégnantes en ce qui concerne les jeunes**, les plus diplômés et insérés professionnellement tendant à quitter le territoire. Ainsi, les jeunes Martiniquais présents sur le territoire sont touchés à plus de 50% par le chômage.

La Martinique compte deux fois plus de ménages pauvres qu'en métropole et une forte proportion de bénéficiaires d'allocations attribuées sur la base des ressources.

#### 5. Une amélioration globale de l'état de santé de la population

L'espérance de vie à la naissance est comparable à la moyenne nationale et atteint en 2015 84,7 ans pour les femmes et 79,4 ans pour les hommes, en forte progression depuis 2001 (où elle s'élevait à 81,5 et

75,3 ans respectivement), mais avec des fluctuations importantes (chute de l'espérance de vie en 2014 notamment).<sup>14</sup>

Sur la période 2010-2013, la Martinique présente un taux de mortalité prématurée inférieur au taux national (190,6 contre 204,1 pour 100 000 habitants). La mortalité globale est également inférieure à la métropole, et tend à diminuer : en 2005, le taux standardisé de mortalité s'élevait à environ 1 200 pour 100 000 habitants chez les hommes et à 700 chez les femmes, contre respectivement 1 000 et 600 en 2012.<sup>15</sup>

De même, l'on constate **une diminution de la mortalité par maladies cardio-vasculaires sur les 10 dernières années** liée notamment à une faible consommation de tabac : on recense en Martinique des proportions significativement plus basses de fumeurs quotidiens,

ainsi qu'une prévalence tabagique de fumeurs quotidiens (14,7%) plus faibles que celles observées dans les autres régions métropolitaines (entre 23 et 31 %)<sup>16</sup>. Des études montrent également une baisse de l'incidence des AVC entre 1999 et 2012, et ce malgré le vieillissement de la population et l'augmentation de l'hypertension artérielle - signe d'une meilleure prise en charge et aussi d'une meilleure information de la population<sup>17</sup>. Les maladies cardio-vasculaires restent tout de même la deuxième cause de mortalité en Martinique, ayant causé des décès entre 2010 et 2013.<sup>18</sup>

Pour autant, si l'espérance de vie est comparable à la moyenne nationale, **le niveau de santé perçue est en revanche inférieur, puisque 56% des Martiniquais déclarent un bon ou très bon état de santé (contre 69% en France hexagonale).**

#### 6. Des indicateurs de santé qui restent inquiétants et des problématiques de santé publique qui persistent

Travailler à l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé des Martiniquais, demande d'agir sur

la réduction de certaines prévalences plus fortes sur l'île qu'en métropole :

**- Les indicateurs de santé périnatale sont particulièrement défavorables** : la Martinique fait partie des territoires les plus touchés par la mortalité maternelle, avec un taux de décès bien au-dessus de l'ensemble des régions métropolitaines, (15,5 décès pour 100 000 naissances vivantes, contre 7,5 sur l'hexagone hors Île de France), quoique inférieur aux autres DROM. Par ailleurs, on compte 4 fois plus de naissances prématurées que la moyenne nationale, et la mortalité infantile est en augmentation depuis 2013 : elle était de 7 pour 1000 en Martinique en 2015,

contre 6,6 en 2013 et 3,5 en métropole.<sup>19</sup>

**- On constate une forte prévalence de l'obésité et de ses comorbidités** telles que le diabète, les maladies rénales chroniques, les maladies cardio-vasculaires et les troubles musculo-squelettiques sur tous les territoires martiniquais : plus de la moitié des adultes (58,8%) est en surcharge pondérale, dont 27,7 % de personnes obèses.<sup>20</sup> Le surpoids touche également les jeunes : près d'un jeune (15-29 ans) sur deux est concerné par la surcharge pondérale, et près de 10% de cette tranche d'âge est en situation d'obésité, contre 6,1 en France métropolitaine.<sup>21</sup> Par ailleurs, le diabète est en augmentation (+3,5 % de prévalence de diabète déclaré entre 2003 et 2013), touchant une personne sur 10 et en majorité les femmes, et la prévalence des patients traités par dialyse pour insuffisance rénale est deux fois supérieure à la métropole.<sup>22</sup>

**- Les cancers restent la première cause de mortalité, avec une incidence importante de certains cancers** : Cancer de la prostate (2 676 nouveaux cas entre 2010 et 2014, soit 54,3% des cancers chez l'homme), Cancer du sein (1 079 nouveaux cas sur la même période, soit 32,6% des

cancers chez la femme) et le cancer colorectal (93 nouveaux cas et 44 décès par an chez l'homme et 85 nouveaux cas et 46 décès par an chez la femme). Si le risque de développer un cancer reste tout de même moindre en Martinique que dans l'Hexagone, la Martinique est particulièrement touchée, à l'instar des autres DFA, par le cancer de la prostate, le cancer du col de l'utérus et le cancer de l'estomac.<sup>23</sup>

**Par ailleurs, si la consommation de tabac en Martinique est la plus faible des régions françaises, l'île présente des enjeux spécifiques liés aux addictions, du fait de la fréquence de consommation d'alcool, mais également de l'usage de cannabis et**

<sup>9</sup> Bilan économique de la Martinique 2015, Insee, 2016. / <sup>10</sup> 11 19,4 % en 2014 et de 22,8 en 2013 - Note emploi Martinique, Dieccte, janvier 2016. / <sup>11</sup> « Zoom sur la Martinique », Pôle emploi.org, 2017 / <sup>12</sup> L'indice de Gini s'élevait à 0,47 en Martinique en 2013, contre 0,29 en France Métropolitaine (plus l'indice se rapproche de 1, plus les inégalités sont fortes) « Santé des populations vulnérables », OSM, 2017 / <sup>13</sup> Diagnostic OSM, « Vue d'ensemble » / <sup>14</sup> Diagnostic OSM, « Vue d'ensemble » / <sup>15</sup> « Comparaison régionale du tabagisme et de

l'usage de cigarette électronique en France en 2014 », Nicolas Berthier, Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard, Raphaël Andler, François Beck, Viêt Nguyen-Thanh - InVS, Mai 2016. [accessible sur : [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/pdf/2016\\_30-31\\_4.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/pdf/2016_30-31_4.pdf)]. / <sup>17</sup> Etude Ermancia I et II, citées dans le diagnostic OSM, « Pathologies », Avril 2017 / <sup>18</sup> Ibid. / <sup>19</sup> Diagnostic OSM, « santé des populations vulnérables » / <sup>20</sup> Diagnostic OSM, « Déterminants de santé » / <sup>21</sup> Diagnostic OSM, « Santé des populations vulnérables » / <sup>22</sup> Diagnostic OSM, « Pathologies », Avril 2017 / <sup>23</sup> Registre Général des cancers de la Martinique, CHU Martinique, 2018 / <sup>24</sup> Plan régional de lutte contre les addictions



**de crack.** Ainsi, la Martinique est l'une des six régions françaises les plus concernées par la dépendance à l'alcool (12,6 % de la population est à risque).<sup>24</sup> Par ailleurs, le cannabis reste la drogue illicite la plus consommée par les jeunes, plus d'un tiers des jeunes de 17 ans l'ayant expérimenté, et les taux de consommation de crack sont nettement plus élevés qu'en France métropolitaine (quoi que circonscrits à une population marginalisée). L'ampleur de la consommation de ces substances pourrait par ailleurs

être sous-évaluée, du fait de l'absence d'un diagnostic actualisé et de la difficulté à identifier repérer certaines addictions. Enfin, si elles sont moins documentées, les problématiques liées à la santé mentale apparaissent également comme inquiétantes du point de vue des acteurs de santé Martiniquais.

+ Points forts	- Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Une sous-mortalité générale par rapport à la moyenne nationale et en diminution depuis 2002</li> <li>● Une espérance de vie en constante augmentation</li> <li>● Des solidarités intergénérationnelles, familiales, culturelles qui pourraient faciliter le développement de démarches communautaire en santé</li> <li>● Une prise en compte croissante de la promotion de la santé dans les orientations politiques (publiques et structurelles) et des citoyens de plus en plus préoccupés par leur santé</li> <li>● Une consommation de tabac parmi les plus faibles de France</li> <li>● Une diminution de la mortalité par maladies cardio-vasculaires sur les 10 dernières années</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Un territoire insulaire, éloigné des grands pôles spécialisés de la Métropole</li> <li>● Des risques sanitaires plus importants liés à la situation géographique du territoire</li> <li>● Des controverses publiques sur les sujets de santé environnementale</li> <li>● Une partie de la population en situation de forte précarité</li> <li>● Des difficultés d'appropriation et d'adoption de comportements favorables à la santé</li> <li>● Une croissance rapide du nombre de personnes âgées dépendantes</li> <li>● Des indicateurs encore défavorables autour de la périnatalité (prématurité, mortalité maternelle et infantile notamment)</li> <li>● Une prévalence forte de l'obésité et de ses conséquences en termes de diabète, insuffisance rénale chronique et maladies cardio-vasculaires et ostéoarticulaires</li> <li>● Consommation de drogues (crack, cannabis...) sous-évaluée</li> </ul>

Les évolutions observées ces dernières années en Martinique et les perspectives qui se dessinent aujourd'hui nécessitent des adaptations rapides du système de santé pour répondre aux besoins actuels et émergents.

## B/ Les forces et les faiblesses du système de santé : menaces et opportunités pour demain

Dans la perspective de mieux répondre aux besoins actuels et futurs des Martiniquais, il est important de pouvoir accompagner la transformation du système de santé pour mieux l'adapter aux enjeux futurs. Si le système de santé martiniquais présente aujourd'hui des lacunes et rencontre des difficultés, la Martinique dispose de ressources importantes sur lesquelles il est possible de s'appuyer et l'on identifie des opportunités à saisir pour assurer cette transformation.

### 1. Une démographie médicale fragile, insuffisante pour couvrir les besoins de demain et une offre hospitalière en tensions

En Martinique, territoire à la densité démographique élevée, **les densités médicales sont inférieures à la moyenne de la France hexagonale** et l'on constate un vieillissement des médecins généralistes : 53% des médecins généralistes en Martinique ont 55 ans ou plus en 2015, contre 49% en France métropolitaine<sup>25</sup> et sont plutôt concentrés dans le centre de la Martinique.

Par ailleurs on constate une faible densité de pharmaciens, tous modes d'exercices, (91,0 en Martinique contre 113,7 en métropole) malgré un nombre de pharmacies de ville pour 100 000 habitants supérieur à la moyenne nationale (45 contre 36,5).

A l'inverse, les densités paramédicales d'infirmiers et de masseurs kinésithérapeutes exercice libéral ou mixte sont plus importantes qu'en métropole



(respectivement +124% et +31%). En tenant compte des professionnels salariés l'écart se réduit par rapport à la métropole mais reste à la faveur de la région (+10% pour les infirmiers et +18,7% pour les masseurs-kiné)<sup>26</sup>.

Compte tenu de la poursuite attendue du vieillissement de la population et de l'augmentation attendue de la prévalence des maladies chroniques, les besoins en offre de soins de premier recours, aujourd'hui déjà insuffisamment couverts, iront croissants.

Aux fragilités de l'offre de soins de ville, s'ajoutent les difficultés rencontrées par les établissements de **santé à attirer et recruter des professionnels de santé**. Ces difficultés peuvent s'expliquer en partie par l'attractivité insuffisante de ces établissements pour des professionnels spécialisés ou rares.

**Par ailleurs, la situation financière des établissements de santé Martiniquais**, à commencer par le CHUM, apparaît depuis plusieurs années comme une priorité. Bien que les dépenses pour les établissements publics de santé soient le premier poste des dépenses locales en matière de santé (36%, soit 400 M€), elles ont chuté de près de 15% entre 2014 et 2015. La Martinique a consacré, en 2015, 1,3 milliards d'euros (Assurance maladie et Etat) pour la santé de ses habitants, soit une augmentation de 3,18% par rapport à l'exercice

<sup>25</sup> Données Statiss 2015 / <sup>26</sup> Source : PPRGDRESS 2016-2017

précédent (mais il est à noter une diminution globale des dépenses de santé du régime général en 2016 de 2,6%). Ce niveau de dépense représente 0,67% des dépenses nationales pour la population. Cette évolution des dépenses est moindre que celle constatée au niveau nationale (+1,68%)<sup>27</sup>.

La soutenabilité financière de l'activité des établissements sanitaires, tout comme la question de la démographie des professionnels de santé et son renouvellement, étaient déjà identifiées, en mai 2016, comme priorités dans le cadre de la feuille de route régionale déclinant la Stratégie de Santé pour les Outre-Mer. Cela demeure aujourd'hui un axe de travail cadrant les politiques à déployer dans les années à venir.

► NOTRE AMBITION : Rechercher l'excellence du système de santé Martiniquais

## 2. Un accès parfois complexe à l'offre de santé

Dans un contexte marqué par :

- une fragilité importante d'une partie de la population martiniquaise qui rencontre des difficultés à accéder au système de santé (défaut de lisibilité, défaut de mobilité, manque de ressources financières),
- une répartition inégale de la population et des activités économiques, concentrées au Centre,
- un développement insuffisant de l'offre de transports, freinant la mobilité des Martiniquais, notamment les plus vulnérables,

**La question de l'accès à l'offre de santé se pose de manière incontournable et nécessite des adaptations franches vers davantage de proximité, d'accompagnement vers l'existant, et de lisibilité.**

► NOTRE AMBITION : Construire une l'offre de santé graduée et intégrative

## Les dépenses de santé en Martinique

**Le niveau des dépenses de santé en Martinique a progressé rapidement, s'élevant à 1,33 Md€ en 2015, soit une évolution de 12% depuis 2011 (10% en moyenne nationale). Les progressions les plus importantes, allant très au-delà de la moyenne nationale, ont été enregistrées sur les établissements sanitaires (+22,65% sur la période) et médico-sociaux (+19,75%).<sup>28</sup>**

En effet, on observe des disparités importantes dans la répartition territoriale de l'offre de soins primaires et de l'offre médico-sociale, concentrée sur le centre de la Martinique. On compte par exemple 94,4 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants au Centre, contre 62,6 en Nord Atlantique en 2010. Il doit cependant être noté que ces taux ont augmenté entre 2010 et 2016, plus fortement sur les territoires les moins dotés : +8,4% au Nord Caraïbe, +10% sur le Nord Atlantique. Le Nord de la Martinique compte par ailleurs cinq communes sans médecin généraliste (Ajoupa-Bouillon, Macouba, Fonds-Saint-Denis, Morne-Vert, Grand-Rivière). Enfin, le taux d'équipement en places en établissements sanitaires est nettement plus élevé au Centre que sur le Nord Atlantique par exemple (11,5 pour 1000 contre 1,8)

## 3. Des coordinations intersectorielles à renforcer pour répondre à l'évolution des besoins de prise en charge « complexe »

Le vieillissement, la précarité d'une partie importante de la population (notamment jeune), la prévalence importante des situations de handicap, le développement des maladies chroniques sont autant d'évolutions qui nécessitent aujourd'hui mais également dans les années à venir, de structurer des prises en charges pluridisciplinaires, mobilisant les acteurs du sanitaire, du médico-social voire du social.

L'étroitesse relative du territoire martiniquais apparaît comme un facteur facilitant l'interconnaissance

► NOTRE AMBITION : Assurer la fluidité des parcours de santé et favoriser la coordination des acteurs

## 4. Des problématiques de santé publique qui demandent à conforter la démarche globale de promotion de la santé, déclinée par territoire de proximité

Les problématiques de santé publique auxquelles est aujourd'hui confrontée la Martinique (évolution du surpoids et de l'obésité, vieillissement accéléré de la population, indicateurs de santé périnatale défavorables...) appellent le renforcement d'actions de promotion de la santé, permettant aux individus d'acquérir les connaissances, les compétences et de bénéficier des informations pour faire les bons choix en matière de santé et de prévention de la perte d'autonomie.

Pour cela, il convient de **développer une approche partagée en promotion de la santé et soutenue par l'ensemble des acteurs et décideurs** intervenant

► NOTRE AMBITION : Développer une culture partagée de la promotion de la santé permettant à chacun de devenir auteur de sa santé

des acteurs et le travail en commun. Par ailleurs, ces dernières années, une stratégie d'animation territoriale a permis de mobiliser les partenaires sur chaque territoire de proximité, facilitant la coordination intersectorielle entre les acteurs autour de projets communs. Il s'agit désormais de **renforcer et de structurer les interventions coordonnées autour de patients, pour faciliter leur parcours de santé et de vie et prévenir les ruptures, notamment en favorisant les échanges entre les professionnels de santé autour du patient.**

dans le champ des politiques publiques, de manière intersectorielle.

Parallèlement, de manière à définir des interventions efficaces, **la territorialisation des réflexions et des modes d'action, est un levier incontournable.** Ces dernières années, une dynamique territoriale a été impulsée, à l'échelle des territoires de proximité mobilisant les partenaires locaux, facilitant la coordination entre les acteurs et permettant à l'ARS de mener un politique de santé de proximité.

C'est aussi à l'échelle locale que le **développement de la participation citoyenne dans le champ de la santé**, accélérateur d'une démarche de promotion de la santé pourra être favorisée et renforcée.

<sup>27</sup> Etat financier au titre de l'année 2015, juin 2016, consultable sur : <https://www.ars.sante.fr/les-depenses-de-sante-en-region> / <sup>28</sup> PPRGDRESS 2016 - 2017

**5. Un service santé des armées acteur de santé publique**

La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a renforcé la place du Service Santé des Armées (SSA) en tant qu'acteur du service public de santé dans plusieurs domaines. Par ailleurs, les relations entre ARS et SSA ont été renforcées par le protocole Santé-Défense du 6 avril 2017 ainsi que l'ordonnance 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au SSA et ses textes d'application.

Au niveau régional, l'ensemble des composantes du SSA présentes en région Martinique (Direction interarmées du service de santé aux Antilles, centre médical interarmées, services médicaux embarqués et service médical du régiment de service militaire adapté) sont engagées dans cette nouvelle coopération. Elle

inclut à la fois la veille et la sécurité sanitaire, l'offre de soins, l'enseignement et la formation, l'expertise, la recherche, l'épidémiologie, la prévention et la santé publique, la participation des structures civiles à l'effort de défense et la promotion conjointe de la réserve.

Ce partenariat déjà existant devra par ailleurs faire l'objet d'un contrat spécifique entre ARS et SSA afin de permettre au SSA de mieux répondre aux besoins de santé du territoire et à l'ARS de prendre en compte les besoins spécifiques de la défense nationale.

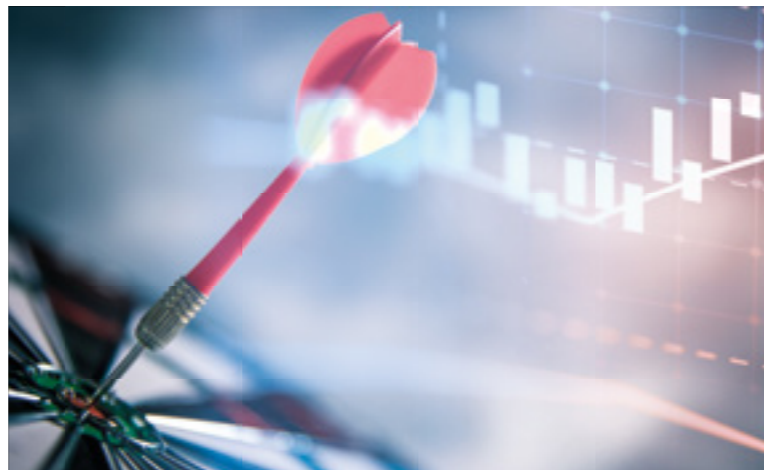
**SYNTHÈSE**

+ Points forts	- Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Des acteurs de proximité, compétents et mobilisés</li> <li>● Une approche partagée de la promotion de la santé</li> <li>● Une offre diversifiée et graduée répartie sur l'ensemble du territoire</li> <li>● Des plateaux techniques et équipements de haute technologie accessibles au niveau local</li> <li>● Un accès aux soins pour tous garanti par le système de santé actuel</li> <li>● Une dynamique territoriale qui mobilise les partenaires sur chaque territoire de proximité, facilitant la coordination entre les acteurs et permet la mise en œuvre concrète de la démocratie en santé</li> <li>● Une stratégie d'animation territoriale qui a permis d'interroger les habitants sur leurs besoins dans le cadre des diagnostics par territoire et d'identifier 4 territoires de projet permettant à l'ARS de mener une politique de santé de proximité</li> <li>● Une avancée sur la coordination des financements de projets, mise en œuvre dans le cadre de la conférence des financeurs ARS</li> <li>● Une demande sociale importante pour l'amélioration de système de santé</li> <li>● Des efforts importants en matière d'investissements réalisés ces dernières années</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Une répartition encore inégale de l'offre médicosociale et des territoires peu pourvus en offre de soins renforçant les difficultés géographiques d'accès (cap nord notamment)</li> <li>● Une organisation des transports publics perfectible et des dispositifs de transports sanitaires innovants à développer</li> <li>● Une lisibilité insuffisante de l'offre existante</li> <li>● Des points de rupture dans les parcours de santé liés à la fois à un défaut de coordination et à un défaut de certaines offres</li> <li>● Des publics vulnérables qui rencontrent encore des difficultés à accéder au système de santé</li> <li>● Une situation financière des établissements de santé dégradée</li> <li>● Une vétusté importante d'un certain nombre de structures malgré les efforts régionaux en matière d'investissements</li> </ul>
👍 Opportunités	🗨️ Menaces
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Une interconnaissance des acteurs et un travail en commun favorisé par la dimension du territoire</li> <li>● Des mutualisations d'actions, un partage de compétences et une définition d'objectifs communs à des acteurs qui se connaissent et sont mobilisés</li> <li>● Une coopération régionale et interrégionale pouvant potentiellement permettre de dépasser la petitesse du territoire, et de renforcer la qualité et la sécurité des soins</li> <li>● Un développement de nouvelles technologies au service de la santé présentant un potentiel pour une amélioration de l'offre (accessibilité, qualité, innovation)</li> <li>● Des évolutions réglementaires et législatives favorisant la transversalité inter-secteurs et la promotion de la santé et renforçant la place des usagers au sein du système de santé</li> <li>● Un nombre de paramédicaux libéraux (IDE et Masseurs kiné) permettant de pallier en partie la faiblesse de la démographie médicale dans la prise en charge en proximité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Certaines activités hautement spécialisées limitées par l'étroitesse du territoire et du bassin de vie et pour lesquelles le développement de coopérations extra-régionales est nécessaire au maintien d'une attractivité professionnelle, d'un niveau de qualité des professionnels et d'un équilibre financier</li> <li>● Une croissance rapide du nombre de personnes âgées sur le territoire, entraînant des adaptations rapides nécessaires pour la prise en charge de la dépendance et de la perte d'autonomie</li> <li>● Un territoire à hauts risques (sismiques, cycloniques, pollutions des sols et des eaux...)</li> <li>● Une démographie médicale déséquilibrée et en tension sur certaines spécialités et un vieillissement des médecins généralistes et spécialistes</li> <li>● Une dégradation des conditions d'exercice des professionnels de santé, nuisible à la santé au travail des acteurs, à la performance, la qualité et l'attractivité du système de santé Martiniquais</li> </ul>



# [III]

# LES ENJEUX À RELEVER POUR LA MARTINIQUE



## A/ Les priorités pour la Martinique : deux grandes ambitions pour demain

### 1. Améliorer l'état de santé de la population : relever 5 grands enjeux

#### a/ Anticiper les effets du vieillissement et la perte d'autonomie de la population

La part des personnes âgées de 60 ans ou plus devrait fortement augmenter dans les années à venir, passant de 23% à 35%, soit plus d'un tiers de la population. 40 % des Martiniquais auront plus de 60 ans en 2040 contre 31% en France Métropolitaine.<sup>29</sup>

**De telles évolutions démographiques appellent nécessairement des réponses adaptées aux besoins et aux évolutions sociétales puisqu'elles ne manqueront pas d'avoir d'importantes conséquences pour l'offre sanitaire et médico-sociale ainsi que sur l'évolution des maladies chroniques.**

A ce jour, la prévalence du diabète, de l'hypertension artérielle, ainsi que les chiffres concernant le surpoids sont à la hausse (voir ci-dessous). Par ailleurs, une augmentation des troubles cognitifs et notamment du nombre de personnes atteintes de la maladie

d'Alzheimer et troubles apparentés est à prévoir : près d'une personne de plus de 75 ans vivant à domicile sur cinq est concernée, une proportion supérieure aux estimations nationales.<sup>30</sup>

Les problématiques et enjeux sont similaires pour les personnes âgées en situation de handicap. Alors que le nombre de personnes en situation de handicap est estimé à près de 18% de la population (73 000 personnes), plus de la moitié d'entre elles sont âgées de 50 ans et plus. Pour cette catégorie de population, l'âge est un facteur aggravant du handicap quel que soit le sexe ; les maladies touchent deux fois plus les seniors en situation de handicap que les valides (maladies chroniques, problèmes cardiovasculaires, problèmes articulaires notamment)<sup>31</sup>

Alors que la majorité des personnes âgées et personnes handicapées vivent à domicile, le phénomène de décohabitation en cours sur l'ensemble des territoires avec une diminution de la taille des ménages et une augmentation du nombre de personnes vivant seules<sup>32</sup> est une source d'inquiétude pour l'accompagnement de ces publics. Près de la moitié des personnes

handicapées sont aidées, principalement par leur famille et proches. Cette part atteint 65% à partir de 60 ans. Ainsi, si les solidarités familiales sont encore importantes sur l'île, elles tendent à s'essouffler : les proches aidants, fortement mobilisés aux côtés des services de soins et d'aide, n'ont toutefois pas les pleines capacités ou disponibilités pour accompagner leurs proches, que ce soit en raison d'un épuisement progressif, d'activités salariées, familiales ou de loisirs, de l'éloignement géographique et de leur propre vieillissement.

Ces évolutions nécessitent de faire évoluer les réponses apportées aujourd'hui vers :

- **Le développement de l'offre médico-sociale** : à ce jour, le taux d'équipement en offre d'accueil pour personnes âgées (EHPAD ou EHPA) se situe en dessous des taux moyens nationaux ; une part importante de personnes âgées très dépendantes (bénéficiaires de l'APA en GIR 1 ou 2) vit à son domicile. Un travail simultané autour de l'amélioration des conditions de soutien à domicile pour des personnes très dépendantes devra être poursuivi ou renforcé, tout comme le développement et la valorisation de solutions intermédiaires entre le domicile et l'établissement (par exemple, la professionnalisation et la promotion des accueillants familiaux)
- **Le renforcement de l'accès aux soins et à la prévention de la perte d'autonomie** pour les personnes âgées et des personnes handicapées vieillissantes, dans la perspective d'accroître l'espérance de vie en bonne santé
- **Le renforcement de la coordination entre les acteurs** pour éviter les ruptures du parcours de vie et fluidifier les prises en charge, de plus en plus complexes et pluridisciplinaires : développement de filières de prise en charge spécialisées, amélioration de la coordination entre les professionnels de santé (ville-hôpital, acteurs du domicile, ...), développement d'outils structurants pour faciliter cette articulation

(plateforme d'appui, systèmes d'informations partagés, adaptés à l'exercice libéral créés avec et pour les professionnels de soin de premier recours).

- Une plus grande **prise en compte de l'environnement social et familial** de la personne et du **soutien aux proches aidants**.

#### b/ Périnatalité et petite enfance : améliorer la santé des mères et des enfants et lutter contre la mortalité infantile

**Les problématiques de périnatalité et de mortalité infantile sont de véritables priorités pour améliorer l'offre et le système de santé Martiniquais.** Les conditions de déroulement des grossesses et la santé à la naissance diffèrent fortement entre la métropole et les territoires ultra-marins : densités de gynécologues-obstétriciens et de médecins généralistes inférieures à la métropole, taux de prématurité plus élevé, etc. La Martinique n'échappe pas au constat général : la mortalité infantile et la mortalité périnatale sont plus élevées qu'en métropole.

La mortalité périnatale (enfants mort-nés et mortalité au cours de la première semaine de vie du nouveau-né) s'élève à 15,4 décès pour 1000 naissances contre 5,7 au niveau hexagonal sur la période 2009-2011. D'après l'INSEE, la moyenne des années 2012-2014 est de 6,6 décès d'enfants de moins de 1 an pour 1000 naissances en Martinique, contre 3,4 au niveau national. A noter qu'elle connaît une légère inflexion : de 2008 à 2015, le taux de mortalité infantile est en effet passé de 8,5‰ à 7‰ – taux qui demeure néanmoins deux fois plus élevé que le taux métropolitain<sup>33</sup>.

La mortalité maternelle est également importante en Martinique, avec 27,9 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2008 et 2013 (taux brut de mortalité), en augmentation par rapport à la période 2001-2006 (21,5). Si ces taux sont inférieurs à d'autres DROM, la Martinique était l'un des territoires français les plus

<sup>29</sup> Diagnostic OSM, « Contexte » / <sup>30</sup> Diagnostic OSM « Santé des populations vulnérables » / <sup>31</sup> « Le handicap en Martinique », études Insee, novembre 2016.

<sup>32</sup> Tous les territoires de l'île connaissent en effet une baisse de la taille des ménages, du nombre de familles à l'intérieur des ménages et une hausse de personnes vivant seules. Insee, Recensement de la population 2012

touchés par la mortalité maternelle en 2001-2006.<sup>34</sup>

En outre, en 2016, plus de 10% des naissances étaient des naissances prématurées, nécessitant un suivi à long terme de ces enfants après l'accouchement, ce qui semble aujourd'hui insuffisamment réalisé dans les faits.

Les conditions sociales plus défavorables dans les territoires ultramarins contribuent aux mauvais indicateurs de santé périnatale qui y est observée. La précarité, les addictions, les pathologies chroniques (hypertension, diabète) entraînent une vulnérabilité de certaines femmes enceintes. Cette surmortalité maternelle et infantile n'a pas trouvé d'amélioration notable malgré le développement de l'offre de soins et en dépit d'actions de prévention soutenues.

L'enjeu que représente l'amélioration de la santé périnatale est double :

- D'une part il s'agit de réduire la mortalité infantile et maternelle, encore trop élevée par rapport aux taux métropolitains ;
- D'autre part, il s'agit d'assurer la prise en charge et le suivi des nouveau-nés, notamment ceux nés vulnérables, de manière précoce pour réduire les risques de troubles du développement et de sur-handicap.

Il s'agit donc, dans les années à venir, d'améliorer le système de santé de manière à :

- **Renforcer la prévention mais également la promotion de la santé** pour limiter la vulnérabilité des femmes en âge de procréer
- **Mieux structurer les filières de prise en charge et de suivi des femmes enceintes et des nouveau-nés**, en favorisant la transversalité mais aussi la surveillance des mères et des enfants vulnérables dans le temps (au-delà de 6 ans).

### **c/ Réduire l'impact du surpoids et de l'obésité et leurs incidences sur les maladies chroniques (diabète, insuffisance rénale chronique, maladies cardiovasculaires Troubles Musculo-Squelettiques)**

**Le surpoids et l'obésité continuent à être une problématique majeure de santé publique, notamment car le nombre de personnes en situation de surcharge pondérale ne cesse d'augmenter**, concernant plus d'un adulte de plus de 16 ans sur deux en 2013. La surcharge pondérale concernerait 53,3 % des plus de 16 ans en 2003, et elle atteint 58,8 % des adultes en 2013, soit une augmentation de 5,5%. Si le surpoids est en légère baisse pour les adultes, il augmente considérablement pour les enfants, passant de 16 % à 1/4 des 3-15 ans. Par ailleurs, l'obésité touche de plus en plus de personnes : elle concerne 28% de la population de la population adulte en 2013 (une augmentation de 8 points en 10 ans) et près de 10 % des enfants.<sup>35</sup>

En parallèle, **les pathologies liées au surpoids augmentent également**. La prévalence du diabète déclaré a augmenté de 10 points entre 2003 et 2013, passant de 7% à 10% (contre 4,6% en France en 2012 en France métropolitaine selon l'Institut de veille sanitaire). Le diabète est par ailleurs la première cause d'admission en ALD.<sup>36</sup> Les professionnels de santé repèrent également une augmentation des maladies articulaires et troubles musculo-squelettiques associés au surpoids.

**La mortalité liée aux maladies cardio-vasculaires est en nette régression entre 2001 et 2013, et reste inférieure à la moyenne nationale. Cependant, les maladies cardio-vasculaires représentent tout de même 1/4 des décès entre 2010 et 2013**, et les AVC et l'HTA sont l'une des principales causes d'admission en affection de longue durée (ALD) – en lien avec une augmentation de la prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) traitée (passant de 16% à 19 % entre 2003 et 2013).<sup>37</sup>

L'insuffisance rénale chronique, associée au diabète notamment, constitue elle aussi une problématique majeure de santé. Elle concerne plus de la moitié des patients diabétiques ou en situation d'obésité (près de 60%), et son diagnostic est généralement tardif. La prévalence de patients traités par dialyse était deux fois supérieure au niveau hexagonal en 2015, mais cette prise en charge est généralement tardive et se fait plus souvent en urgence qu'en métropole.<sup>38</sup> Par ailleurs, en 2014 seuls 6,3 % des patients ont eu accès à une greffe, contre 20,9 % des patients au niveau national.

Ainsi, ces évolutions engagent à **intervenir de manière plus précoce** que ce soit en matière de prévention, dans la mesure où l'on observe de plus en plus de situation de surpoids chez les enfants, ou en matière de dépistage, dans la mesure où ces pathologies sont repérées ou traitées encore trop tardivement. **La structuration de véritables filières de dépistage et de prise en charge des maladies chroniques** est un axe important du PRS, **tout comme le renforcement des actions de promotion de la santé** visant l'adoption de comportements favorables à la santé, par exemple la promotion d'activités sportives pour les enfants sans que l'aspect financier ne soit un frein.

### **d/ Garantir une prise en charge des cancers de qualité**

Première cause de mortalité globale en Martinique comme dans l'Hexagone, les cancers représentent environ 1 650 nouveaux cas par an (période 2010-2014) selon les données du Registre Général des cancers de la Martinique. L'incidence est la plus importante pour le cancer de la prostate qui concerne 515 cas nouveaux par an – comme pour les autres DFA, la Martinique est beaucoup plus touchée par le cancer de la prostate qu'en métropole. Viennent ensuite les cancers du sein (216 cas par an) et colorectal (178 cas par an).<sup>39</sup>

Cette situation requiert des interventions fortes à la fois en faveur :

- **Du développement d'études épidémiologiques** pour identifier les spécificités de certains cancers en s'appuyant sur les dispositifs de Surveillance et de Recherche tels que le Registre Général des cancers de la Martinique et la CIRE ;
- De l'adaptation **des programmes de dépistages organisés des cancers** (sein, colorectal, col de l'utérus) ;
- Du **repérage et du dépistage des cancers**, notamment ceux qui n'entrent pas dans les dispositifs organisés nationalement et régionalement à ce jour ;
- Du **maintien ou de la structuration de filières de prise en charge** en oncologie à l'échelle de la Martinique ou de la région Antilles-Guyane ;
- De la **mise en place d'équipements lourds innovants** (Cyclotron/Tep Scan, robot chirurgical) ;
- De la mise en place d'une unité de thérapie cellulaire Antilles ;
- Du développement des soins de support et de **l'accès aux soins palliatifs** ;
- De **l'accompagnement du patient et de sa famille**, dans une démarche d'éducation thérapeutique ;
- Du **rapprochement entre les acteurs** des secteurs public et privé de cancérologie afin d'optimiser les ressources médicales et matérielles disponibles
- Du **renforcement des liens ville-hôpital**.

### **e/ Améliorer les prises en charge en matière de Santé Mentale**

**On estime que 12 millions de Français souffrent d'au moins un trouble psychiatrique en 2016, soit près de 18% de la population**, presque 1 Français sur 5. Parmi les 44 millions d'adultes vivant à domicile en France, 18,5 % souffriraient d'une pathologie psychiatrique dont 15% d'une forme sévère.

<sup>34</sup>Santé périnatale en Martinique n°1/ décembre 2016, Réseau Santé Périnatal Matnik / <sup>35</sup> Diagnostic OSM, « santé des populations vulnérables »

<sup>36</sup> Diagnostic OSM, « Déterminants de santé », Avril 2017 / <sup>37</sup> Diagnostic OSM « Pathologies », 20 avril 2017 / <sup>38</sup> Ibid. / <sup>39</sup> PRGRESS Martinique / <sup>40</sup> Registre Général des cancers de la Martinique

### Les indicateurs disponibles sur la question de la santé mentale restent globalement plus favorables en Martinique que sur l'Hexagone,

avec notamment des prévalences d'épisodes dépressifs et une consommation de médicaments psychotropes qui reste limitées par rapport aux moyennes métropolitaines. En 2014, 15% des 15-30 ans avaient consommé des médicaments psychotropes au cours de leur vie selon le Baromètre santé DOM, et 6,4 % avaient déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie (soit 0,5 points de plus qu'en métropole). Les épisodes dépressifs touchent principalement les femmes : 7,6 % des femmes.<sup>40</sup>

**Cependant, cette problématique demeure sous-documentée et les données existantes (qui se fondent sur des éléments déclaratifs) pourraient sous-évaluer sa gravité.** Cela s'explique notamment par le tabou persistant autour de ces enjeux, ainsi que par la difficulté de détecter de façon efficace les épisodes dépressifs voire les tendances suicidaires. Les personnes ayant des problématiques psychiatriques ne sont par ailleurs pas toujours identifiées et diagnostiquées comme telles, notamment lorsqu'elles sont éloignées du système de soins (personnes en situation d'errance par exemple).

La nécessité de faire de la santé mentale une priorité de ce PRS vient aussi et surtout d'une réalité observée sur le terrain par l'ensemble des professionnels sanitaires et médico-sociaux, d'une augmentation des cas de troubles psychiques à domicile et en établissement de santé, avec des difficultés à proposer des réponses coordonnées et pertinentes, en situation d'urgence ou sur le long terme.

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de la communauté. Loin d'être limitée au seul champ de la psychiatrie, cette définition de la santé mentale, promue par l'Organisation mondiale

de la santé, implique de développer en amont et en complémentarité de l'offre de soins des approches préventives, en renforçant les facteurs de protection individuels et environnementaux (compétences psychosociales, compétences parentales, bien-être à l'école, au travail, lutte contre les stigmatisations des personnes en situation de handicap psychique,...).

Il est essentiel de faire évoluer les réponses apportées aujourd'hui vers :

- **Une prévention et un repérage plus précoces des troubles en santé mentale**, notamment en luttant contre les paramètres socio-environnementaux défavorables : stigmatisation, précarité, mal-être, etc.
- **Une structuration de l'offre de prise en charge plus solide, garantissant un maillage en proximité et une bonne coordination ville-hôpital ;**
- **Une coordination plus importante des acteurs**, par exemple en poursuivant le déploiement des Conseils locaux de santé mentale (CLSM).
- In fine, l'élaboration du **projet territorial de santé mentale** à partir de diagnostics partagés.

## 2. Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé

### a/ Agir sur les difficultés d'accès aux soins et à la prévention pour les populations les plus vulnérables

**Les caractéristiques sociales et économiques présentées ci-avant induisent une fragilité importante d'une partie de la population martiniquaise et d'une partie du territoire.** Les populations vulnérables ou en situation de précarité connaissent des difficultés particulières en ce qui concerne l'accès aux soins et à la prévention, du fait de l'existence de freins à la fois financiers, de mobilité ou encore sociaux pouvant

entraîner un renoncement ou un recours tardif aux soins. Selon l'Observatoire régional des situations de fragilités, 15,8% des Martiniquais assurés sociaux du régime général âgés de 16 ans et plus n'ont pas déclaré de médecin traitant en 2015, contre 10,8% au niveau national, et que 8,6% des Martiniquais assurés sociaux du régime général âgés de 16 ans et plus n'ont pas eu recours aux soins au cours des 24 derniers mois en 2015 contre 7,9% au niveau national.

La qualité de l'éducation, l'accès à une alimentation de qualité, le contexte social, la mobilité des personnes, la qualité des relations sociales et l'isolement social, l'accessibilité aux services sociaux, de prévention, médico-sociaux, à l'emploi et à la formation sont autant de facteurs générateurs d'inégalités territoriales et sociales de santé. Ces déterminants touchent de façon plus importante certaines populations fragiles et vulnérables, qui accèdent avec difficultés aux ressources et à l'offre présentes sur le territoire. Ces populations sont ciblées par le Programme Régional pour l'Accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) : les personnes en errance sans domicile fixe, les personnes en perte d'autonomie, les jeunes avec de faibles niveaux de ressources et en rupture familiale, les familles monoparentales en difficultés financières, les personnes victimes de violences, les personnes sous main de justice.

**Les évolutions du système de santé devront donc nécessairement tenir compte des difficultés d'accès que rencontrent aujourd'hui certaines populations particulièrement vulnérables de manière à ce que les améliorations à venir profitent équitablement à tous les Martiniquais.**

### b/ Organiser un maillage territorial garantissant une égalité d'accès à l'offre de santé.

Les inégalités territoriales de santé sont également

un enjeu majeur. Des efforts visant à renforcer l'offre de soins de premier recours ont été fournis durant la période couverte par le premier PRS : l'offre de proximité a été renforcée avec l'ouverture de centres de santé de proximité (annexe du centre de santé de Saint Pierre, centre de santé et centre périnatal de proximité sur Basse Pointe, maison pluridisciplinaire de santé à Sainte Marie) et le soutien à l'installation de praticiens territoriaux de médecine générale.<sup>41</sup> Cependant, le déséquilibre dans la répartition de l'offre de santé sur le territoire demeure.

Plus qu'une répartition égalitaire de l'offre de soin et de l'offre médico-sociale, la question de **l'égalité d'accès à l'offre existante** est centrale pour le territoire insulaire qu'est la Martinique. Il s'agit de structurer une offre de santé graduée, permettant à chacun et pour chaque territoire, d'accéder à des soins de proximité, puis à un parcours de soins organisés en fonction de ses besoins.

Cette ambition nécessite aussi bien de veiller, dans les développements à venir, à une **juste répartition territoriale des moyens au regard des besoins**, mais aussi à **renforcer les dispositifs de mobilité**, pour favoriser l'accès des Martiniquais à l'offre existante d'une part, mais aussi « l'aller-vers » des professionnels.

<sup>41</sup> Document ARS « ILLUSTRATION THEMATIQUE - Réduction des inégalités de santé »



## [III]

### B/ Adapter le système de santé aux enjeux d'aujourd'hui et de demain 6 principes organisateur pour les 10 années à venir

En parallèle des priorités de santé publique qui doivent être traitées dans le cadre de ce projet de santé, l'agence régionale de santé a choisi de faire reposer la politique de santé sur 6 principes d'action transversaux et organisateurs du système de santé. Ces principes doivent constituer autant d'outils servant à la déclinaison opérationnelle des 8 objectifs généraux identifiés et exposés ci-dessous.

Les enjeux posés au territoire Martiniquais nécessitent d'adapter et de faire évoluer le système de santé autour de 6 grands principes structurants à court, moyen et long termes.

- **Principe 1 :**  
Un système de santé **tourné vers la promotion de la santé** et la prévention
- **Principe 2 :**  
Un système de santé transversal et **coordonné à l'échelle régionale et à l'échelle territoriale**
- **Principe 3 :**  
Un système de santé **performant, innovant et attractif**
- **Principe 4 :**  
Un système de santé **réactif**
- **Principe 5 :**  
Un système de santé qui place **l'utilisateur au cœur** des préoccupations et veille à sa présence dans toutes les instances, réglementaires ou non
- **Principe 6 :**  
Un système de santé **lisible** pour les usagers comme pour les professionnels

## [IV] LES ORIENTATIONS RÉGIONALES

### A/ 3 grandes orientations stratégiques et 8 objectifs généraux pour relever les défis actuels et à venir

#### ✓ ORIENTATION 1

Développer une culture partagée de la promotion de la santé permettant à chacun de devenir co-auteur de sa santé

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 fait du renforcement de la prévention et de la promotion de la santé son titre premier, et réaffirme la lutte contre les inégalités sociales de santé comme priorité nationale.

Défini en 1986 par l'OMS dans la Charte d'Ottawa, le concept de promotion de la santé conduit à élargir les préoccupations au-delà de la seule approche par la pathologie. La prise en compte des déterminants socio-



économiques et socio-environnementaux, ainsi que des inégalités sociales de santé, semble indispensable à la définition d'une politique de santé efficace. La promotion de la santé doit donner de nouveaux outils, notamment aux plus vulnérables, pour prendre soin de soi et des autres. Ces politiques doivent être universelles, mais également fortement renforcées dans les territoires et à l'égard de populations moins favorisées, afin de tenir compte des fragilités d'une partie de la population.

En Martinique, le développement de la politique de prévention, d'éducation et de promotion de la santé a été identifié en mai 2016 comme première priorité de santé

#### Définition de la promotion de la santé Définition OMS - Charte d'Ottawa 1986

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

# [IV]

**dans le cadre de la déclinaison locale de la Stratégie de santé pour les Outre-Mer** (feuille de route régionale). La prise en compte des risques environnementaux comme déterminant de santé, est également intégrée à la feuille de route régionale (ex : réduction des expositions particulières d'origine alimentaire par les sols). La protection des populations s'étend en effet également au cadre et à la qualité de vie : une mobilisation de l'ensemble des politiques publiques est de ce fait essentielle. Le logement et l'habitat, l'éducation, la protection environnementale... constituent autant de secteurs mobilisables pour agir sur les facteurs pouvant avoir un effet sur la santé des Martiniquais.

Les enjeux propres au contexte régional justifient d'autant plus le développement d'une politique de promotion de la santé forte et structurée :

- Des caractéristiques sociales et économiques induisant une fragilité importante d'une partie de la population martiniquaise et d'une partie du territoire ;
- Un contexte de surpoids et de forte prévalence de maladies chroniques associées (hypertension,

diabète), avec des indicateurs au-dessus de la moyenne des régions hexagonales ;

- Des professionnels qui constatent des difficultés d'appropriation et d'adoption de comportements favorables à la santé.

Cela implique d'une part de renforcer la mobilisation intersectorielle des acteurs publics, et d'autre part de poursuivre les efforts engagés à la fois :

- En matière de déploiement d'une politique de promotion de la santé pour conférer à la population un plus grand contrôle et un plus grand pouvoir sur les décisions qui affectent sa santé,
- Et en matière de prévention afin diminuer la fréquence d'apparition et la prévalence des problèmes de santé ou des facteurs de risque dans la population, en agissant de manière graduée et ciblée.

## OBJECTIFS GÉNÉRAUX À 10 ANS

### ■ Objectif 1 :

Placer la promotion de la santé au cœur de toutes les politiques

### ■ Objectif 2 :

Renforcer les actions et dispositifs de promotion et de prévention ciblés en visant la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

## NOTRE STRATÉGIE À 5 ANS

### ■ Développer le plaidoyer en promotion de la santé et faire évoluer les représentations

pour développer une approche positive de la santé, en ciblant notamment les collectivités et les élus locaux

### ■ Créer et développer des environnements favorables et facilitateurs

en renforçant la connaissance des liens entre santé et environnement pour les acteurs du territoire et le grand public, et en développant et diffusant des outils permettant d'adopter une démarche de promotion de la santé dans les projets d'aménagement et d'équipement – en lien avec le Plan Régional Santé Environnement

### ■ Renforcer les compétences et capacités des individus à agir sur leur santé et dans la définition des politiques de santé locale,

### dans une logique d'empowerment et de renforcement de la littératie en santé.

Ce qui passe à la fois par :

- Un renforcement de la **démocratie en santé** en soutenant à la fois les représentants d'usagers dans les instances règlementaires de démocratie sanitaire, et la participation citoyenne d'usagers sans mandat
- Le soutien aux actions visant à **développer les compétences psychosociales** des individus

### ■ Poursuivre et renforcer les actions de prévention autour de priorités de santé publique :

dans le champ de la lutte contre les maladies chroniques et de l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. ■

## ✓ ORIENTATION 2

### Rechercher l'excellence du système de santé Martiniquais

La question de l'organisation du système de santé existant et sa capacité à répondre aux besoins de la population aujourd'hui et dans les années qui viennent est un sujet central pour la définition d'orientations à 10 ans. La qualité du service rendu aux usagers constitue par ailleurs un point de référence pour identifier les évolutions souhaitables.

Au niveau national, l'accessibilité et la qualité des services actuellement rendus par le système de santé, par la prévention et les soins, contribuent de façon importante au haut niveau actuel de l'espérance de vie en France, ce qui avait conduit l'OMS à classer le système de santé Français au premier rang mondial en 2000. Dans le même temps l'accroissement des dépenses liées à la santé, en lien avec l'accroissement de l'espérance de vie et le développement des maladies chroniques, interroge la soutenabilité du système.

En octobre 2010, dans son guide méthodologique relatif à l'élaboration du Plan Stratégique Régional de Santé, l'Etat soulignait déjà l'enjeu de la maîtrise des dépenses par la recherche de l'efficacité dans tous les secteurs du système de santé, mise en avant comme la seule orientation possible pour assurer la soutenabilité, et la qualité à long terme.

En Martinique, le système de santé fait par ailleurs face à des problématiques fortes, auxquelles il convient de répondre, et qui avaient par ailleurs déjà été identifiées dans la feuille de route régionale déclinant la Stratégie de Santé pour les Outre-Mer :

- **La démographie médicale demeure fragile, si ce n'est insuffisante, et la concentration de l'offre dans le centre-sud représente un frein à l'accès aux**



**soins.** Certaines communes du Nord sont ainsi sans médecins-libéraux, et des spécialités entières restent peu couvertes (pneumo, gastro, pédiatrie, anesthésie, urgentiste, ophtalmo, psychiatrie, rhumatologie)<sup>42</sup>. Le vieillissement attendu d'une partie des professionnels de santé de ville, conjugué aux difficultés récurrentes de recrutement de certains professionnels au niveau des établissements de santé sont des risques qui pèsent aujourd'hui sur le système de santé Martiniquais et qu'il convient de juguler dès à présent.

- **Par ailleurs, la qualité du service rendu aux patients et usagers demeure une priorité, qui se conjugue à un objectif de soutenabilité et de performance du système de santé :** il s'agit de faire en sorte que le patient soit pris en charge au bon endroit, dans des délais rapides, par des professionnels qualifiés, juste le temps nécessaire, dans de bonnes conditions. La formation continue des professionnels du sanitaire ou du médico-social, tout comme la structuration des filières de soins coordonnés, sont autant d'objectifs à poursuivre dans une perspective d'amélioration continue. **Les déficits chroniques de certains établissements** empêchent ou retardent des politiques d'investissement nécessaires pour

améliorer l'accueil et la prise en charge des patients. Cette situation appelle à conserver une vigilance particulière à la soutenabilité financière de l'activité des établissements sanitaires, en particulier au vu des surcoûts engendrés par l'exercice en contexte insulaire. La nécessité de rechercher l'efficacité de l'offre hospitalière a été soulignée au niveau national, et constitue le premier axe du Plan Pluriannuel Régional de Gestion du Risque et d'Efficacité du Système de Soins ;

- D'autre part, le caractère insulaire de la région, et la diminution de la population observée depuis plusieurs années, font peser **des incertitudes sur le maintien de certaines filières de soins spécialisées**, si une organisation supra-régionale n'est pas structurée.
- Enfin, l'île fait face à une réalité de **menaces épidémiques propres aux pays tropicaux et à des risques de catastrophes naturelles accrus** pouvant déstabiliser l'offre de soins dans un contexte d'éloignement géographique, et qui impliquent de conforter sa capacité de gestion de crises et de veille et sécurité sanitaire.

Pour apporter des réponses à ces problématiques, un certain nombre de leviers doivent être activés. Il s'agit notamment de tirer **parti des potentialités offertes par les nouvelles technologies de l'information et de la communication** et à développer de nouveaux services facilitant l'accès à la santé pour la population : E-Santé, Télémédecine, etc. **L'innovation et la recherche** doivent ainsi être davantage mobilisées pour répondre aux besoins nouveaux mais aussi pour renforcer l'attractivité, de la qualité et efficacité.

Il s'agit, pour les 10 années à venir, de faire évoluer le système de santé de manière à :

- Le rendre plus attractif pour attirer de nouveaux professionnels de santé et renforcer l'offre de soins de premier et de second recours,
- Renforcer en continu sa qualité et son efficacité,
- Assurer sa réactivité et sa capacité à gérer les risques et les situations de crises sanitaires.

### OBJECTIFS GÉNÉRAUX À 10 ANS



#### ■ Objectif 3 :

Renforcer la démographie des professionnels de santé

#### ■ Objectif 4 :

Assurer la performance du système de santé, la qualité, la pertinence et la sécurité des soins

#### ■ Objectif 5 :

Améliorer la veille, l'évaluation et la gestion des risques et des crises sanitaires

#### ■ Objectif 6 :

Développer les études, la recherche et l'innovation en santé

<sup>42</sup> Feuille de route Martinique SSOM



## NOTRE STRATÉGIE À 5 ANS



### ■ Favoriser l'installation de professionnels de santé, notamment dans les zones fragiles, en :

- Soutenant les structures d'exercice coordonné
- Poursuivant la mise en œuvre des dispositifs nationaux de soutien aux professionnels libéraux
- Accompagnant les jeunes aspirant en facilitant leur accès à la formation initiale puis leur installation

### ■ Continuer à garantir la qualité et la sécurité des soins via :

- L'organisation régionale des vigilances et l'appui à la **gestion des risques et à la sécurité des soins**
- L'accompagnement, via la contractualisation, des établissements de santé et établissements médico-sociaux dans leurs **démarches qualité et leurs actions d'amélioration de l'efficace**, en lien avec les outils nationaux
- L'appui au **renforcement de l'expertise et de la formation** des professionnels
- La poursuite des actions visant le «**virage ambulatoire**» dans les champs sanitaire et médicosocial, qui s'accompagnent d'une rationalisation de l'organisation de l'offre ambulatoire de premier recours
- La promotion de **systèmes d'information performants** permettant d'accompagner et de soutenir ces évolutions

- Dans le respect du Plan National pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie (2015-2018), améliorer l'organisation du système de santé pour favoriser **l'accès aux soins palliatifs et aux dispositifs de prise en charge de la douleur** – gage de qualité des prises en charge.

### ■ Améliorer la veille, l'évaluation et la gestion des risques et des crises sanitaires, aussi bien en ce qui concerne l'organisation de la veille (surveillance, promotion de la culture du signalement) que de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (urgences sanitaires, plan ORSAN...)

### ■ Améliorer la connaissance et la recherche, en privilégiant une dimension régionale Antilles-Guyane, en ciblant deux champs d'investigation : les cancers et la périnatalité (prévention / prise en charge des enfants vulnérables)

### ■ Renforcer les outils et les dispositifs de suivi-évaluation, de manière à concevoir un système d'observation permettant l'évaluation et le réajustement en continu des interventions de l'ARS et de ses partenaires ■

## ✓ ORIENTATION 3

Assurer la fluidité des parcours de santé par la définition d'une offre de santé graduée et intégrative en favorisant la coordination des acteurs en tout point du territoire

La notion de parcours s'est imposée en réponse à la progression des maladies chroniques et à la nécessaire évolution du système de santé vers une prise en charge plus complète de l'individu. Privilégiant une approche globale et continue, au plus près des lieux de vie des usagers, les parcours s'articulent autour de la prévention, des soins, du médico-social et du social, qui impose une prise en charge pluridisciplinaire fondée sur la coordination d'une multiplicité d'acteurs. Ce constat implique la mise en place d'un système de santé plus décloisonné, mais également organisé au plus près du lieu de vie de l'individu, de façon territorialisée. Le développement d'une offre graduée, se déployant de façon efficace au niveau local, paraît donc essentiel pour proposer une réponse adaptée aux besoins de la population.

En Martinique, le vieillissement de la population, la précarité d'une partie importante de la population, la prévalence importante des situations de handicap, le développement des maladies chroniques sont autant d'évolutions qui nécessitent aujourd'hui mais également dans les années à venir, de structurer des prises en charges pluridisciplinaires, mobilisant les acteurs du sanitaire, du médico-social voire du social.



La réduction des inégalités d'accès aux soins et l'amélioration des prises en charge passe par une meilleure structuration des parcours, et un accès aux soins primaires.

Il s'agit ainsi de faire évoluer le système de santé Martiniquais vers :

- Une plus grande prise en compte de l'individu pour le placer au cœur des accompagnements et des prises en charge,
- Davantage de coordination des acteurs à l'échelle régionale et à l'échelle des quatre territoires de proximité,
- Davantage de lisibilité pour faciliter l'orientation et l'accès à un accompagnement pertinent pour l'utilisateur et les professionnels.

# [IV]

## OBJECTIFS GÉNÉRAUX À 10 ANS



### ■ Objectif 7 :

Améliorer l'accès à l'offre de santé et développer les soins de proximité

### ■ Objectif 8 :

Assurer la coordination des acteurs autour des parcours de santé

## NOTRE STRATÉGIE À 5 ANS



■ **Renforcer l'accessibilité géographique de l'offre de soins en visant un renforcement du maillage territorial et une utilisation plus rationnelle des ressources existantes**, dans un contexte de ressources humaines en santé contraintes

■ **Développer les dispositifs favorisant « l'aller-vers » ou la mobilité** des publics cibles, dans le champ de la prévention et des soins de premier recours

■ **Doter la région des outils permettant une coordination des acteurs autour des parcours de santé**, ce qui passe par :

- Le renforcement de **l'appui aux professionnels de premier recours** pour les situations complexes (PTA, réseaux de santé)

- Le développement des **coopérations formalisées entre secteurs**

- Le déploiement progressif d'un bouquet de **services numériques auprès des acteurs participant à la coordination des parcours**

■ **Limiter les ruptures dans les parcours de santé - de la prévention à la prise en charge, la réadaptation et le suivi** en défendant :

- Une meilleure **prise en compte de l'environnement social et familial** (notamment des aidants) des personnes, ce qui passe entre autres par la reconnaissance de l'expertise d'usage,

• Une vision régionale des parcours :

- renforcement de la coordination des interventions des acteurs par la poursuite / la mise en place d'instances régionales,

- structuration de filières de soins interrégionales et définition d'un circuit du patient étranger, en coopération avec les autres DFA.

■ **Décliner les orientations régionales dans le cadre de parcours de santé et de vie prioritaires :**

• **Parcours de publics à forts enjeux**

- Femmes enceintes et nouveau-nés
- Enfants et jeunes
- Personnes en situation de handicap
- Personnes âgées

• **Parcours autour d'enjeux de santé spécifiques**

- Maladies chroniques
- Cancers
- Addictions
- Santé mentale
- Maladies rares ■

## B/

### Les conditions de la réussite : des leviers d'action transversaux à promouvoir

#### 1. Garantir la poursuite de la stratégie d'Animation Territoriale et favoriser la coordination des acteurs à l'échelle régionale et locale

La politique de santé est structurée autour d'un unique Territoire de santé, ce qui permet une intervention homogène, au regard de la configuration géographique, de la répartition de la population et de la concentration de l'offre de soins au centre de la Martinique.

Cependant, l'identification par l'ARS de 4 territoires de proximité, correspondant à des besoins différenciés, permet aujourd'hui en parallèle d'adapter la politique régionale de santé aux spécificités locales, en résonance et en cohérence avec les attentes et les besoins locaux. Cette stratégie d'animation territoriale facilite la mobilisation des acteurs de terrain, de manière intersectorielle, mais est également un cadre intéressant pour favoriser la participation citoyenne.

L'évaluation du premier PRS a montré que ce découpage territorial a fait ses preuves et est reconnu par la majorité des acteurs du champ de la santé.

Il s'agira ainsi, sur un territoire où le nombre d'acteurs est relativement réduit, de définir et structurer à la fois :

- Des **espaces de dialogue et de concertation régionale**, mobilisant les acteurs pertinents, dont les acteurs institutionnels copilotes ou co-financeurs des politiques de santé publiques, pour analyser les



besoins et co-construire des orientations partagées (COFIL régionaux, thématiques)

- Des **instances et dispositifs de coordination locaux**, articulés aux territoires de proximité (poursuite et dynamisation des COTECH et COTER).

Cette coordination des interventions est indispensable pour donner cohérence et complémentarité aux actions qui sont déployées.

Elle est complémentaire à la coordination interprofessionnelle et intersectorielle qui devra être développée autour du patient.

#### 2. Replacer l'utilisateur au cœur du système de santé

Une appropriation par la population des enjeux de santé permet d'obtenir des résultats importants, notamment par le développement de la démocratie participative en matière d'observation et d'évaluation.

La loi de modernisation de notre système de santé instaure des mesures fortes visant à faire progresser la démocratie en santé via notamment :

- La mise en place du **conseil territorial de santé**, dont le rôle est, entre autres, de :

# [IV]

- Veiller à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants.
- D'organiser, au sein d'une formation spécifique, l'expression des usagers, en intégrant celle des personnes en situation de pauvreté ou de précarité.
- Le renforcement des **compétences des commissions des usagers** dans les établissements de santé.

Pour la réalisation des orientations stratégiques prévues à 10 ans, il est indispensable de pouvoir placer l'usager au cœur des actions qui seront déployées :

- Pour développer une approche en promotion de la santé efficace et partagée par tous, qui vise à **valoriser les ressources individuelles de chacun** ;
- Pour **articuler les interventions des acteurs autour du parcours de la personne**, en dépassant les cloisonnements sectoriels.

### 3. Développer l'innovation en santé

Pour accompagner les orientations régionales à 10 ans, l'innovation est un levier d'action indispensable pour faire face aux profondes évolutions qui vont intervenir dans le champ de la santé (développement des technologies numériques au service des soins, développement des sciences cognitives, développement de l'utilisation des objets connectés...).

Sur la durée du Projet Régional de Santé, seront favorisées à la fois les actions visant à intégrer et développer les innovations technologiques et les innovations organisationnelles.

Concernant les innovations technologiques :

- De nouvelles technologies en faveur de la santé seront développées pour **faciliter l'information et le recours aux soins**. Ainsi, le développement de

la télémédecine, est une forme de réponse aux enjeux d'accessibilité des soins, notamment dans un contexte insulaire, en cohérence avec l'axe 4 du plan national pour l'égal accès aux soins dans les territoires.

- Il s'agit par ailleurs de permettre aux professionnels de santé de pouvoir s'appuyer sur des systèmes d'informations centrés sur le patient pour **éviter les ruptures de parcours de soins**. Ainsi, seront développés les outils numériques au service de prise en charge coordonnées et articulées entre professionnels.

Concernant les innovations organisationnelles, seront recherchés :

- Une **plus grande participation des patients** au diagnostic et au choix thérapeutique ;
- Les **formes organisées de prises en charge en ambulatoire**, en appui au « virage ambulatoire », et le développement de dispositifs innovants de soutien au domicile, dans le champ de l'autonomie notamment.

### 4. Renforcer la coopération régionale caribéenne et entre DOM/COM

Les liens entre la Martinique, la Guadeloupe et la Guyane sont déjà existants et des projets déjà montés en commun. Dans le champ de l'offre de soins hospitalière, un second Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire Antilles-Guyane a été élaboré en 2014 pour couvrir la période 2015-2020, dans la perspective de structurer l'accès des habitants à des plateaux techniques et à des prises en charge de qualité et hyperspécialisés. La coopération permet d'atteindre des seuils d'activité garantissant la qualité des interventions ainsi que des seuils économiques pour des activités qui requièrent des investissements

coûteux. Parallèlement, l'objectif est de maintenir et de renforcer l'excellence de l'offre de soins dans la perspective d'en faire également bénéficier les ressortissants des Etats voisins.

Outre le domaine des soins hospitaliers hyperspécialisés, la dynamique interrégionale de coopération apparaît comme un levier potentiellement intéressant pour partager des réponses à des besoins parfois identiques, mais également, pour innover dans les réponses à apporter aux populations ultramarines par le partage de pratiques, de réflexions, voire de moyens.

La coopération régionale, internationale et entre DOM / COM est un objectif de la Stratégie de Santé pour les Outre-Mer qui a également été intégré dans les CPOM qui lient les ARS de Martinique, de Guadeloupe et de Guyane à l'Etat.

Elle apparaît comme un outil particulièrement utile et à renforcer en faveur :

- De la **structuration de filières de santé**, dans une logique de construction et de valorisation du parcours de santé du patient étranger
- De la **recherche** autour de problématiques de santé publique partagées.

### 5. Renforcer l'observation et l'évaluation en santé au service du pilotage et de la montée en compétence des acteurs

Afin de renforcer le pilotage du système de santé et d'appuyer la réalisation des objectifs généraux définis pour les 10 prochaines années, l'ARS souhaite **renforcer ses fonctions d'observation au service de l'évaluation** de manière à ajuster les politiques menées au regard de l'évolution des besoins constatée.

Pour cela, il s'agit de pouvoir :

- **Renforcer la connaissance et l'observation en santé**, dans une perspective de coopération régionale, et en mobilisant notamment la recherche interventionnelle et les données probantes
- Renforcer les outils de suivi des actions et de l'activité des opérateurs
- **Développer une culture de l'évaluation** qui a vocation à irriguer l'ensemble des actions et politiques déployées, dès leur conception.

Fixer ces objectifs devrait permettre en parallèle de renforcer les compétences et la qualité des interventions des acteurs :

- La diffusion des éléments de connaissance et d'observation aux acteurs impliqués dans les politiques de santé publique devrait permettre une **amélioration des réponses** et de leur adéquation avec les besoins ;
- La **diffusion d'une culture de l'observation, de la recherche-action et de l'évaluation**, devra s'appuyer sur des **formations ciblées** en faveur des acteurs - locaux et régionaux - du territoire.



# [IV]

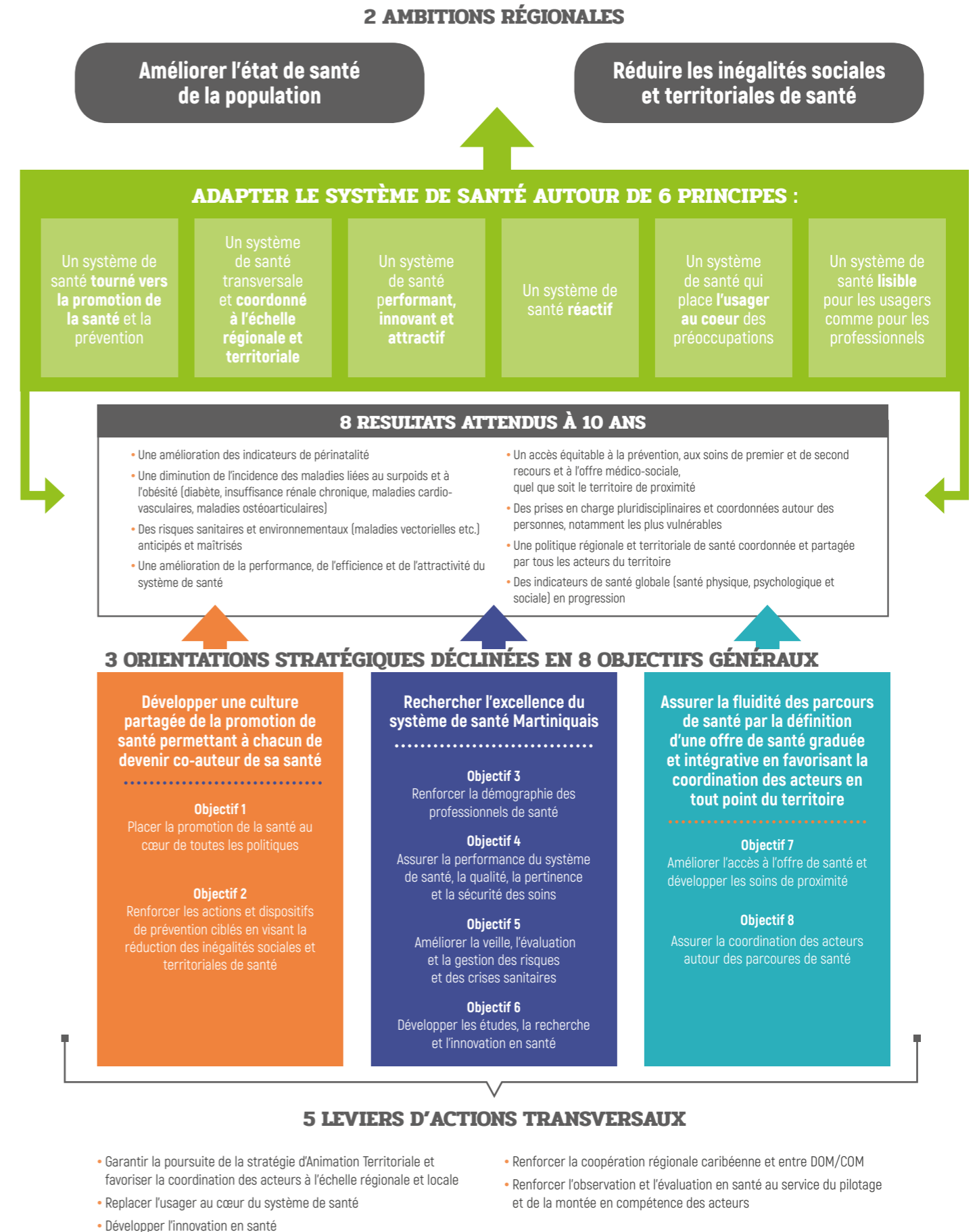
## C/

### Les résultats attendus à 10 ans

Les orientations stratégiques ainsi que les principes organisateurs du système de santé devraient permettre d'atteindre, à 10 ans et à minima, les résultats suivants :

- 1 : Une amélioration des indicateurs de périnatalité
- 2 : Une diminution de l'incidence des maladies liées au surpoids et à l'obésité (diabète, insuffisance rénale chronique, maladies cardio-vasculaires, maladies ostéoarticulaires)
- 3 : Des risques sanitaires et environnementaux (maladies vectorielles etc.) anticipés et maîtrisés
- 4 : Une amélioration de la performance, de l'efficacité et de l'attractivité du système de santé
- 5 : Un accès équitable à la prévention, aux soins de premier et de second recours et à l'offre médico-sociale, quel que soit le territoire de proximité
- 6 : Des prises en charge pluridisciplinaires et coordonnées autour des personnes, notamment les plus vulnérables
- 7 : Une politique régionale et territoriale de santé coordonnée et partagée par tous les acteurs du territoire
- 8 : Des indicateurs de santé globale (santé physique, psychologique et sociale) en progression

# [V] SYNTHÈSE



# PRS 2

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ  
M A R T I N I Q U E

