

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
ÉTUDES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

**État de santé, offre de soins dans
les départements d'Outre-mer
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion**

Pierre Bazely, Christine Catteau

n° 14 – juin 2001

MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

Sommaire

Introduction	5
Chapitre 1 : Contexte démographique, économique et social	5
Démographie, migration	5
Géographie, climat	5
Contexte social	7
Contexte socio-économique, développement, éducation	7
Seuil de pauvreté	8
Chapitre 2 : État de santé	9
Une morbidité spécifique	11
La mortalité	12
La mortalité prématurée	12
Chapitre 3 : Offre de soins	14
Organisation institutionnelle du système de santé	14
Les établissements de soins	14
Les médecins	17
Les autres professionnels de santé	18
Les laboratoires d'analyses de biologie médicale	19
Le marché pharmaceutique	19
Chapitre 4 : Le financement	20
L'équilibre des ressources	20
Chapitre 5 : Coopération externe, technique et financière, en santé	21
Coopération internationale	21
Coopération entre les trois DFA	21
Annexe bibliographique	22

Introduction

Le travail de rassemblement de données sur la santé dans les départements français d'Amérique (DFA) avait été engagé suite à une demande de Organisation mondiale de la santé (OMS), visant à établir un rapport sur l'état de santé de la zone « Amérique » (PAHO – American Health Organisation, branche « Amérique de l'OMS). En vue d'une synthèse sur les DOM, ce travail a été étendu à la Réunion et actualisé. Un document de travail par département d'Outre-mer fait l'objet d'une publication détaillée.

Chapitre 1 : Contexte démographique, économique et social

Les Départements d'Outre-Mer (DOM) font, depuis 1946, partie intégrante de la France. L'organisation politique et administrative sous forme de département et de région des DOM est conforme à celle du reste du pays. Les Départements français d'Amérique (DFA), parfois référencés dans ce document sous le nom de « Région Antilles-Guyane », sont constitués des Antilles (Îles de Guadeloupe et de Martinique) et de la Guyane, située en bordure du continent Sud-Américain, limitrophe du Brésil.

L'île de la Réunion qui constitue le quatrième département d'Outre-Mer se trouve dans l'Océan Indien. Bien que situés géographiquement dans les zones « Amérique » et « Afrique », les départements d'Outre-Mer font partie intégrante de l'Europe des 15 sous l'appellation de « Régions ultra périphériques ». À ce titre, ils bénéficient de mesures de protection particulière et de fonds structurels européens destinés aux aides en faveur des régions européennes en retard de développement.

Géographie, climat

Les DFA sont constitués de l'archipel de la Guadeloupe, 1 705 km² par 16° de latitude Nord et 61° de longitude Ouest (qui comprend, outre la Guadeloupe, les îles de Marie-Galante, des Saintes, de la Désirade, de Saint-Barthélemy et de la partie française de Saint-Martin), de l'île de la Martinique, 1 080 km² par 14° de latitude Nord et 61° de longitude Ouest) appartenant à l'arc des petites Antilles, et de la Guyane, partie intégrante du continent sud-américain d'une superficie de 83 584 km² étalée entre 2° et 5° de latitude Nord et 52° et 54° de longitude Ouest. De ce fait, les Antilles françaises bénéficient d'un climat tropical, tempéré par les alizés, mais soumis aux menaces des cyclones durant les mois de juillet à octobre, alors que la Guyane subit un climat quasi -équatorial.

La Réunion, située dans l'hémisphère Sud, entre l'équateur et le tropique du Capricorne, fait partie, avec les îles Maurice et Rodrigues, de l'archipel des Mascareignes. Elle se trouve dans la partie Sud-Ouest de l'Océan Indien, par 55°29' de longitude Est et 21°5' de latitude Sud et occupe une superficie de 2 507 km². La plus grande partie de l'année, elle demeure sous l'influence des vents alizés. Le temps est généralement sec et frais pendant l'hiver austral (de mai à novembre) ; durant l'été austral, de décembre à avril, les alizés faiblissent et le temps devient chaud et humide, avec la menace de cyclones tropicaux.

Démographie, migration

Des années 60 aux années 80, la population des Antilles-Guyane française est restée stable, de fortes migrations favorisées vers la métropole en manque de main d'œuvre compensant une natalité vigoureuse mais décroissante. Depuis le milieu des années 80 et le début de la crise de l'emploi en France, les jeunes ont préféré rester au pays, même s'ils devaient y chômer, et des mouvements de retour au pays ont eu lieu : retour d'adultes ou de jeunes retraités pour la plupart.

L'émigration des Réunionnais, organisée par le BUMIDOM¹ dans les années 60, a augmenté fortement entre 1970 et 1974 (on enregistrait alors un solde négatif de 7 000 personnes par an), puis a plafonné avant de diminuer à partir de 1981. Parallèlement, on enregistre un retour important de Réunionnais sur l'île, accompagné d'arrivées de personnes non originaires de la Réunion ; le solde migratoire redevient, de ce fait, largement positif, ce qui contribue à l'accroissement de la population.

Le dernier recensement en 1999 a permis de constater une croissance annuelle moyenne de la population de 0,7 % en Martinique, 1,0 % en Guadeloupe et 3,6 % en Guyane pour la période 1990-1999, contre respectivement 1,1 %, 2,1 % et 5,8 % pour la période 1982-1990. Cette croissance démographique ralentit et, en mars 1999, les densités de population étaient de 238 habitants/km² en Guadeloupe, 338 en Martinique, et 2 en Guyane. Au recensement de 1999, les populations étaient les suivantes : 422 500 habitants en Guadeloupe, 381 400 en Martinique et 157 200 en Guyane.

À la Réunion, le recensement de 1999 a permis de dénombrer une population de 706 180 habitants, soit un accroissement annuel moyen de 1,9 %, identique à celui de la période 1982-1990. Cette forte croissance est la résultante d'un excédent naturel important, et d'un solde migratoire devenu très largement positif entre les 2 recensements. En effet, les naissances sont restées nombreuses car le nombre de femmes en âge de procréer (15-49ans) s'est fortement accru (+35 % depuis 1982), alors que la fécondité a baissé (de 2,6 à 2,3 enfants par femme) ; les décès sont stabilisés autour de 3 350 par an.

Proportion des personnes de moins de 15 ans et de 65 ans et plus en %

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion
Moins de 15 ans	24,9	23,3	35,6	28,1
65 ans ou plus	9,8	11,7	3,8	6,8

Source : Insee, R.P. 99.

Une partie de la croissance démographique des DFA est due à l'attractivité qu'ils représentent pour les populations des pays voisins en voie de développement. Partout où cela a été possible, un brutal afflux d'étrangers s'est produit : en Guyane, dont la situation continentale rend les frontières perméables et où près d'un tiers de la population est de nationalité étrangère ; en Guadeloupe toutefois, la commune de Saint-Martin dont le statut spécial de port franc et le boom de l'hôtellerie avaient attiré une proportion importante d'étrangers, en a « perdu » plus de 5 000, tout en hébergeant encore la moitié de la population étrangère du département.

À la Réunion également, le phénomène d'immigration s'inscrit dans un contexte de marché du travail déséquilibré. Entre les périodes 1982-1990 et 1990-1999, l'excédent migratoire a quadruplé, passant de +4 000 à +16 600, les arrivées croissant largement (+52 %) plus que les départs (+30 %). Les nouveaux arrivants, pour la plupart venant de métropole, ont un niveau de qualification élevé.

Dès 1986, des mesures fiscales incitatives (défiscalisation) ont stimulé les secteurs du Bâtiment et des travaux publics et de l'hôtellerie dans les départements d'Outre-mer. L'emploi a augmenté même si le chômage n'a pas été, pour autant, résorbé.

Nombre de chômeurs et taux de chômage

	Mars 1993		Mars 1995		Mars 1997		Mars 1998	
	Nombre de chômeurs	Taux de chômage (en %)	Nombre de chômeurs	Taux de chômage (en %)	Nombre de chômeurs	Taux de chômage (en %)	Nombre de chômeurs	Taux de chômage (en %)
Guadeloupe	45 800	26,1	45 600	26,1	52 700	29,5	55 900	30,7
Martinique	40 500	25,0	42 800	26,1	49 100	28,8	48 500	29,3
Guyane	11 200	24,1	12 400	23,0	15 500	25,6	16 100	26,5
Réunion	74 700	32,2	85 500	36,6	96 800	38,2	101 000	38,0

Source : Insee, enquêtes Emploi.

¹ Bureau des migrations des DOM.

Contexte social

L'objectif *d'égalité sociale* avec la France métropolitaine s'est concrétisé en plusieurs étapes :

- 1^{er} mars 1988, suppression du critère d'activité pour l'obtention des *prestations familiales*.
- 1989, instauration du *Revenu minimum d'insertion (RMI)*. Cette allocation différentielle permet d'atteindre un seuil de revenu minimum, inférieur pour les DOM, de 20 % à celui de la métropole. La différence est consacrée à des améliorations directes de l'habitat ;

L'âge de la retraite est fixé par la loi à 60 ans.

- 1991, alignement progressif du montant des allocations familiales sur celui de la métropole, la « menace nataliste » semblant s'éloigner (5 enfants par femme au début des années 60, 3 au milieu des années 70, 2,2 en Guadeloupe, 2,1 en Martinique et 3,3 en Guyane début des années 90 ; 7 enfants par femme en 1967 à la Réunion, 2,4 en 1996). Prévu pour 1995, l'alignement s'est achevé au 1^{er} juillet 1993.

Entre les recensements de population de 1990 et 1999, les conditions de vie se sont sensiblement améliorées : les améliorations les plus nettes concernent l'habitat.

Principaux indicateurs sociologiques

en %

Année de Recensement	Guadeloupe		Martinique		Guyane		Réunion	
	1990	1999	1990	1999	1990	1999	1990	1999
Ménages disposant :								
d'eau potable courante	84,9	97,4	91,8	98,6	69,9	86,0	96,3	98,9
d'électricité	89,4	96,4	90,3	97,3	86,8	90,0	95,3	94,4
Proportion de logements surpeuplés*	29,3	18,8	27,0	16,8	38,0	32,4	31,7	22,8
Personnes par ménage (Nombre moyen)	3,4	2,9	3,3	2,9	3,4	3,4	3,8	3,3
Habitation de fortune	4,9	2,4	3,3	1,8	7,2	4,8	4,7	21

* dont le nombre de pièces est inférieur au nombre de personnes

Source : Insee, recensements de population de 1990 et 1999.

Contexte socio-économique, développement, éducation

L'augmentation très importante des transferts publics sur les dix dernières années⁽²⁾, a suscité une poussée de la consommation, favorisé une importante croissance de l'activité économique. Résultat de ce double mouvement, le revenu disponible des ménages par habitant⁽²⁾ a cru de plus de 10 000 francs aux Antilles et à la Réunion, de plus de 5 000 francs en Guyane entre 1989 et 1993.

Les revenus supérieurs aux produits

Milliers de francs

	PIB par habitant	Revenu total moyen par ménage	Revenu disponible par ménage en 1995	
	en 1996	en 1995	Moyen	Médian
Guadeloupe	68,8	121,0	115,0	86,8
Martinique	78,6	143,0	138,0	103,8
Guyane	76,6	170,0	161,0	121,9
Réunion	64,3	115,0	119,0	83,2
Métropole	134,8	166,6	153,0	139,0

Le revenu disponible des ménages comprend l'ensemble des ressources d'un ménage (revenu total y compris les prestations sociales) moins l'impôt sur le revenu et la taxe d'habitation.

La valeur par habitant du Produit intérieur brut (PIB) a, entre 1989 et 1994, cru de plus de 10 000 francs aux Antilles et à la Réunion, de plus de 5 000 francs en Guyane, sans pour cela atteindre la moitié du PIB de la métropole (à l'exception de la Martinique).

Au niveau des revenus, l'enquête *Budget des familles* 1994-1995 réalisée par l'Insee a permis de faire le point sur le rattrapage.

L'importante disparité de revenus du travail qui existait entre la métropole et les DOM est en grande partie « gommée » grâce aux transferts sociaux et autres, en provenance de la métropole. Les écarts ne sont pas plus

élevés que ceux existant entre la région parisienne et certaines régions. La redistribution des revenus par les transferts sociaux et fiscaux est plus marquée dans les DOM qu'en métropole. Globalement, la solidarité nationale joue à travers ce dispositif puisque le revenu disponible est dans les DOM, supérieur au revenu fiscal, contrairement à la métropole.

Parmi les DOM, la Guyane dispose d'un niveau de vie supérieur à celui de la Martinique, lui-même supérieur à celui de la Guadeloupe. Il convient toutefois de relativiser cette observation pour la Guyane car l'enquête *Budget des familles* ne portait que sur la Guyane côtière, c'est-à-dire la zone la plus riche avec les hauts salaires des personnels de Kourou travaillant sur la fusée européenne Ariane. De plus, la population guyanaise est beaucoup plus jeune que celle des Antilles ; les ménages de retraités ont, au contraire de la métropole, un niveau de vie très inférieur au reste de la population, égal pour beaucoup d'entre eux au minimum vieillesse. Cette caractéristique influence fortement à la baisse les moyennes départementales antillaises.

Pour la Réunion, on a enregistré une croissance particulièrement forte du PIB qui s'est ralentie aujourd'hui. Le niveau reste tout de même sans précédent. Il représentait 28 % du PIB métropolitain en 1970, 41 % en 1988 et 80 % en 1994. La progression du revenu des ménages est constante depuis 1980, hors inflation. Mais ce sont les prestations qui ont connu la plus forte augmentation (plus que les salaires), en raison de leur alignement sur les montants métropolitains.

Seuil de pauvreté

En France, le seuil de pauvreté est défini comme étant égal à la moitié du revenu disponible médian. Les revenus étant différents d'un DOM à l'autre, les seuils de pauvreté le sont également ; le seuil de pauvreté suit l'élévation du niveau de vie. Il est donc de 43 400 F par ménage et par an en Guadeloupe, de 51 900 F en Martinique, et de 60 900 F en Guyane.

Pauvreté différenciée selon la zone géographique

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion	Métropole
Nombre de ménages pauvres*	20 540	18 320	8 520	18 400	2 130
% de ménages pauvres	15,6	14,9	22,8	10,4	
% de personnes pauvres	15,7	17,3	28,8	9,9	
Seuil de pauvreté pour une personne seule en 1995 (en F par mois)	1 846	2 261	3 067	1 700	3 500

* par rapport au seuil de pauvreté local.

Source : Insee, *Enquête Budget des familles 1994-1995, métropole et DFA*.

Ainsi la Guyane a plus de « pauvres » parce que son niveau de vie médian est plus élevé ; on est pauvre par rapport au niveau de vie médian de ses compatriotes; cela explique que la Guyane attire toujours plus de Brésiliens, Surinamiens et Haïtiens qui « veulent bien » de cette pauvreté là.

Si l'on utilisait le seuil de pauvreté déterminé en métropole (69 500 F par ménage), le nombre de « pauvres » dans les DOM augmenterait fortement aux Antilles et à la Réunion.

Les ménages pauvres ont une taille supérieure à la moyenne, et plus d'enfants, particulièrement en Guyane. Il en résulte que la proportion d'enfants de moins de 14 ans en situation de pauvreté est de 16 % en Guadeloupe, de 18 % en Martinique, et de 39 % en Guyane.

L'Indice de développement humain (IDH) a été calculé pour 1995 par l'INSEE conformément à la méthodologie des Nations-Unies³. Ces calculs placent les DFA en tête du palmarès de la Caraïbe avec un IDH de 0,931 pour la Martinique, de 0,914 pour la Guadeloupe et de 0,890 pour la Guyane. Il est intéressant de noter que ce sont maintenant 15 pays de la Caraïbe dont le développement est considéré comme élevé (IDH > 0,8) contre 7 en 1992.

À la Réunion, l'IDH de 1992 était de 0,854, il n'a pas été recalculé en 1995. La Réunion se retrouve, néanmoins, largement en tête des îles du Sud-Ouest de l'Océan Indien. Ces résultats ont pu être obtenus notamment grâce à la scolarisation obligatoire jusqu'à 16 ans et à un plus large accès à l'enseignement supérieur. Pour mémoire l'IDH 1995 de la France métropolitaine est de 0,946, la plaçant au deuxième rang dans le monde après le Canada.

Chapitre 2 : État de santé

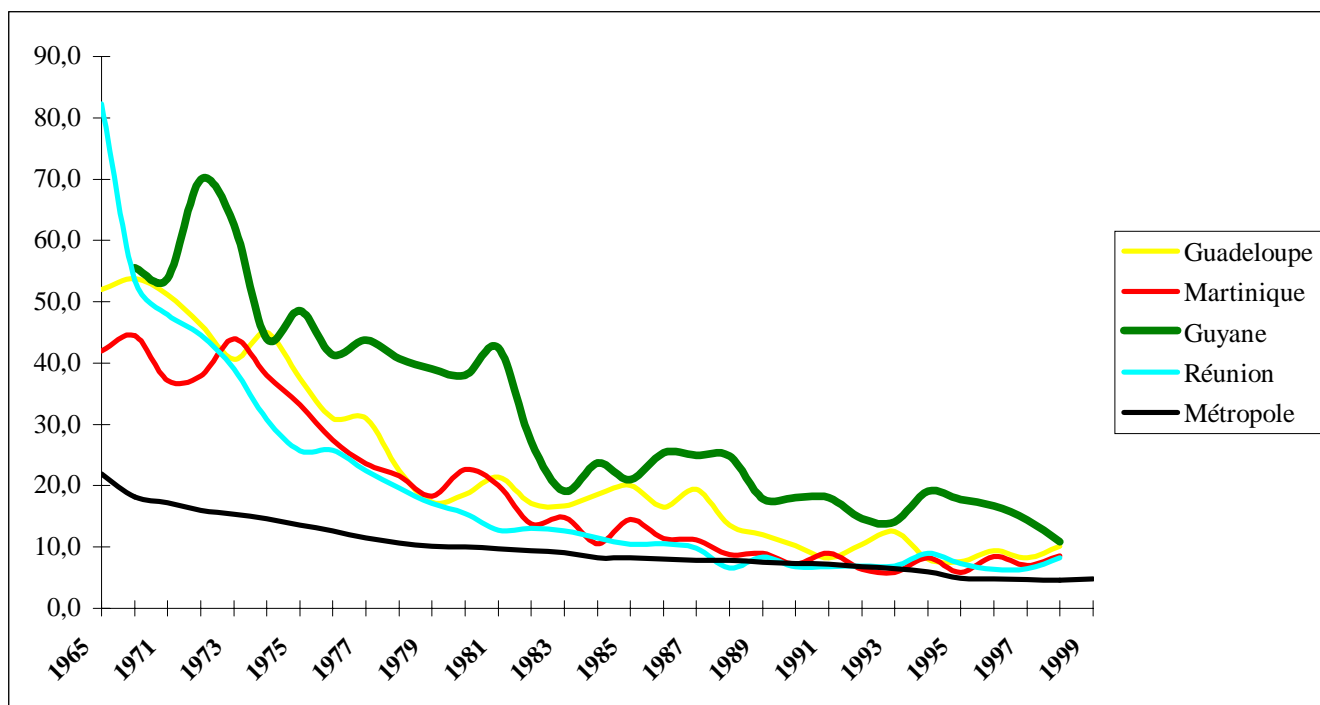
Bien souvent l'état de santé d'une population est résumé par l'indicateur essentiel qu'est l'espérance de vie à la naissance. Cette dernière a fortement progressé ces vingt dernières années, se rapprochant pour les Antilles de la moyenne nationale. La Guyane a surtout progressé ces sept dernières années, sans toutefois rattraper en 1997 les niveaux antillais. À la Réunion, la progression, remarquable jusqu'en 1990, s'est ralentie pour, en 1997, conserver une forte surmortalité masculine et un écart avec la métropole de près de quatre ans, qui a tendance à s'allonger.

Espérance de vie 1990 et 1997

	Guadeloupe		Martinique		Guyane		Réunion		Métropole	
	1990	1997	1990	1997	1990	1997	1990	1997	1990	1997
Hommes	70,2	73,3	72,9	74,9	65,5	72,4	69,0	70,1	72,8	74,2
Femmes	78,3	80,4	79,8	81,3	73,9	78,7	78,3	78,5	81,0	82,1

Les bons résultats obtenus sont corrélés à la baisse continue, depuis les années 70, de la mortalité infantile. Toutefois, on constate dans les années 90 une stabilisation, voire une légère régression de cet indicateur se répercutant sur l'espérance de vie. Les gains récents de celle-ci proviennent donc de l'amélioration des conditions de santé à d'autres âges de la vie.

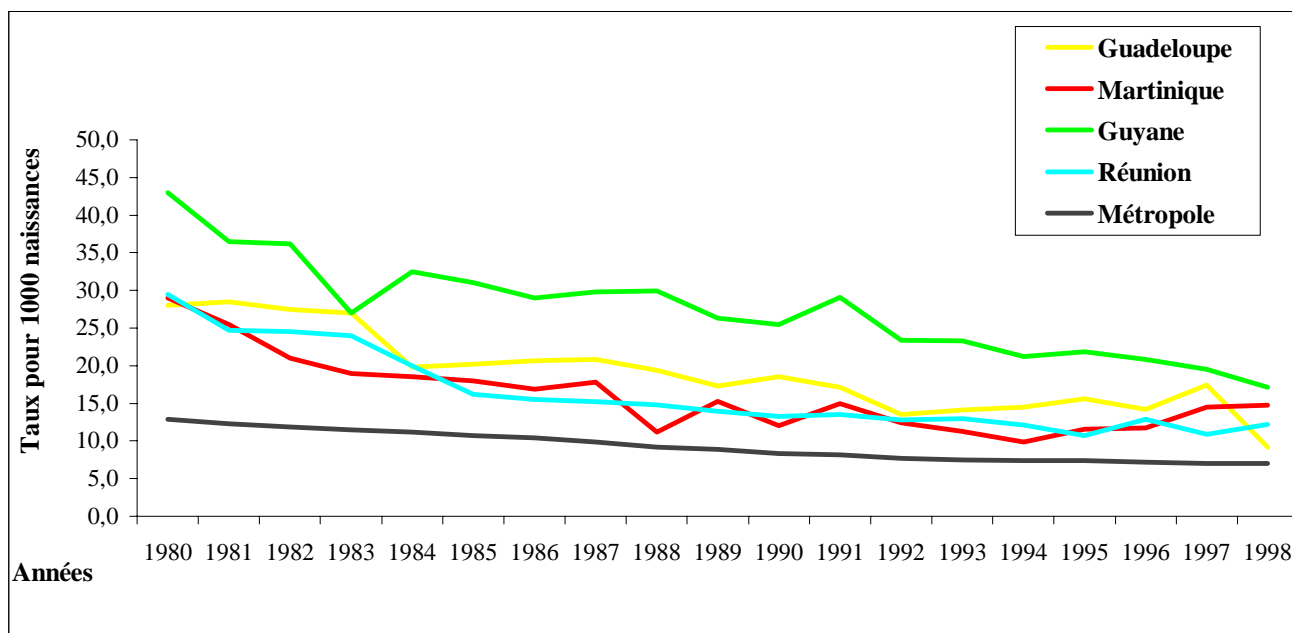
Mortalité infantile (taux pour 1 000 naissances vivantes)



Taux 1998 : Guadeloupe 10.1 ; Martinique 8.6 ; Guyane 10.9 ; Réunion 8.2 ; Métropole 4.6.

Source : Insee

Mortalité périnatale (taux pour 1 000 naissances totales)



Taux 1998 : Guadeloupe 9.2 ; Martinique 14.7 ; Guyane 17.1 ; Réunion 12.2 ; Métropole 7.0

Source : Insee

Pour la mortalité périnatale², depuis les années 1996/1997 selon les départements, on constate des poussées de la mortalité périnatale, excepté la Guyane partie d'un niveau très élevé.

Mortalité périnatale²

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion	Métropole
1987	20,8	17,8	29,8	15,2	9,9
1997	17,4	14,5	19,5	10,9	7,0

Entre 1987 et 1990, le « poids » des pathologies périnatales dans la mortalité infantile, avait diminué. Il augmente pour la période 1993 à 1995 aux Antilles, retrouvant le niveau des années 80, 53 % de la mortalité infantile ; en Guyane il a presque triplé et en représente 60 %.

Avec moins d'ampleur on retrouve le même phénomène sur les variations de la mortalité périnatale à la Réunion. Le poids de ces pathologies périnatales dans la mortalité infantile est de 52 %.

Aussi, devant ce phénomène, les DFA ont réalisé l'enquête périnatale de l'INSERM en 1998 avec des échantillons renforcés. Parmi les principaux résultats retenons :

Enquête nationale périnatale 1998

	en %				
	Métropole	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion
Caractéristiques de l'enfant					
Enfant Prématuro (< 37 semaines)	6,8	11,4	10,3	14,0	10,2
Poids de naissance inférieur à 2500 g	7,2	11,4	11,1	13,7	10,7

Les résultats concernant La Réunion ont été obtenus à partir de l'échantillon national de 226 mères et sont comparables à ceux de l'enquête 1995 ; une exploitation complémentaire d'un échantillon renforcé est en cours.

L'étude plus fouillée a montré que, dans les DFA, les mères étaient plus jeunes, fumaient moins mais vivaient seules au moment de la grossesse : de 28 % en Guyane à 40 % en Martinique contre 7 % en métropole. En

² Nombre de morts nés et de décès de moins de 7 jours rapportés aux naissances totales.

Guyane se font également sentir les difficultés d'accès aux soins et à la prévention pour une partie de la population, et l'importance de la population féminine étrangère franchissant la frontière pour venir accoucher.

Les hospitalisations pendant la grossesse, beaucoup plus importantes qu'en métropole, ne compensent pas le manque de visites prénatales à l'Établissement responsable de l'accouchement (ERA). Il semble qu'il y a peu de liens entre ces hospitalisations et l'ERA.

Une morbidité spécifique

Les DOM connaissent des problèmes sanitaires spécifiques : certaines pathologies sont inconnues en métropole, d'autres présentent des prévalences différentes.

Parmi les maladies transmissibles on note, dans les DFA, une forte prévalence des infections virales sexuellement transmissibles (HTLV1, VIH) avec une transmission essentiellement hétérosexuelle. Les problèmes de santé liés aux maladies infectieuses y sont très différents de la France métropolitaine, tant d'un point de vue qualitatif, du fait d'un environnement tropical et des micro organismes en cause, que quantitatif, le poids de ces pathologies en terme de morbidité et de mortalité étant très supérieur à ce qu'il peut être en métropole.

La dengue endémique, avec flambées épidémiques, est surtout fréquente aux Antilles, plus qu'à la Réunion. La dengue est devenue un problème de santé publique majeur en Amérique centrale et du sud et dans les Caraïbes. Les formes hémorragiques de la dengue (DHF) sont apparues récemment dans les DFA, tout d'abord en Guyane en 1991-1992 (44 cas de DHF, 6 décès) puis en Guadeloupe en 1994 (7 cas de DHF et 3 décès) et en Martinique en 1995 (3 cas de DHF et 1 décès). L'apparition des formes graves de la maladie s'est accompagnée d'une augmentation du nombre des sérologies positives diagnostiquées chaque année. D'une ampleur sans précédent en Martinique, l'épidémie survenue dès le mois de juillet 1997 a été à l'origine de plus de 50 cas sévères recensés par la Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (DDASS) et de 9 décès.

Depuis plusieurs années, le nombre annuel d'accès palustre reste très élevé en Guyane française (5 892 cas confirmés biologiquement en 1995, 4 936 en 1999), essentiellement dans la région du Maroni (90 % des cas) avec l'existence de chimiorésistances aux anti paludéens, même les plus récents comme l'Halofantrine. La fièvre jaune y demeure une menace permanente du fait de la circulation selvatique du virus amaril et requiert la vaccination de la population résidente, ainsi que des voyageurs de plus d'un an.

Parmi les maladies non transmissibles, on constate aux Antilles une forte prévalence de la drépanocytose, une fréquence élevée du diabète, de l'hypertension artérielle et de leurs complications (en particulier, insuffisance rénale chronique), une faible représentation des tumeurs malignes, à l'exception de celles intéressant l'appareil génital pour les deux sexes (col de l'utérus et prostate). Les accidents (spécialement ceux de la circulation) contribuent très fortement à accentuer la mortalité prématurée. La consommation de *crack* se développe de façon explosive depuis les années 90. Le nombre des coups et blessures ainsi que des homicides est particulièrement élevé par rapport aux autres départements.

À la Réunion, le paludisme, omniprésent dans les années 50 (4 décès sur 10), a disparu. L'Île se trouve aujourd'hui protégée de la majorité des maladies infectieuses, et du SIDA notamment. La poliomyélite, la rougeole, la diphtérie ont soit disparues, soit fortement diminuées, sous l'effet des campagnes de vaccination. Les maladies de la civilisation, diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires, tumeurs, accidents, sont maintenant dominantes. Certaines pathologies telles l'insuffisance rénale, l'hypertension, le diabète, ont une prévalence particulièrement élevée (enquête REDDIA INSERM). L'impact de l'alcoolisme reste considérable, il est à l'origine de nombreux passages à l'acte (suicides, violences..) et de syndromes d'alcoolisme fœtal ; on note également une prévalence élevée de l'asthme et des maladies respiratoires en général.

La mortalité

En 1997, la région Antilles-Guyane a enregistré 5 400 décès, la moyenne au cours des années 1991-1992 étant de 5 060. À la Réunion, l'augmentation du nombre de décès (3 200 en 1993, 3 620 en 1997) est liée, en partie, au vieillissement de la population.

Années potentielles de vie perdues (APVP)* (1993-1997)

	Guadeloupe		Martinique		Guyane		Réunion	
	Rang	(%) ¹	Rang	(%) ¹	Rang	(%) ¹	Rang	(%) ¹
Sexe masculin								
Traumatismes & empoisonnements	1	41	1	34	1	51	1	31
Tumeurs	3	13	2	17	4	7	3	16
Maladie de l'appareil circulatoire	2	13	3	16	3	9	2	17
Maladies infectieuses & parasitaires	4	10	4	9	2	16	8	4
Nombre total d'A.P.V.P.	75080		63116		25871		149095	
Sexe féminin								
Tumeurs	1	22	1	29	3	12	2	20
Maladie de l'appareil circulatoire	2	21	2	25	4	11	1	27
Traumatismes & empoisonnements	3	19	3	15	1	27	3	16
Maladies infectieuses & parasitaires	4	10	4	6	2	27	10	3
Nombre total d'A.P.V.P.	49994		44983		16896		106197	

* L'indicateur des A.P.V.P. est surtout utilisé en santé publique pour tenir compte des morts précoces qui n'ont pas le même poids que les décès au-delà de 75 ans. Le présent indicateur ne tient pas compte de la mortalité infantile.

¹ Pourcentage d'APVP dues à une cause par rapport au total des APVP toutes causes.

Source : INSERM, calculs du Service statistique Antilles-Guyane

La mortalité prématurée

Les causes externes de traumatisme et empoisonnement sont la première cause de décès chez les hommes quel que soit le département. Ils participent pour plus d'un tiers aux APVP de la population masculine des Antilles, pour la moitié en Guyane, et pour un petit tiers à la Réunion. Chez les femmes, ces causes arrivent en première place en Guyane, en troisième position dans les autres DOM. Ce sont essentiellement les accidents de la circulation qui entraînent ce classement ; en Guadeloupe, les accidents représentent plus du tiers des décès par traumatismes, contre le quart dans les deux autres départements.

Les maladies infectieuses et parasitaires sont pour la Guyane, la deuxième cause de mortalité aussi bien féminine que masculine ; par rapport à la période 1987-1990, leur part a augmenté, particulièrement chez les femmes. Aux Antilles, elles ne sont que la quatrième cause mais leur part a doublé depuis la période 1987-1990. Ces modifications sont dues en grande partie à l'évolution du SIDA dont la part comme le taux ont augmenté. À la Réunion, les maladies infectieuses et parasitaires arrivent en huitième position pour les hommes, en dixième pour les femmes de la mortalité prématurée.

Si les maladies cardio-vasculaires constituent une forte part de la mortalité prématurée, leur importance est cependant à relativiser du fait de la survenue tardive des décès qu'elles occasionnent. Elles restent cependant au deuxième rang des APVP en Guadeloupe et pour les femmes de Martinique, au troisième rang pour les hommes de Martinique et de la Guyane. Par contre, c'est la première cause de décès prématuré pour les Réunionnaises et la seconde pour les Réunionnais. Quel que soit le département, l'hypertension artérielle est le premier facteur de risque de ces affections.

Les tumeurs restent aux Antilles, la première cause des décès féminins en APVP, la seconde à la Réunion et la troisième en Guyane. Chez les hommes, les cancers n'arrivent qu'au quatrième rang en Guyane et participent pour 7 % aux APVP. Ils restent au deuxième rang des causes de décès prématurés en Martinique (17 %), au troisième rang en Guadeloupe (13 %) et à la Réunion (16 %).

Nous avons vu que la Réunion se distinguait principalement des autres DOM par la faible part des maladies infectieuses et parasitaires. Les tumeurs représentent deux fois moins d'années potentielles de vie perdue que pour la France entière. Le poids des maladies de l'appareil circulatoire est plus important. Ainsi, on remarque que la quatrième grande cause en APVP se trouve être :

- chez les hommes, les troubles mentaux (8,3 %), pour la majorité d'origine alcoolique ;
- chez les femmes, les maladies de l'appareil digestif (8,3 %), des cirrhoses alcooliques pour les trois quarts d'entre elles.

Bien que les effets apparaissent différents selon le sexe, l'alcoolisme est un vrai fléau social dans ce département où il fait d'ailleurs l'objet d'un programme régional de santé et a été déclaré objectif prioritaire dans les conclusions de la *Conférence régionale de santé*.

Taux comparatifs*

Causes médicales	Guadeloupe		Martinique		Guyane		Réunion	
	H	F	H	F	H	F	H	F
Maladies infectieuses et parasitaires	40,4	26,6	35,6	21,5	76,5	78,1	26,9	19,9
<i>dont SIDA et infections par le VIH</i>	<i>21,5</i>	<i>8,2</i>	<i>15,7</i>	<i>4,7</i>	<i>44,7</i>	<i>41,8</i>	<i>4,7</i>	<i>1,5</i>
Tumeurs	237,4	156,6	231	165,2	244,9	146,5	270,2	160,6
Maladies endocriniennes, troubles immunitaires	35	57,4	36,6	44,7	32,7	53,3	40,3	65,2
Troubles mentaux	38,2	18,1	32,7	16,4	30,3	21,7	61,3	24,5
Maladies du système nerveux	31	18,2	27,8	21,9	26,2	14	31,1	20,1
Maladie de l'appareil circulatoire	293,6	361,8	265,5	323,4	296,2	390,5	391,5	442,4
<i>dont maladies vasculaires cérébrales</i>	<i>117,4</i>	<i>142,4</i>	<i>106,1</i>	<i>119,4</i>	<i>114,9</i>	<i>150</i>	<i>139</i>	<i>162,1</i>
Maladies de l'appareil respiratoire	60,8	44	56,6	56	56,2	35,4	128,5	91,7
Maladies de l'appareil digestif	51,7	41,4	38,9	36,2	39,8	29,7	69,7	57,1
Maladies des organes génito-urinaires	18,4	15,8	18,7	12,1	10,9	12,7	21,4	22,4
Affections dont l'origine vient de la période périnatale	6,2	5,5	5,4	3,8	12,7	13,2	5,6	3,1
Symptômes et états morbides mal définis	47,7	72,3	37,9	51,6	51,2	72,6	54,9	71,8
Causes extérieures de traumatismes	125	45,8	84,3	36,4	139,6	53,6	117,8	52,7
<i>dont accidents de la circulation</i>	<i>40,3</i>	<i>7,6</i>	<i>19,8</i>	<i>5,4</i>	<i>36,2</i>	<i>10,6</i>	<i>25,2</i>	<i>5,7</i>
<i>dont suicides</i>	<i>16,2</i>	<i>5,3</i>	<i>16</i>	<i>4,7</i>	<i>17,3</i>	<i>9,9</i>	<i>32,6</i>	<i>7,9</i>
Autres maladies	12,6	19,6	13,9	13,5	20,1	30,4	10,5	15,6
Total toutes causes	998	889	884,8	807,6	1 037	950,1	1 230	1 047

* Ces taux ont été calculés en utilisant la population moyenne métropolitaine 1994 comme base de référence. Ils permettent d'éliminer les effets des différentes structures d'âge des zones géographiques étudiées.

Les maladies de l'appareil circulatoire sont bien évidemment en tête, mais on se rend compte qu'à structure d'âge identique, ce sont, quel que soit le sexe, les Réunionnais qui sont le plus touchés, suivis des Guyanais. De plus, par rapport à la période 1987-1990, ils ont baissé dans les DFA chez les hommes. À la Réunion, l'indice de surmortalité par rapport à la métropole est, tous sexes confondus de 1,5.

Par rapport à cette période 1987-1990, les taux de décès par tumeurs ont, aux Antilles, légèrement baissé chez les hommes, augmenté chez les femmes. En Guyane, ils ont augmenté pour le sexe féminin et sont restés stables chez les hommes. À la Réunion, par rapport à la période 1988-1992, ils semblent avoir augmentés chez les femmes, diminués chez les hommes.

En Guyane, chez les femmes, et par rapport à la période 1987-1990, l'accroissement des taux de SIDA a « explosé » dépassant largement les taux masculins ; le taux comparatif féminin a été multiplié par un facteur 5 entre ces deux périodes. Aux Antilles, les taux ont progressé quel que soit le sexe, mais avec une plus faible amplitude chez les femmes. Le nombre de décès par SIDA est important chez les enfants de moins de 5 ans en Guyane ; il l'est également, mais dans une moindre mesure en Guadeloupe qui, depuis 1996, semble avoir pris les mesures nécessaires. La Martinique semble, à une exception près sur les quatre dernières années, avoir réglé ce problème chez les jeunes enfants.

Bien qu'en diminution par rapport à 1987-1990, le taux de décès masculin par accident de la circulation en Guadeloupe est toujours en tête ; comme dans la période précédente, on remarque que la tranche d'âge 75-84 ans a toujours le plus fort taux. À cette exception près, quel que soit le département, c'est dans la tranche d'âge des 15-34 ans qu'on les observe. En Martinique, les fluctuations annuelles sont parfois importantes mais les taux moyens 93-97 sont identiques à ceux de la période 1987-1990.

À la Réunion, après la baisse du nombre de décès par accident de la circulation constatée dans les années 1992-1996, le nombre de tués est de nouveau en augmentation depuis 1997, conséquence d'un réseau routier surchargé et d'un parc automobile en pleine expansion. Cependant, si les accidents mortels sont fréquents, le nombre total d'accidents corporels est en diminution, résultat des mesures gouvernementales pour une plus grande sécurité routière.

Le taux annuel moyen de décès dû aux affections de la période périnatale a, par rapport à 1987-1990, doublé voire triplé en Guyane, le sexe féminin étant le plus frappé. Pour les moins d'un an, il est passé de 4,9 % à 9,9 % chez les garçons, de 3,7 % à 12,2 % chez les filles. Aux Antilles, s'il a baissé régulièrement chez les filles, il a bien baissé en Guadeloupe et augmenté en Martinique pour les garçons.

À la Réunion également, les taux sont en augmentation par rapport à 1988-1992. Avec des taux de 4,4 % chez les garçons de moins d'un an et de 2,5 % chez les filles, l'augmentation est de +74 % pour le sexe masculin et de +28 % pour le sexe féminin.

Enfin nous ne l'avons pas intégré dans le tableau des taux comparatifs car il est peu significatif, mais en ce qui concerne les décès suite à des « Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches », il est préférable d'utiliser le « Taux de mortalité maternelle », c'est-à-dire le nombre de décès pour 100 000 naissances.

Taux de mortalité maternelle

Périodes	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion
1987-1990	51,4	54,4	64,6	27,0
1993-1997	46,9	24,4	79,3	26,0

Bien que concernant un faible nombre de cas, cet indicateur est le plus mauvais par rapport aux références nationales.

On constate que la situation qui n'était pas satisfaisante en 1987/1990 est restée, pour la période 1993-1997, quasiment stable en Guadeloupe, s'est bien améliorée en Martinique mais devient vraiment inquiétante en Guyane. Dans ce dernier département, il s'agit peut-être autant d'un problème d'accès au système de soins que d'efficacité de celui-ci.

À la Réunion, le taux s'est amélioré plus précocement puisqu'il était de 200 dans les années 60, 170 dans les années 70, 45 au début des années 80. Il semble s'être stabilisé au niveau atteint, ce jour, par la Martinique.

Chapitre 3 : Offre de soins

Organisation institutionnelle du système de santé

Des *assemblées territoriales* sont élues aux niveaux régional, départemental et communal, présidées respectivement par le Président du Conseil Régional, par le Président du Conseil Général et par le maire. Les présidents des assemblées territoriales dirigent les services administratifs de l'échelon concerné.

Un *préfet*, cumulant les fonctions de préfet de région et de préfet de département, représente l'Etat et le gouvernement français dans chaque DOM. Ces préfets ont la charge du respect des lois et des libertés publiques. Ils dirigent les *services déconcentrés* de l'État sous l'autorité de chacun des ministres concernés, en particulier en matière de santé.

Sous l'autorité des préfets une *Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS)* est placée dans chaque DOM. Depuis 1945 une *Direction Inter Régionale de la Sécurité Sociale (DIRSS)* commune aux trois DFA était installée en Martinique. Au 1^{er} janvier 2001 elle doit disparaître au profit des 3 DDASS actuelles qui, comme à la Réunion depuis le 1^{er} janvier 1998, cumuleront les attributions départementales et régionales. Comme dans les autres régions métropolitaines, une Agence régionale d'hospitalisation (ARH) a été créée dans chaque DOM.

Les Français en général, et les résidents des DOM en particulier, ont accès sans aucune restriction, notamment de domicile, à un large éventail de soins médicaux, primaires ou secondaires, répartis sur l'ensemble du territoire national, en particulier métropolitain.

Les établissements de soins

Densité des équipements de santé

Lits installés pour 1 000 habitants et part du privé dans l'équipement au 1^{er} janvier 2000

Disciplines	Guadeloupe		Martinique		Guyane		Réunion	
	Taux	% Privé	Taux	% Privé	Taux	% Privé	Taux	% Privé
Médecine	2,12	34	2,73	1	1,92	30	1,42	20
Chirurgie	1,33	49	1,56	25	1,16	48	0,96	52
Gynéco-obstétrique	0,60	45	0,55	22	0,84	35	0,47	28
Soins de suite	0,92	57	1,11	36	0,22	100	0,32	57

Source : DREES enquête SAE 99, taux d'équipements établis avec les populations du R.P.99.

On constate qu'en médecine les Antilles, et particulièrement la Martinique sont « suréquipées » par rapport au taux moyen de la métropole (2,16). La Réunion a le plus faible taux d'équipement.

En chirurgie, le taux d'équipement est bien moindre que la moyenne nationale (1,91). Le sous équipement est encore plus important pour la Réunion. Toutefois pour atténuer ce constat, il faut signaler le développement de la chirurgie ambulatoire (23 places en Guadeloupe, 19 en Martinique, 57 à la Réunion).

Pour la gynécologie obstétrique, les taux d'équipements des D.F.A. sont bien supérieurs à la moyenne nationale (0,43), la Réunion étant très proche de cette moyenne (0,47) mais les différences de fécondité justifient partiellement ces écarts. Hors du contexte européen, cet indicateur n'est d'ailleurs pas très pertinent.

En soins de courte durée, la Guadeloupe est le département où le secteur privé, bien qu'en diminution, est le plus dominant.

En soins de suite et de réadaptation, les DOM sont terriblement sous équipés, particulièrement en réadaptation fonctionnelle, et les taux d'équipement sont largement inférieurs à la métropole. Si globalement la situation n'est pas trop critique compte tenu de la jeunesse des populations, en réadaptation fonctionnelle, il y a un manque certain d'équipement. Excepté en Martinique, le secteur privé prédomine, pour atteindre 100 % en Guyane. À la Réunion, le déficit est plus important en soins de suite qu'en réadaptation.

En soins de courte durée, l'enquête de morbidité hospitalière, réalisée en 1993, avait montré qu'il pouvait y avoir des différences dans les taux de fréquentation des équipements offerts. Ainsi, on observait en Martinique une fréquentation hospitalière de 1 747 séjours pour 10 000 habitants (1 962 pour les femmes, 1 516 pour les hommes), alors qu'en Guadeloupe, celle-ci n'était que de 1 544 (1 753 pour les femmes, 1 322 pour les hommes) avec des équipements sensiblement identiques. Le taux de fréquentation de la Guyane –1 427 séjours/10 000 habitants- (1 743 pour les femmes, 1 175 pour les hommes) était, lui, plus conforme à un plus faible équipement et à une population plus jeune. Ces écarts de fréquentation sont encore plus élevés pour les moins d'un an –particulièrement en Guyane- et les enfants de moins de 15 ans. Les écarts existant sur la mortalité infantile correspondent étrangement.

À la Réunion, la fréquentation hospitalière en soins de courte durée était, en 1999, de 1 722 séjours pour 10 000 habitants, résultat sensiblement identique à celui de la Martinique, mais avec une population plus jeune et des taux d'équipements inférieurs (3,85 contre 4,84 lits actifs pour 1 000 habitants).

Les comparaisons avec la métropole (dont le taux moyen de fréquentation est de 1 816) sont difficiles car beaucoup de soins, pratiqués en hospitalisation complète dans nos régions, sont dispensés en ambulatoire ou séances de jour en métropole.

Une étude récente, effectuée à partir de données fournies par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), a permis de déterminer qu'en 1996/1997, 91 400 journées d'hospitalisation ont été réalisées par les établissements hospitaliers métropolitains sur des malades résidents des DOM. Cela représente un montant de 215 millions de Francs dont la majeure partie n'est pas prise en charge par les caisses de Sécurité sociale des DOM. De plus, ces calculs ne tiennent pas compte des consultations, soins ambulatoires et hospitalisations de jour distribués par les hôpitaux parisiens à nos résidents.

Par département, cela représente 38 400 journées pour les Guadeloupéens, 17 100 journées de Martiniquais, 26 500 journées de Guyanais, 9 300 de Réunionnais.

Taux de fuite en journées d'hospitalisation complète

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion
Médecine	3,2%	2,4%	7,9%	0,9%
Chirurgie	5,9%	2,1%	12,0%	1,1%
Obstétrique	1,4%	1,0%	3,6%	0,4%
Total Court Séjour	3,8%	2,1%	8,2%	0,9%
Psychiatrie	1,8%	3,5%	8,9%	2,3%
Soins de Suite	13,2%	4,1%	39,7%	6,6%
Ensemble étudié	5,0%	2,6%	11,5%	1,2%

Ces taux de fuite corroborent assez bien les taux de fréquentation précédemment étudiés.

On constate que, quel que soit le département, c'est en soins de suite, et plus particulièrement en réadaptation fonctionnelle que le taux de fuite est le plus important. La Guyane qui ne dispose d'aucun lit de réadaptation est le département le moins autonome, et sa chirurgie est particulièrement déficitaire.

Plus du quart des journées d'hospitalisation publique concerne des malades atteints d'un cancer, viennent ensuite comme principales causes, les maladies cardio-vasculaires et les maladies des organes génito-urinaires. En hospitalisation privée, ce sont les traitements de la cataracte qui prédominent.

Les médecins

À défaut de jugement qualitatif, nous étudierons les disparités quantitatives des professionnels de santé, et en tout premier le corps médical.

Densité des professionnels médicaux exerçant au 1^{er} janvier 2000

pour 100.000 habitants

Département	Généralistes	Généralistes libéraux	Spécialistes	Spécialistes libéraux
Guadeloupe	109	75	90	51
Martinique	118	81	94	46
Guyane	95	45	64	27
Réunion	123	99	88	50
Métropole	162	115	170	86

Source : DREES, fichiers ADELI des DDASS

Par rapport aux moyennes métropolitaines, les écarts sont importants, particulièrement chez les spécialistes. Au niveau des généralistes libéraux, on peut considérer que la Réunion est correctement dotée. De fait, excepté la Guyane, les inégalités entre nos départements paraissent mineures, et le problème de démographie médicale se pose, pour les spécialistes, en même terme dans les quatre DOM. Depuis 1990, la croissance annuelle moyenne du nombre de médecins a été de +3,9 % à la Réunion. A la différence de la métropole la croissance concerne uniquement les généralistes (+5,9 % par an) ; la part des spécialistes dans l'ensemble des médecins est passée de 44 % en 90 à 42 % en 2000.

À la Réunion, la densité moyenne du secteur libéral est de 149 médecins pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2000. Pour l'ensemble des secteurs libéral et salarié, la densité s'élève à 211, ce qui place la Réunion au niveau de la Martinique (212), elle-même en tête des DFA, mais derrière la moyenne métropolitaine (302).

La formation des médecins est assurée dans des facultés de médecine rattachées aux hôpitaux universitaires. Un troisième cycle des études médicales est organisé dans les DFA, dans le cadre d'une convention avec l'Université de Bordeaux II, par l'Unité de formation et de recherche des Antilles-Guyane (UFRAG) rattachée à l'Université des Antilles Guyane, d'une capacité permettant la formation de 5 spécialistes et d'une centaine de généralistes par an. L'UFRAG organise également des formations de spécialisation destinées aux médecins étrangers. Les hôpitaux universitaires de Fort-de-France et de Pointe-à-Pitre servent de terrain de stage pour les étudiants en médecine.

À la Réunion, seule la première année de médecine est assurée ; à l'issue de celle-ci, les étudiants poursuivent leurs études à la Faculté de Bordeaux. Le taux de réussite, quasi nul depuis plusieurs années, pose le problème du maintien de cette formation.

Au niveau de la formation de spécialistes, un effort a été accompli dans les DFA, ces dernières années, par l'Inspection régionale de la santé sur certaines spécialités où le déficit est particulièrement criant (cardiologie, pneumologie, médecine interne, stomatologie, psychiatrie...).

Or, les spécialistes ainsi formés aux Antilles-Guyane ne sont pas restés. Alors qu'en métropole, la part des spécialistes dans le corps médical s'accroît pour atteindre bientôt la moitié de celui-ci, nos régions subissent, comme à la Réunion, le phénomène inverse, avec une croissance plus importante de l'exercice de la médecine générale.

À l'issue de leur formation, les médecins peuvent opter pour un exercice salarié, libéral ou mixte ; ceux qui

choisissent l'exercice libéral (dans les DFA 68 % des généralistes et 55 % des spécialistes) jouissent d'une liberté totale dans le choix du lieu d'installation de leur cabinet. Ainsi d'importantes disparités de densités médicales entre les régions s'instaurent, les médecins privilégient de préférence les grandes villes, la région parisienne et le sud de la métropole, et délaissent d'autres régions dont les DOM.

Les autres professionnels de santé

Autres professionnels de santé exerçant au 1^{er} janvier 2000

Nombre et densité pour 100 000 habitants

	Guadeloupe		Martinique		Guyane		Réunion		Métropole
	Nbr.	Dens.	Nbr.	Dens.	Nbr.	Dens.	Nbr.	Dens.	Dens. 99
Dentistes	144	34	140	37	40	25	356	50	69
Sages-femmes ⁽¹⁾ dont Hôpital*	144	126	140	138	48	117	199	102	98 ⁽²⁾
		102		111		44		139	
Infirmiers dont libéraux	1 500	355	1 870	490	470	299	2 894	410	654
	400	95	500	131	70	45	807	114	98
Kinésithérapeutes	200	47	205	53	45	29	593	84	89

(1) Densité pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans.

(2) données 1999

* DREES, enquête SAE 99 (secteur public et privé)

Source: Services statistiques région sanitaire Antilles-Guyane et Réunion (estimations)

Comme pour le corps médical, les écarts par rapport aux moyennes nationales sont tels qu'ils rendent les inégalités entre départements mineures. Une partie peut s'expliquer par la démographie générale. On a moins besoin de médecins généralistes et d'infirmiers quand on a une population jeune. Pourtant, en ce qui concerne les infirmiers libéraux, les « scores » de la Martinique et de la Réunion sont surprenants.

Seule exception, comme pour les lits de maternité, la densité de sages femmes est, avec des écarts plus ou moins importants, plus élevée qu'en métropole, alors que le ratio utilisé tient compte du nombre de femmes en âge de procréer.

Rapportée au nombre de naissances, la densité de sages-femmes est également, à l'exception de la Guyane et de la Réunion -aux taux de fécondités particulièrement élevés-, supérieure à celle observée en métropole.

Nombre de sages-femmes pour 1 000 naissances

Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion	Métropole
20	26	11	15	19

Il faudrait sans doute utiliser un ratio plus sophistiqué tenant compte des taux de fécondité, d'IVG, de suivi périnatal, pour mieux déterminer l'adéquation entre offre de soins et état de santé autour de la naissance.

Les DFA disposent d'une école permettant la formation de 14 sages-femmes par an, installée en Martinique et rattachée à l'hôpital universitaire de Fort-de-France, d'une école d'infirmiers de bloc opératoire formant 10 infirmiers par an, installée en Martinique, à l'hôpital du Lamentin, de 2 écoles de formation des ambulanciers, l'une en Martinique, l'autre en Guadeloupe. Enfin, une école d'infirmiers est installée dans chacun des 3 DFA, permettant la formation d'un total de 61 infirmiers par an. La formation des autres professions de santé est assurée en métropole.

À la Réunion, la formation des infirmiers est assurée par deux écoles formant 80 personnes par an ; une école de sages femmes délivre moins de 5 diplômes par an. La formation des ambulanciers ne se fait plus à la Réunion ; par contre 2 écoles forment une cinquantaine d'aides soignants par an et 2 autres écoles forment une trentaine d'auxiliaires de puériculture.

Les laboratoires d'analyses de biologie médicale

Les DOM comportent 95 *Laboratoires d'analyses de biologie médicale (LABM)* dans le secteur privé et 27 dans le secteur public répartis ainsi :

- Guadeloupe : 27 privés et 8 publics soit 1 labo pour 12 100 habitants ;
- Martinique : 26 privés et 8 publics soit 1 labo pour 11 200 habitants ;
- Guyane : 4 privés et 3 publics soit 1 labo pour 22 500 habitants ;
- Réunion : 38 privés et 8 publics soit 1 labo pour 15 300 habitants.

Les LABM publics sont des services hospitaliers. La moyenne métropolitaine, services hospitaliers publics exclus, est de un labo pour 13.400 habitants.

Le marché pharmaceutique

Les DOM comptent 543 *officines de pharmacie* :

- 143 en Guadeloupe soit une pour 3 000 habitants ;
- 143 en Martinique soit une pour 2 700 habitants ;
- 34 en Guyane soit une pour 4 600 habitants, sans compter la distribution de médicaments des centres de santé.
- 223 à la Réunion soit une pour 3 200 habitants, et 18 pharmacies à usage extérieur des établissements de soins dont 2 concernant des organismes se livrant à la dialyse.

7 *grossistes répartiteurs* (2 en Guadeloupe, 2 en Martinique et 3 en Guyane) se partagent les DFA. Tous les produits sont importés de France.

À la Réunion, trois sociétés de grossistes répartiteurs exploitent six établissements, et il existe également un dépositaire de médicaments à usage professionnel des chirurgiens dentistes. Le secteur de la fabrication se compose d'un laboratoire homéopathique réalisant des préparations magistrales pour le compte des pharmaciens d'officine, et un fabricant de solutés massifs en poches souples approvisionnant essentiellement les établissements de santé de la région. Tous les autres médicaments sont importés de France.

La chaîne pharmaceutique du médicament va du fabricant au pharmacien d'officine en passant par le grossiste répartiteur ou le dépositaire. Afin d'éviter aux malades de faire l'avance des frais, le système dit du « tiers payant » est largement utilisé dans les DOM, en particulier par les hôpitaux publics et les pharmacies.

Dans ce cas, le producteur de soins se fait régler directement par l'assurance maladie et le malade ne paie que le ticket modérateur. Le prix, fixé par les pouvoirs publics pour les médicaments remboursables, est un prix maximum (vignette). Dans les DOM, il est affecté d'un coefficient multiplicateur (1,364) pour tenir compte de l'éloignement par rapport à la métropole et donc des frais d'acheminement des produits. Ces vingt dernières années ont vu une augmentation très importante des dépenses liées à l'utilisation de médicaments par les ménages aux Antilles-Guyane (multiplication par un facteur 8 environ).

Tous les vaccins utilisés dans les DOM sont importés de France métropolitaine. Il n'y a aucune production locale de tels produits. Afin de maintenir la chaîne de froid, ces médicaments sont transportés par fret aérien sous température contrôlée.

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) dispose, en Guadeloupe, d'une unité consacrée aux hémoglobinopathies. Des Conseils d'orientation pour la recherche INSERM (CORI) existent dans chaque DOM. Ils ont pour mission de stimuler les propositions locales de thèmes de recherche et de favoriser la mise en contact d'équipes « domiennes » et de chercheurs de l'INSERM.

Chapitre 4 : Le financement

L'équilibre des ressources

Prestations versées par les administrations de Sécurité sociale en 1993 *en millions de francs*

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion
Prestations de santé	2 425	2 663	569	4 092
Prestations sociales	3 277	3 353	730	6 256
<i>soit en francs par habitant</i>				
Prestation de santé	5 870	7 020	3 970	6 370
Prestation sociale	7 930	8 840	5 090	9 740

Sources : CNAM (Dossier Études et Statistiques n°34), INSEE- Comptes économiques DOM

On peut constater que les prestations sociales sont supérieures aux prestations de santé. Il faut se garder de comparaison brutale entre deux départements, car l'influence des structures démographiques et de l'offre de soins peuvent fortement influencer sur les prestations de santé.

De même la démographie, le taux d'activité et l'importance des autres financeurs sociaux peuvent faire varier le montant moyen de prestation sociale versé par les organismes de Sécurité sociale.

Ressources des administrations de Sécurité sociale en 1993 *en millions de francs*

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion
Cotisations versées	3 276	3 420	1 131	5 801
Transferts (métropole)	2 682	2 877	198	5 870

Source : INSEE, Comptes économiques, DOM

On peut constater que la solidarité nationale joue un rôle important dans le financement de la protection sociale, les cotisations perçues localement étant manifestement insuffisantes à couvrir les prestations. Le taux de couverture des dépenses par les recettes était en 1993 de 56 % à la Réunion, de 57 % aux Antilles et de 87 % en Guyane ; il ne fait que diminuer avec les augmentations des dépenses de santé et des prestations sociales de ces dernières années.

Entre 1983 et 1993, le montant des prestations de santé versées par les organismes de Sécurité sociale a été multiplié par 3 aux Antilles, par 3,5 à la Réunion, et par 5 en Guyane qui avait un retard plus grand à combler. Durant la même période les prestations ont été multipliées par 1,9 en métropole.

Les écarts de prestation de santé versée par habitant ne doivent pas être comparés tels quels, car ils sont influencés par les pyramides d'âge différentes d'un département à l'autre. À 10 ans, on « consomme » 10 fois moins de soins qu'à 70 ans.

Chapitre 5 : Coopération externe, technique et financière, en santé

Coopération internationale

Outre les relations que les DFA entretiennent avec la PAHO³ et notamment le CPC⁴ de Barbade, en particulier dans le cadre des statistiques concernant certaines maladies infectieuses (dengue, paludisme...) ou de programmes d'actions de santé dans la Caraïbe, des projets particuliers sont mis en œuvre grâce au *Fonds Interministériel pour la Caraïbe (FIC)*. Une Délégation Interministérielle, placée sous la responsabilité du Préfet de Guadeloupe, gère le FIC, fonds d'un montant annuel d'environ 10 MF, destiné à soutenir des projets de coopération bilatérale impliquant au moins un DFA et un pays étranger voisin ; 1/6 du montant du FIC est consacré à la santé.

Les établissements de santé, surtout les CHU de Fort-de-France et de Pointe-à-Pitre, négocient directement avec les États voisins ou les établissements sanitaires des actions de coopération concrétisées par la signature de conventions, qui concernent généralement la formation, la télémédecine et des missions sur place de praticiens pour des actions d'expertise ou pour assurer des soins.

Il existe également, installée à Sainte-Lucie, une Mission française de Coopération compétente pour les 6 états de l'OECS⁵. Les actions qu'elle soutient visent à assurer une aide financière pour la réhabilitation de structures de soins ou d'hôpitaux, à fournir aide et appui au fonctionnement des systèmes de santé de chacun des pays de l'OECS et à utiliser le potentiel humain et technologique des DFA.

Un médecin épidémiologiste assistant technique, relevant de la Mission de Sainte Lucie, est placé auprès du CAREC⁶ (Caribbean Epidemiology Center) depuis décembre 1998. Son rôle, outre d'apporter un appui technique au CAREC, est de développer les liens avec les DFA en matière de surveillance épidémiologique et d'alerte.

En ce qui concerne la Réunion, des conventions de jumelages et de coopération sont régulièrement signées avec les différents hôpitaux de la zone Océan Indien. Ainsi en 1997, une convention entre le CHD Félix Guyon et le Centre régional de Port-Louis à l'île Maurice ; l'hôpital d'enfants de Saint-Denis et le Centre régional SSR de Port-Louis ; la clinique Sainte-Clotilde et le Centre régional Victoria de Maurice. L'objet de ces conventions porte essentiellement sur le perfectionnement professionnel des personnels hospitaliers, ainsi qu'une contribution à l'amélioration des services des hôpitaux mauriciens. Par ailleurs, des actions de coopération ont été menées avec les pays de la zone grâce aux crédits alloués par l'Organisation mondiale de la santé :

- deux missions sur l'évaluation de l'état de santé nutritionnel ont été réalisées par *Médecins du monde* à Anjouan.
- Un congrès international de médecine d'urgence dans l'Océan Indien a eu lieu en 1997.
- Enfin un réseau de veille épidémiologique est en cours de montage entre les îles du Sud-Ouest de l'Océan Indien.

Coopération entre les trois DFA

Les trois DFA, départements d'un même pays, situés dans une même zone géographique, sont amenés à

- engager des actions de complémentarité dans certains domaines, en particulier dans le cadre de la planification des services de soins très spécialisés pour lesquels la population de chaque DFA ne permet pas d'atteindre la masse critique d'activité garantissant de bonnes conditions de sécurité (chirurgie cardiaque, chirurgie pédiatrique, neurochirurgie...),

³ Pan American Health Organisation

⁴ Caribbean Program Coordination

⁵ Organisation of Eastern Caribbean States

⁶ Le CAREC, émanation de l'Organisation panaméricaine de la santé (PAHO), a pour objectif d'améliorer la situation sanitaire des États membres à travers le renforcement des capacités nationales en matière d'épidémiologie, de technologies de laboratoire et de santé publique

- ou mener une réflexion sur des problèmes sanitaires spécifiques et communs aux trois départements (toxicomanie au *crack*, insuffisance rénale chronique, drépanocytose, SIDA...).

Annexe bibliographique

- Journal officiel de la République française. Loi du 31/07/91
- INSEE, « Comptes économiques des DOM »
- INSEE Antilles-Guyane, « Enquête Budget des familles 1995, Principaux résultats », Antiane éco n° 36-
Revue économique de l'INSEE Antilles-Guyane
- « Programme des Nations-Unies pour le développement (PNUD) », 1994, Antiane n° 1- Revue
économique de l'INSEE Antilles-Guyane
- Info Santé n° 1, octobre 94. Région sanitaire Antilles-Guyane, Service statistique
- « Rapport annuel PMI », Conseil général, Guadeloupe
- S.Gleyroux, « Thèse de médecine »
- « Prévalence de l'infection uro-génitale à *Chlamydiae trachomatis* en Guadeloupe en 1996 »,
Communication orale au colloque sur les maladies sexuellement transmissibles, février 1997, Martinique
- « Moins de 17 ans et déjà mères : présentation méthodologique », Guadeloupe-maternité, n° 1, mai 1992
- Info Santé n° 5, octobre 97. Région sanitaire Antilles-Guyane, Service statistique
- Françoise Hatton, Pierre Bazely, « Mortalité en Antilles-Guyane », Éditions INSERM, avril 1994
- Service statistique, « Morbidité hospitalière en Antilles-Guyane, résultats de l'enquête 1992-1993 », Info
Santé n° 3, décembre 95. Région sanitaire Antilles-Guyane, Service statistique, et publication complète :
un tome par DFA, avril 1996.
- « Évolution de la morbidité hospitalière de la coqueluche en Guadeloupe entre le 1^{er} janvier 1983 et le 30
juin 1994 », BEH, Direction générale de la santé, Paris 1995.7, p 27-28
- F. Test, F. Agis et E. Gordien, « Prévention des hépatites post-transfusionnelles en Guadeloupe », Gastro-
entero.clin.bio., 1990, 14, 56-61
- A. Ninot et al. « Prévalence de l'asthme chez l'enfant en Guadeloupe », Communication orale, Société
médicale Antilles-Guyane, Pointe-à-Pitre, avril 1994.
- « Étude comparative sur les tendances de l'usage des drogues illicites ; spécificités des addictions au crack
en Guadeloupe », Les Cahiers de l'Observatoire n° 3
- Registre d'accouchement 1993-1995. P.M.I. Conseil général, Guadeloupe
- INSEE, Recensement de population 1990
- DASS-GUY Service départemental de désinfection
- Institut Pasteur de la Guyane et SDD DASS-Guy
- Dr V. About, « CPS de la maladie de Hansen, bilan d'activité année 1996 », DASS-Guy
Direction des actions sanitaires et sociales de la Guyane
- Dr P. Delattre, « rapport 1993 », Association pour le dépistage des handicaps et des maladies métaboliques
- Dr Z. Tlilane, Association pour la prévention et l'étude des hémoglobinoses dans la vallée du Maroni,
1993.
- Dr G. Carles, « Enquête de prévalence de l'AgHBs chez les gestantes de la Vallée du Maroni », 1994.
Registre des maternités, PMI, Conseil général de Martinique
- INSEE, enquête Emploi 1996.
- Service urgence CHU - Fort de France, 1995.
- AMREC, Monographie 1981-1990, 1994
- Ben Abdallah, « Tentatives de suicides à la Martinique », Thèse doctorat en médecine, 1994
- Comité martiniquais d'hygiène bucco-dentaire; 1992-1995
- Bulletin de l'Institut d'émission des départements d'Outre-mer (IEDOM), Rapport annuel 1996
- Tableau économique Réunion -1997/98 - INSEE, région Réunion-CCI
- « La Santé observée à la Réunion » - Tableau de bord régional sur la santé - ORS Réunion
- INFOSTAT, bulletin d'information de la DRASS de la Réunion
- « Suicides et tentatives de suicides à la Réunion ». Actes du colloque d'avril 91 CORI
- Registre du cancer de la Réunion. Conseil général-Cepes
- STATISS - Mémento 1997 - Service statistique DDASS Réunion
- Comptes de la santé 1994. DASS et INSEE Réunion
- Comptes de la protection sociale 1996. DDASS Réunion