

**CÉSECÉM**



LE CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL,
ENVIRONNEMENTAL, DE LA CULTURE
ET DE L'ÉDUCATION DE MARTINIQUE



**LA PRISE EN CHARGE
DES PATIENTS EN
MARTINIQUE : ENJEUX,
RÉALITÉS ET PERSPECTIVES
D'AMÉLIORATION**

Commission : Sports, santé et vie associative



Flashez le QR code pour rejoindre la chaîne WhatsApp du CÉSECÉM



SOMMAIRE

Une petite histoire de l'hôpital public en Martinique	page : 4
Exposé des motifs	page : 7
1. Vox populi et rumeur.....	page : 7
2. La période COVID.....	page : 8
3. L'accueil des médecins étrangers.....	page : 8
4. La question de l'égo.....	page : 8
5. L'accès aux soins.....	page : 8
6. La disparité territoriale :	page : 9
7. Réorganisation nécessaire ?	page : 9
Partie I Cadre général et état des lieux de la prise en charge en Martinique	page : 10
A. Contexte socio-sanitaire de la Martinique.....	page : 10
B. Organisation du système de santé en Martinique.....	page : 11
C. Enjeux et limites actuelles	page : 13
Partie II Analyse des difficultés de prise en charge	page : 16
A. Problèmes structurels.....	page : 16
B. Problèmes organisationnels.....	page : 22
C. Facteurs socioculturels et économiques.....	page : 26
Partie III Perspectives d'amélioration de la prise en charge	page : 29
A. Initiatives locales et innovations.....	page : 29
B. Renforcement de la coordination et de l'attractivité	page : 33
C. Recommandations stratégiques.....	page : 38
Synthèse des constats sur la prise en charge des patients en Martinique	page : 41
1. Vieillesse des infrastructures hospitalières.....	page : 41
2. Déficit en spécialités médicales.....	page : 41
3. Manque de moyens humains et matériels.....	page : 41
4. Difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels de santé	page : 41
5. Délais d'attente importants et désorganisation du parcours patient.....	page : 41
6. Recours fréquent aux urgences pour des soins non urgents.....	page : 41

7. Coordination insuffisante entre hôpital, médecine de ville et secteur médico-social.....	page : 42
8. Précarité et non-recours aux soins.....	page : 42
9. Obstacles liés à l'information et à la prévention.....	page : 42
10. Initiatives pilotes et innovations.....	page : 42

Réponses à la problématique.....page : 42

1. Renforcement des ressources humaines et matérielles.....	page : 42
2. Développement et valorisation de la médecine de ville.....	page : 43
3. Amélioration de la coordination entre les acteurs.....	page : 43
4. Lutte contre la précarité et le non-recours aux soins.....	page : 43
5. Adaptation des stratégies d'information et de prévention.....	page : 44
6. Intégration du patient dans son parcours de soins.....	page : 44

Limites de l'étude.....page : 45

1. Limitation géographique.....	page : 45
2. Disponibilité et qualité des données.....	page : 45
3. Diversité des acteurs et pratiques.....	page : 45
4. Temporalité de l'étude.....	page : 45
5. Facteurs socio-culturels complexes.....	page : 45
6. Non-inclusion de certains groupes.....	page : 45
7. Limites méthodologiques.....	page : 46

Pistes de recherche ou d'action futures.....page : 46

1. Évaluation des dispositifs existants.....	page : 46
2. Amélioration de la coordination des soins.....	page : 46
3. Approches innovantes en prévention et éducation à la santé.....	page : 47
4. Réduction des inégalités d'accès aux soins.....	page : 47
5. Renforcement des ressources humaines.....	page : 47
6. Optimisation du parcours patient.....	page : 47

Conclusion.....page : 48



UNE PETITE HISTOIRE DE L'HÔPITAL PUBLIC EN MARTINIQUE

Avant l'abolition de 1848 les ancêtres réduits en esclavage redoublaient d'ingéniosité pour alléger leurs souffrances consécutives au dur labeur ou aux châtiments inhumains infligés sur les habitations. Les esclavagistes eux pouvaient se faire soigner à domicile, à l'hôpital militaire ou sur les navires en rade de Fort Royal par exemple.

Les mis en esclavage, par la connaissance qu'ils avaient de la pharmacopée Martiniquaise à portée de main ou par l'héritage ancestral Africain, avec discrétion, transmettaient leurs sciences empiriques de génération en génération.

Le plus vieil hôpital bâti en 1709 est militaire (installé sur le site de l'actuel parc culturel Aimé CESAIRE). Sa première dénomination est hôpital Saint Louis .

Reconstruit en 1793 après le séisme de 1771, il est destiné à recevoir les militaires, les marins et quelques indigents.

Parmi les quelques 82 esclaves identifiés travaillant dans cet hôpital, quelques-uns prodiguent des soins aux malades. Disons-nous ils sont « infirmiers » mis à disposition de l'hôpital colonial par leurs propriétaires contre un loyer payé par les frères de charité gestionnaires de l'établissement. Ils sont également apothicaires, aides chirurgiens, blanchisseuses, etc.

En 1838, ce vieil hôpital militaire qui avait subi les affres du temps est reconstruit à la pointe Simon à Fort Royal.

Cet hôpital flambant neuf sera détruit un an après, lors du terrible tremblement de terre (commotion) du vendredi 11 janvier 1839 qui fit 4000 morts et des milliers de blessés. L'ensemble des religieuses qui dans cet hôpital, faisaient office d'infirmières, ont péri et 148 patients également.

Cet hôpital de la pointe Simon marquait un tournant dans l'accès à tous. Au-delà des militaires de passage ou présents dans les différentes forteresses l'accès sera facilité aux notables de la ville, à quelques aristocrates, aux bourgeois et mulâtres. Peut-être était-ce là le début de l'hôpital public en Martinique ?

Le coût de sa nouvelle reconstruction aura découragé plus d'un et progressivement l'idée sera abandonnée.

Au 18^{ème} siècle, en 1850, un hôpital civil va émerger à Fort de France. Il marque la différence avec les hôpitaux militaires présents sur le territoire de la Martinique.

Les textes législatifs de 1851 vont favoriser l'instauration des hôpitaux communaux.

Cette fois ci, ce n'est pas le séisme qui est en cause mais le méga incendie historique du 22 juin 1890 qui ravagea Fort-de-France réduite en cendres et détruisit l'hôpital civil. Parmi les 1600 maisons et édifices détruits par les flammes figure le « nouvel hôpital civil ».

Pour mémoire cet incendie fit une vingtaine de morts et 8 000 sinistrés...

L'accueil en hôpital public est de nouveau compromis !

Cette fois ci la volonté de reconstruire est manifeste et les travaux vont se dérouler de 1897 à 1899 dans les hauteurs de l'Ermitage. Le 21 mars 1899 il ouvre ses portes équipées de plusieurs pavillons en salles d'opération, d'une maternité, de service de médecine et de chirurgie.

Les soignants sont les religieuses et les moines qui au terme d'un vieux débat de société vont enfin ouvrir les portes de l'hôpital qui deviendra de fait vraiment public pour les pauvres, les indigents, les affligés et ce, au nom de la miséricorde divine.

Le personnel soignant religieux est progressivement réduit, un peu accusé de faire du prosélytisme.

Dans le débat sur la prise en charge de la maladie mentale c'est d'abord un établissement qui apparaît en 1839 à Saint Pierre. Après l'éruption de 1902 46 lits de psychiatrie sont transférés dans une annexe de la prison de Fort de France au 118 rue Victor Sévère.

L'hôpital COLSON ouvrira ses portes dans la luxuriante verdure à Balata le 04 décembre 1953.

De 1839 à 1951 les malades de la lèpre sont déportés vers la Désirade avant que le Dr Etienne MONSTES-TRUC en 1953 organise la prise en charge sur place en collaboration avec l'hôpital CLARAC.

Construit en 1951, 4 opérations à cœur ouvert (septembre 1971) seront réalisées au sanatorium du Carbet qui dispose de 170 lits en 1961. Sa spécialité ayant été élargie à la pneumologie notamment en 1970.

Les hospices de communes et le centre Emma VENTURA plus tard assurent l'accueil public des personnes du grand âge ou en grande précarité du fait de l'isolement notamment.

La gestion des hôpitaux des communes est confiée non pas au clergé mais aux édilités. Quelques re-

ligieuses y demeurent longtemps encore comme à l'hôpital du Lorrain .

La première pierre de l'ancien hôpital du Lamentin au centre bourg sera posée en mai 1924.

Il ouvrira ses portes le 27 mai 1928.

Ainsi voit-on apparaître les hôpitaux du Lorrain, de Basse Pointe, du François, du Saint Esprit, des Trois Ilets de Saint Pierre, Trinité, Lamentin, Saint Joseph, Marin, etc. parfois associés à des dispensaires pour la vaccination, la PMI et autres prises en charge publiques.

L'AMG (aide médicale gratuite) créée par la loi du 15 juillet 1893 permet aux malades les plus pauvres de bénéficier d'un accès gratuit aux soins de santé. La gestion électoraliste par certaines communes à l'époque a contribué à écarter de l'offre de soins nombre de citoyens.

Au début du 20^{ème} siècle en 1935 (longtemps après la destruction de l'hôpital de Saint-Pierre suite à l'éruption volcanique du 8 mai 1902), Albert CLARAC, Martiniquais, ancien médecin de la Marine et des colonies donnera son nom à cet hôpital qui surplombe la ville de Fort de France. A l'origine, l'hôpital CLARAC est dirigé par les militaires et accueille les militaires, les civils payant et les fonctionnaires. Le petit peuple, un temps se contentera du concours des médecins de ville, des hôpitaux communaux, des dispensaires et des hospices.

La Martinique « quitte » son statut de colonie pour un statut de département associé à l'ordonnance de 1948 qui crée la sécurité sociale.

En 1958, les CHU sont créés en France.

Cet hôpital CLARAC (430 lits en 1961) deviendra pour son époque le fleuron de la prise en charge en hôpital public. Chacun y est admis sans conditions de ressources. Il apporte de nouvelles conditions d'hygiène, d'accueil permanent, une surveillance continue, un personnel formé, un plateau technique, des blocs opératoires, une pharmacie intérieure à usage interne, la présence de spécialistes, un service d'urgence, etc. Non loin, à proximité, la maternité de Redoute sera mise en service le 1^{er} janvier 1959 et fermera ses portes le 05 mars 2008.

Les maternités en communes sont intrinsèquement associées à l'existence des hôpitaux de communes.

A noter cependant que parallèlement fleurissent les cliniques privées telles que LODEON, Sainte Marie, Saint Paul, Pasteur (dit Roseau localisée à clairière), etc.

En 1984, le centre Hospitalier régional (CHR), sous la houlette de l'infatigable Pierre Zobda QUITMAN obtient le transfert de l'activité du service public hospitalier de CLARAC au site de la Meynard / Bois Boyer, avec l'appui de ses amis Parisiens...

En 2013 notre hôpital public devient CHUM (Centre Hospitalier Universitaire de Martinique) et rassemble les sites suivants :

- Pierre ZOBDA QUITMAN,
- La MFME (maison de la mère de la femme et de l'enfant),
- CLARAC (pôle de cancérologie),
- Emma VENTURA,
- MANGOT VULCIN (ouvert en 2012),
- TRINITE,
- MPT (nouveau plateau technique).

Un vent de modernisation a soufflé en 2013 et voit émerger un nouveau plateau technique au CHUM sur 30 000 M2, performant aux normes parasi-miques. Un joyau de la technologie dans la caraïbe.

L'accueil en hôpital public au cours des siècles derniers a beaucoup évolué.

Certains pays de la caraïbe ont passé des conventions de partenariats avec le CHUM pour l'accueil public de leurs ressortissants :

- La Dominique en chirurgie infantile
- Sainte Lucie en cancérologie
- Barbade
- Trinidad

Cependant la dégradation générale de la prise en charge en hôpital public de Martinique s'est fortement accentuée aujourd'hui.

L'histoire de notre hôpital public est parsemée d'embûches : lourdes expositions aux séisme, incendies, ouragans, climatologie, vieillissement naturel des sites, etc. Au cours du siècle dernier, notre hôpital public a sauvé des milliers de nos compatriotes qui n'avaient pas les ressources pour se faire soigner à l'extérieur du pays. En partant de 1848 il s'est « modernisé »

Cette histoire nous révèle que par la volonté de nos ancêtres Martiniquais nous sommes parvenus à un niveau d'équipement qu'il faudra performer et rendre résilient par la mobilisation intelligente des fonds disponibles : fonds Barnier, fonds Européens et fonds vert par exemple.

Nous prenons acte ici de la performance inégalée de la Guadeloupe qui édifie un nouveau CHU au coût astronomique de 600 millions d'euros qui plus est financé à 100 % par l'État Français...

Sans oublier l'île de la Réunion qui est sur la même longueur d'onde sur la qualité de leur plateau technique sur ce territoire qui n'a rien à voir avec la Martinique, voir quelques établissements sur l'hexagone.

De plus une bonne organisation des (GPME) des maisons médicales donc les ouvertures 7j/7 de 8h à 22h!!!! y compris jours fériés Pharmacie et labo.

| Addendum :

S'agissant de la médecine des décédés (thanatologie) certains esclavagistes acceptaient d'enterrer des esclavagisés sur leurs domaines. D'autres étaient inhumés aux cimetières dédiés. A partir de 1848 les esclavagisés ont dû faire face à une nouvelle situation critique. Ils décident alors de créer une cagnotte « Le sou au décès » qui se transformera en tontine puis en mutuelle en 2002.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Pour nous, il s'agira de préciser les raisons qui nous ont poussés à proposer cette réflexion dans le cadre de notre projet au sein de la commission « Santé, Vie associative et Sport » du CÉSECÉM.

Mon regard sera celui d'un martiniquais qui n'est pas de profession médicale ou paramédicale. C'est le témoignage d'un martiniquais qui écoute et entend le discours de personnes qui s'expriment quant à la prise en charge des patients à l'hôpital public en Martinique. C'est aussi le regard de quelqu'un qui a eu, à un moment donné de sa vie, à faire l'expérience d'une prise en charge en hôpital public en Martinique.

Il s'agira donc de voir, principalement, comment la rumeur s'exprime sur la prise en charge des patients à l'hôpital public en Martinique.



1. Vox populi et rumeur

Par définition, la rumeur, c'est une information incertaine qui se répand au sein de la population. Cette information se communique de bouches à oreilles à qui veut entendre ou savoir. Dans ce circuit, chacun, chacune a la liberté de porter son complément de préjugés quant à l'objet de cette dite rumeur.

Sur une radio publique en Martinique, les auditeurs et auditrices ont la liberté de faire passer leurs messages. Il nous a été donné d'entendre des points de vue ou des exposés de faits quant à la prise en charge des patients à l'hôpital public en Martinique.

Jusqu'à ce jour, les messages à contenus négatifs sont plus nombreux que les messages à contenus positifs.

Dans les messages à contenus négatifs, l'on fait état de faits suivants : « *Sé doktè-a ka fè anlo lèrè.* » « *Moun ka mò an lopital-la pas pa ni matériel.* » « *Sé espécialis-la pa dakò ant yo.* » « *Tout sé bon doktè-a ka pati. Sé lé pi mové ka rété.* » « *Pa ni asé espécialis an lopital-la.* »

« *Si j'ai un problème de santé, j'irai en clinique ou en France.* » « *Lopital-la pa prop.* » « *Ni moun, mé sé moun-la mal owganizé.* » « *Sé léta ki responsab tout sé bagay-tala.* »

La liste des témoignages à contenu négatif n'est pas exhaustive.

Heureusement, il y a aussi des témoignages à contenus positifs. Citons- en quelques-uns : « *Yo ka fè sa yo pé.* » « *Mwen tonbé anlè dé moun janti.* »

La rumeur devient réalité.

2. La période COVID

Cette période a mis en évidence la question des urgences à l'hôpital public en Martinique. Il se disait, en effet, que les patients s'entassaient dans le hall des urgences sans soins. Le bruit a même couru qu'il valait mieux rester chez soi et se soigner par les plantes médicinales. La thèse du complot a même circulé : « *Sé tjé yo lé tjé nou* ». Nous avons encore en mémoire ces longues listes de familles endeuillées.

Cette période a mis à rude épreuve les équipes médicales. De plus, l'obligation vaccinale pour les soignants a créé la division au sein du corps médical et paramédicale

Rappelons tout de même la bonne coordination qu'il y a eu entre le privé et le public dans cette période de prise en charge médicale à l'hôpital public en Martinique.

Il faut retenir que cette période a révélé la fragilité organisationnelle du service des urgences de l'hôpital public en Martinique. (Les personnes de plus de 60 ans n'étaient pas prioritaires)

Le médecin de famille ne devait accueillir ses patients en cette période.

Les médecins qui acceptaient de soigner les personnes étaient parfois critiqués par leurs pairs.

3. L'accueil des médecins étrangers

Cette problématique a discrédité l'ambiance de travail au sein de l'hôpital public en Martinique. Nous avons tous et toutes en mémoire la question des médecins cubains venus en renfort... Nous savons comment cette problématique s'est achevée. Ce fait a beaucoup fait parler. Il n'était plus question de prise en charge à l'hôpital public en Martinique mais de notre capacité à vivre ensemble entre Caraïbéens. Comme quoi, la question de la prise en charge des patients à l'hôpital public en Martinique a connu des ramifications d'ordre so-

ciologique et ethnologique intercommunautaire. Il est à noter que les spécialistes et autres médecins venus de France ont toujours été bien accueillis. Cependant, beaucoup d'egos ont fait que ces mêmes personnes accueillies sur le territoire ont refait leurs valises à cause d'une incompréhension entre eux-mêmes à cause de leur égo. L'exposé des motifs nous impose de le signaler.

La crise COVID a révélé les failles communicationnelles à l'hôpital public.

4. La question de l'égo

Il en va de la chosification de la patientèle et du métier. Ce problème d'égo rend difficile voire impossible la solidarité et la pérennisation d'activités spécialisées dans le département.

5. L'accès aux soins

L'exposé des motifs nous impose de rappeler à quel point il peut être difficile d'avoir une ambulance afin d'évacuer un patient à l'hôpital. Il faut attendre longtemps pour voir arriver l'ambulance. Le bruit courait que les patients âgés n'étaient pas prioritaires. (Ambulances et SMUR avec retard)

Qu'en est-il vraiment de cette prise en charge médicale à l'hôpital public en Martinique ? Quel est le poids de la rumeur ?

6. La disparité territoriale :

Le centre de la Martinique propose l'offre de soins la plus large. Des patients du grand Nord ont dû être évacués vers le centre. Quelles conséquences pour la perte de chance ? Que dire des mamans dont l'accouchement est imminent ? Que dire aussi de la politique de fusionnement des activités ? Que dire de la maternité de l'hôpital public de Saint-Pierre ? Pourquoi n'y a-t-il plus de maternité à Saint Pierre ?

7. Réorganisation nécessaire ?

La réduction des inégalités d'accès aux soins ne devrait-elle pas être la priorité en termes de réorganisation ?

Quelle est la politique d'implantation des établissements de soins hospitaliers en Martinique ?

La lutte contre de l'inégalité d'accès et le temps d'accès et le problème de la fluidité de la circulation ? Cette problématique nous renvoie directement à la question du transport en Martinique et à la politique d'aménagement du territoire en matière de santé.

La perte de chances est une problématique qui découle directement du fait précédent et des mauvais choix en terme gouvernemental.

La Martinique est-elle autonome en ce qui concerne la prise en charge publique hospitalière ? Une prévalence pour les établissements du centre

L'insularité nous condamne t-elle à la médiocrité en ce qui concerne la prise en charge du patient à l'hôpital public en Martinique ?

Cette insularité n'est-elle pas une belle opportunité dans une vision solidaire et intelligente en ce qui concerne la prise en charge des patients du bassin caraïbe ? (Cf. entretien avec le docteur Mac Clou)

C'est ce à quoi nous nous engageons de répondre dans notre rapport.

Nous avons exposé des faits qui seront largement développés dans le corps du rapport.

La question de l'accès aux soins et de la qualité de la prise en charge des patients constitue un enjeu majeur pour les systèmes de santé contemporains. En Martinique, territoire insulaire français d'outre-mer, cette problématique revêt une dimension particulière. Marquée par un contexte géographique spécifique, une population vieillissante et des inégalités territoriales persistantes, l'organisation des soins sur l'île fait face à de nombreux défis structurels, humains et organisationnels.

Alors que le système de santé français repose sur des principes d'universalité, d'égalité et de continuité des soins, ces objectifs sont parfois difficiles à atteindre dans les territoires ultramarins.



En Martinique, la gestion des parcours de soins est souvent confrontée à des difficultés liées au manque de personnel médical, à l'éloignement de certaines zones rurales, à la surcharge des structures hospitalières, ou encore à la nécessité de transférer certains patients vers l'Hexagone pour des soins spécialisés.

À ces réalités s'ajoutent des déterminants sociaux et culturels qui influencent fortement les comportements de santé et les relations entre les patients et les professionnels. La précarité, le vieillissement démographique, la prévalence de maladies chroniques comme le diabète ou l'hypertension, ainsi que la défiance vis-à-vis des institutions sanitaires sont autant de facteurs qui compliquent la mise en œuvre d'une prise en charge globale, coordonnée et efficace.

Dans ce contexte, il devient essentiel de dresser un état des lieux précis de la prise en charge des patients en Martinique, d'en identifier les principales difficultés, mais aussi de valoriser les initiatives locales et les leviers d'amélioration possibles.

Ce mémoire a pour objectif d'analyser les conditions actuelles de la prise en charge des patients en Martinique, en mettant en lumière les spécificités locales, les dysfonctionnements du système, ainsi que les pistes d'action envisageables pour renforcer la qualité et l'équité des soins.

La réflexion s'articulera autour de trois axes principaux : un état des lieux de l'offre de soins et des besoins de la population martiniquaise, une analyse critique des freins et des carences identifiés dans la prise en charge, et enfin une exploration des solutions envisageables pour mieux répondre aux besoins de santé du territoire

PARTIE I | CADRE GÉNÉRAL ET ÉTAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE EN MARTINIQUE

A. Contexte socio-sanitaire de la Martinique

Données démographiques¹

Population totale :

- Environ **355 500 habitants** au 1^{er} janvier 2025, en recul démographique constant depuis 2008 (-0,7 % par an en moyenne sur la dernière décennie).
- Environ 349 900 au début 2024 selon l'Insee

Structure par âge :

- La Martinique est la **région française la plus âgée**, avec **35 % de la population âgée de 60 ans** et plus, contre seulement 25 % de moins de 25 ans.
- Âge médian : environ **49-49,3 ans**

Fécondité et natalité :

- En 2024, **2 800 naissances** ont été enregistrées, soit un taux de natalité de **7,9 ‰**, en forte baisse (-16 % par rapport à 2023), le plus bas de France.

Mortalité :

- En 2024, **3 800 décès**, stabilité par rapport à 2023. Le taux de mortalité est de **10,7 ‰**.
- Mortalité infantile élevée : environ **8,5 décès pour 1 000 naissances**, soit plus du double de la métropole (3,4 ‰).

Dynamique migratoire :

- **Solde naturel déficitaire** (plus de décès que de naissances) ainsi que **déficit migratoire** ; environ **-1 120 personnes** en 2024.

¹ source : insee.fr / santepubliquefrance.fr

Données épidémiologiques¹

- **Âge moyen de la population adulte** : environ **52 ans** (contre 42 ans en Guyane), selon Santé publique France.
- **Prévalence de l'hypertension** :
31,5 % de la population adulte en Martinique (2021), plus élevé que la métropole (20 %).
- **Prévalence de l'obésité** :
En 2003–04, **22,1 %** de la population était considérée comme obèse (vs 14,7 % à La Réunion).
- **Prévalence du diabète connu** :
En 2021, **11,5 %** des adultes martiniquais étaient diabétiques diagnostiqués. La prévalence du « petit diabète » (non déclaré) s'élève à **4,1 %**.
Parmi les diabétiques diagnostiqués, **92 % bénéficiaient d'un traitement médicamenteux**

Analyse synthétique

- **Une population en forte perte d'effectifs**, notamment les jeunes, avec un **exode important** et un **rajeunissement insuffisant** (faible natalité).
- **Vieillesse structurelle**, avec des besoins accrus en soins gériatriques et en chronicité.
- **Charge élevée de maladies chroniques** : hypertension, diabète, et obésité concernent une part significative de la population adulte.
- **Taux de mortalité et mortalité infantile élevés**, signalant des défis en santé publique et en périnatalité.
- **Spécificités du territoire** (insularité, vieillissement, pathologies chroniques fréquentes)

B. Organisation du système de santé en Martinique

Structures de soins (CHUM, cliniques, centres de santé)

- Le **CHU de Martinique (CHUM)** à Fort-de-France dispose de **1 506 lits** (2017) et emploie environ **5 610 agents**, dont **670 médecins** répartis sur six sites (Pierre-Zobda-Quitman, Lamentin, Trinité, etc.)
 - Manque de matériel, une prise en charge manquante du fait de la défaillance médicale
 - Pas de prime de risque, pourtant il y a un manque de sécurisation du personnel de santé
 - **Maurice Despinoy** : hôpital unique de santé mentale avec plus de 500 lits d'hospitalisation reste le deuxième hôpital de la Martinique. néanmoins rencontre d'énormes difficultés dans son champ sanitaire et médico social.
 - Manque de médecins et de personnel paramédical (IDE, aide-soignant)
- En 2023, la Martinique compte 5 centres de santé (3 polyvalents, 2 dentaires) avec 105 salariés (64 soignants, 39 médico-administratifs)**

Répartition des professionnels de santé

En 2021, **7 116 professionnels de santé** (hors kinés et podologues) exerçaient en Martinique, soit +1,7 % par rapport à 2020. L'évolution masque une baisse des généralistes (-1,1 %), chirurgiens-dentistes (-2,3 %) et pharmaciens (-2,6 %), tandis que les médecins spécialistes (+2,7 %) et infirmiers (+2,2 %) augmentent

Densités médicales (pour 100 000 hab.) :

- **Généralistes** : 93 (vs 86,5 en France métropolitaine)

- **Spécialistes** : 61,8 (vs 86,8)
- **Infirmiers** : 491,8 (vs 195,3)

En 2024, l'Ordre des médecins recense **1 205 médecins**, soit environ 344 médecins pour 100 000 habitants (vs 361 en Guadeloupe, 373 à La Réunion)

Selon l'ARS, en 2025, ce sont environ **144 libéraux pour 100 000 habitants** (vs 173 en métropole), dont seulement **54 spécialistes** (vs 82)



Tensions démographiques et retraite

Une large part des médecins libéraux a plus de **55 ans** : > 50 % chez les généralistes, ~40 % chez les spécialistes. De nombreux départs en retraite sont attendus d'ici 2030.

Le nombre de médecins libéraux passerait de 52,3 % (2008) à 33,6 % (2030) du total.

Les métiers paramédicaux comme aides-soignants et infirmiers sont également en tension : moitié des aides-soignants ont plus de 48 ans (2013), et 25 % des infirmiers libéraux ont plus de 55 ans

Accès aux soins primaires et spécialisés

En 2019, **34 %** de la population avait renoncé ou retardé un soin (28 % en Guadeloupe).

- 26,8 % pour cause de délais,
- 13,2 % pour raisons financières,
- 8,3 % pour transport ou absence de spécialistes.

Le délai d'attente au rendez-vous est la première raison de renoncement.



C. Enjeux et limites actuelles

Un vieillissement accéléré de la population et une charge croissante de maladies chroniques

Le vieillissement de la population martiniquaise est l'un des principaux enjeux sanitaires du territoire. **Près de 35 % des habitants ont aujourd'hui plus de 60 ans**, une proportion bien supérieure à celle de la moyenne nationale. Ce vieillissement s'accompagne d'une augmentation des pathologies chroniques telles que le diabète (prévalence de 11,5 %), l'hypertension artérielle (plus de 30 % des adultes), les maladies cardiovasculaires, les cancers, ou encore la dépendance liée à l'âge.

Ce contexte impose une prise en charge plus longue, plus complexe et plus coûteuse, nécessitant une meilleure coordination entre les soins hospitaliers, ambulatoires, et médico-sociaux. Il renforce également le besoin en gériatres, en soignants formés à la prise en charge des personnes âgées, ainsi qu'en structures adaptées comme les EHPAD ou les unités de soins à domicile.

Déserts médicaux et inégalités territoriales

Entre 2017 et 2023, la couverture médicale territoriale s'est dégradée : **31 communes** sont aujourd'hui en désert médical (dont Ducos, Rivière-Salée, Le Robert),

Principales carences en spécialistes (pédiatres, cardiologues), jusqu'à deux fois moins nombreux qu'en métropole,

L'**indice d'accès aux soins** est de 62,2 %, considéré comme « fortement doté », mais des communes isolées comme Grand'Rivière, Prêcheur ou Macouba sont mal desservies



Un accès inégal aux soins sur le territoire

Malgré une densité médicale globalement comparable à celle de la métropole, la Martinique souffre de fortes disparités géographiques dans l'accès aux soins. De nombreuses communes, notamment dans le nord et le sud de l'île, sont aujourd'hui considérées comme des déserts médicaux. En 2023, 31 communes martiniquaises manquaient de médecins généralistes ou de spécialistes, obligeant les habitants à parcourir de longues distances pour accéder à une consultation.

Les délais d'attente pour un rendez-vous chez un spécialiste sont souvent longs, ce qui incite certains patients à renoncer ou retarder leurs soins. En 2019, plus d'un tiers de la population déclarait avoir déjà reporté ou annulé un soin, notamment en raison de délais trop importants, de difficultés financières, ou de l'éloignement des structures de santé



Évacuations sanitaires vers l'Hexagone

1. Définition et contexte

Les évacuations sanitaires (ou EVASAN) désignent le transfert de patients depuis la Martinique vers des établissements hospitaliers situés en France hexagonale ou dans d'autres territoires, lorsque les soins requis ne peuvent pas être assurés localement, en raison :

- du manque de spécialités médicales ou chirurgicales,
- de l'indisponibilité d'équipements techniques lourds (IRM, blocs spécialisés),
- ou encore d'une saturation temporaire des services hospitaliers.

Elles concernent en majorité les pathologies lourdes ou complexes : cancers, greffes, maladies rares, interventions chirurgicales spécialisées, soins en néonatalogie ou en soins intensifs.

2. Chiffres clés (données estimées)

- Chaque année, environ **800 à 1 000 évacuations sanitaires** sont réalisées depuis la Martinique vers l'Hexagone.
- Le **CHU de Martinique** reste en tension chronique sur certaines spécialités comme :
 - la **neurochirurgie**,
 - la **chirurgie cardiaque**,
 - la **réanimation néonatale**,
 - ou encore certains traitements oncologiques de pointe.
- Selon la Cour des comptes (rapport 2021), **plus de 30 % des évacuations pourraient être évitées** si les équipements ou spécialistes étaient présents localement.

3. Conséquences pour les patients

a) Impact psychologique et social

- Le déplacement en urgence vers l'Hexagone est souvent **une source de stress majeur** pour les patients et leurs familles, qui doivent parfois se séparer sur de longues périodes.
- Certains patients, âgés ou précaires, renoncent à partir ou vivent leur transfert comme un déracinement brutal.

b) Coût logistique et financier

- Le coût moyen d'une évacuation sanitaire complète (transport + hospitalisation + hébergement accompagnant) est élevé : estimé à **plus de 20 000 € par patient** dans certains cas.

ment accompagnant) est élevé : estimé à **plus de 20 000 € par patient** dans certains cas.

- Cela pèse sur les budgets de l'Assurance Maladie et sur les ressources hospitalières.

c) Inégalités d'accès

- Tous les patients ne bénéficient pas des mêmes conditions d'accompagnement (hébergement des proches, suivi post-EVASAN).
- Certains signalent un **manque de suivi** après le retour en Martinique, notamment pour les traitements au long cours (cancer, dialyse, greffes...).

4. Causes profondes

Les évacuations sanitaires sont le **symptôme de plusieurs fragilités structurelles** :

- **Pénurie de spécialistes** (chirurgiens, anesthésistes, oncologues...),
- **Viellissement des équipements médicaux** (IRM, blocs opératoires),
- **Retards dans l'investissement hospitalier**,
- **Difficultés à fidéliser** les professionnels de santé sur le territoire.

5. Solutions et alternatives possibles

a) Renforcer les capacités locales

- Création de pôles spécialisés au CHUM pour limiter les EVASAN évitables,
- Déploiement de nouveaux équipements lourds (IRM, robots chirurgicaux),
- Recrutement ciblé de médecins spécialistes avec incitations (Pacte territoire santé).

b) Développer la télémédecine spécialisée

- Suivi à distance avec les CHU hexagonaux (téléconsultations post-EVASAN),
- Meilleure continuité entre les phases de soin avant/après l'évacuation.

c) Améliorer la coordination et le soutien aux familles

- Hébergement temporaire pour les accompagnants,
- Aide sociale pour les patients isolés ou en situation précaire.

L'évacuation sanitaire vers l'Hexagone est un dispositif indispensable, mais il ne doit pas devenir une solution de substitution systématique aux carences locales. Elle met en lumière les déséquilibres persistants dans l'accès aux soins spécialisés en Martinique. Pour réduire le recours excessif aux EVASAN, une stratégie cohérente de renforcement du système local, basée sur l'investissement humain, technique et organisationnel, est indispensable.

Problèmes de coordination des soins et de continuité

La complexité du parcours de soins en Martinique est un autre frein majeur à une prise en charge efficace. Le lien entre la médecine de ville, l'hôpital, les services sociaux et médico-sociaux reste souvent faible, voire inexistant. Les ruptures dans la continuité des soins sont fréquentes, en particulier lors des sorties d'hospitalisation ou dans les situations de polyopathologies.



Le développement de dispositifs tels que les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) ou encore la télémédecine est encore trop limité pour répondre aux besoins de la population et renforcer cette articulation indispensable entre les acteurs de santé.

Des déterminants sociaux et culturels qui freinent l'accès aux soins

Enfin, des facteurs socio-économiques influencent fortement la prise en charge des patients. La précarité, l'isolement social, la faible littératie en santé, ainsi que certaines représentations culturelles de la maladie ou de la médecine, peuvent constituer des freins importants à la prévention, au dépistage et au recours aux soins.

Ces obstacles entraînent un non-recours aux dispositifs existants, un diagnostic parfois tardif, voire une dégradation évitable de l'état de santé des personnes concernées.

A. Problèmes structurels

Manque de moyens humains et matériels

1. Un déficit préoccupant en personnels de santé

Le système de santé martiniquais est marqué par **une pénurie croissante de professionnels de santé**, qui touche aussi bien les hôpitaux que la médecine de ville.

a) Médecins en nombre insuffisant et vieillissants

- En 2024, on recense environ **1 205 médecins** en Martinique, soit **344 pour 100 000 habitants**, un chiffre inférieur à celui de la Guadeloupe ou de La Réunion.
- Près de **la moitié des médecins libéraux ont plus de 55 ans**.
- De nombreuses spécialités médicales sont sous-représentées (cf. section précédente), ce qui aggrave les délais d'accès aux soins.

b) Infirmiers, aides-soignants et personnels paramédicaux également en tension

- Malgré une densité élevée d'infirmiers (environ **492 pour 100 000 habitants**, supérieure à la

moyenne nationale), de **fortes tensions de recrutement** persistent dans les hôpitaux.

- Le vieillissement du personnel paramédical est marqué : **plus de 25 % des infirmiers et 50 % des aides-soignants ont plus de 50 ans**.
- Les conditions de travail (sous-effectif, charges lourdes, horaires étendus) entraînent **absentéisme, burn-out et départs précoces**, aggravant les tensions.

c) Fuites vers la métropole ou le privé

- De nombreux jeunes professionnels formés en Martinique partent exercer en France hexagonale, attirés par des conditions de travail et de rémunération plus favorables.
- Dans le secteur hospitalier public, la **fuite vers le secteur libéral ou les agences d'intérim médical** désorganise les services et coûte cher au système.



2. Des équipements médicaux insuffisants ou obsolètes

Le manque de moyens matériels entrave également la qualité des soins :

a) Équipements de diagnostic limités

- La Martinique ne dispose que de **quelques scanners et IRM pour toute l'île**. En cas de

panne, les délais d'attente peuvent atteindre **plusieurs semaines voire des mois**.

- Certains établissements manquent d'équipements de base (monitoring, échographes récents, pompes à perfusion...) ou doivent fonctionner avec du matériel vétuste.

b) Blocs opératoires et services spécialisés saturés

- Plusieurs blocs opératoires ne sont pas aux normes ou en sous-capacité, ce qui provoque des **report de chirurgies programmées**.
- Le nombre de **lits de réanimation et de soins intensifs** est limité, comme l'a montré la crise du Covid-19, obligeant le recours à des transferts de patients.

c) Manque de matériel pour les soins à domicile ou en EHPAD

- Les structures médico-sociales (EHPAD, SSIAD, HAD) peinent à s'équiper correctement, freinant la prise en charge de la dépendance et des soins chroniques à domicile.
- Faiblesse des outils numériques (dossiers médicaux partagés, téléconsultation) dans certains territoires éloignés.

3. Conséquences sur la prise en charge des patients

- **Allongement des délais de soins** (rendez-vous, examens, interventions),
- **Renoncements ou reports de soins**, notamment pour les plus précaires,
- **Épuisement professionnel** du personnel hospitalier et libéral,
- **Transferts fréquents vers l'Hexagone** (EVA-SAN), faute de ressources locales suffisantes,
- **Dégradation de la qualité perçue des soins**, en particulier dans les services d'urgences et de chirurgie.

4. Pistes d'amélioration

a) Renforcement des effectifs

- Recrutement incitatif de soignants (primes, logement, bourses d'étude),
- Fidélisation des jeunes formés localement (internat, contrats locaux, tutorats),
- Meilleure reconnaissance des carrières paramédicales.

b) Modernisation des équipements

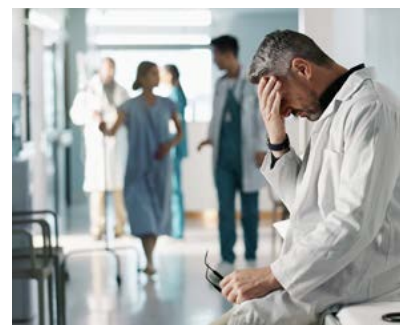
- Investissements prioritaires dans l'imagerie médicale, les blocs opératoires, les lits de réanimation,

- Maintenance régulière et renouvellement planifié du matériel hospitalier,
- Financement de l'équipement des soins ambulatoires et à domicile (EHPAD, HAD).

c) Transformation numérique

- Déploiement des **outils de télémédecine**, de **dossiers médicaux partagés**, et d'**applications de coordination** entre professionnels.
- Formation du personnel au numérique médical.

Le manque de moyens humains et matériels est l'un des principaux obstacles à une prise en charge efficace et équitable des patients en Martinique. Il fragilise l'ensemble du système de santé, engendre des retards, de la souffrance pour les patients et un épuisement professionnel pour les soignants. La réponse à cette crise ne peut être ponctuelle : elle nécessite une stratégie territoriale cohérente, articulant investissement public, planification des ressources humaines et réforme organisationnelle profonde.



Vieillesse des infrastructures hospitalières

1. Un parc hospitalier ancien et sous pression

Le principal établissement hospitalier de la Martinique, le Centre Hospitalier Universitaire de Martinique (CHUM), regroupe plusieurs sites (**Pierre-Zobda-Quitman**, Trinité, Lamentin, Mangot-Vulcin...). Il constitue l'ossature du système de soins publics sur l'île. Toutefois, la majorité de ses bâtiments datent des années 1970-1980, et présentent aujourd'hui d'importantes dégradations.

Le site de Pierre-Zobda-Quitman, principal centre hospitalier, est confronté à :

- des problèmes d'étanchéité, d'humidité et de moisissures,
- des pannes fréquentes d'équipements médicaux lourds (IRM, scanners, ascenseurs, générateurs),
- des locaux inadaptés à certaines pratiques modernes (salles d'opération trop petites, absence d'ergonomie, chambres doubles devenues obsolescentes...).

En 2023 encore, des alertes sanitaires ont été lancées par les syndicats médicaux et paramédicaux, dénonçant des conditions de travail dangereuses et une dégradation des conditions de prise en charge des patients.

2. Conséquences sur la qualité et la sécurité des soins

Le vieillissement des infrastructures hospitalières n'est pas sans conséquence sur la prise en charge des patients :

- **Retards ou annulations de soins** en cas de défaillance technique (panne d'IRM, bloc inopérant),
- **Risques accrus d'infections nosocomiales** dans des environnements vétustes,
- **Confort limité** pour les patients, en particulier les personnes âgées ou dépendantes,
- **Conditions de travail dégradées** pour les soignants, avec un impact sur le recrutement et la fidélisation.

Ces faiblesses techniques peuvent aussi affecter la gestion des urgences, la réanimation, ou la surveillance post-opératoire, en compromettant l'efficacité des protocoles médicaux.



3. Des investissements encore insuffisants

Malgré la reconnaissance du problème par les autorités de santé, les **travaux de rénovation ou de reconstruction ont longtemps été repoussés**, souvent pour des raisons budgétaires ou administratives. Certains projets sont en cours, mais ils peinent à se concrétiser :

- En 2021, le gouvernement avait annoncé un **plan de relance hospitalier** pour l'Outre-mer, incluant des crédits pour la Martinique, mais **la réhabilitation du CHUM n'a pas encore vu le jour à grande échelle.**
- Des unités mobiles, ou des zones provisoires, ont été installées pour répondre à l'urgence, mais **elles ne remplacent pas une modernisation structurelle** du parc hospitalier.



4. Un défi pour la résilience sanitaire du territoire

Dans un contexte de vulnérabilité climatique (cyclones, séismes, épisodes de fortes pluies), le vieillissement des infrastructures hospitalières constitue également une **menace pour la sécurité sanitaire** du territoire. Des bâtiments anciens, mal isolés ou non conformes aux normes antisismiques, sont plus exposés à l'instabilité et aux interruptions de service en cas de catastrophe naturelle.

Le Covid-19 a par ailleurs mis en lumière l'extrême tension du système hospitalier martiniquais, incapable d'absorber les vagues épidémiques faute de lits de réanimation suffisants, de circuits différenciés ou d'espaces modulables.

5. Perspectives et besoins urgents

Pour répondre à ces enjeux, plusieurs priorités s'imposent :

- **Réhabilitation rapide des sites les plus vétustes** (urgences, blocs opératoires, services de réanimation),
- **Planification à long terme d'une reconstruction partielle ou totale du CHUM** avec des bâtiments adaptés aux standards hospitaliers modernes,
- **Renforcement de la maintenance des équipements médicaux**, avec des budgets alloués durablement,
- **Déploiement de solutions innovantes** (unités modulaires, hôpitaux de jour, télésanté) pour compenser les limites actuelles.

Le vieillissement des infrastructures hospitalières en Martinique ne constitue pas seulement un problème technique : il est au cœur des difficultés systémiques de la prise en charge des patients. Il accentue les inégalités d'accès, met en péril la sécurité des soins, démotive les équipes médicales, et limite la capacité de réponse du système de santé face aux crises. La rénovation des structures hospitalières doit être traitée comme une urgence sanitaire, sociale et stratégique pour l'avenir du territoire.

Déficit de spécialités médicales

1. Une offre de soins spécialisée inégalement répartie

Si la Martinique dispose d'un nombre de médecins généralistes relativement stable, elle souffre d'un **déficit significatif de médecins spécialistes**, tant en nombre qu'en répartition géographique. Cette situation engendre une saturation des services hospitaliers, des délais d'attente prolongés et un recours accru aux évacuations sanitaires (EVASAN) vers l'Hexagone.

Selon les données de l'ARS et de l'Ordre des médecins :

- On compte environ **61 spécialistes pour 100 000 habitants** en Martinique, contre près de **87 en France hexagonale**.
- Certaines spécialités sont **quasiment absentes ou représentées par un ou deux praticiens seulement**, ce qui fragilise la continuité des soins.

2. Spécialités particulièrement en tension

Les domaines les plus touchés par la pénurie sont :

- **Pédiatrie** : seulement 10 à 12 pédiatres actifs pour toute l'île. Cela limite la prise en charge des nourrissons, des urgences pédiatriques et des maladies chroniques infantiles.
- **Gériatrie** : malgré une population vieillissante, la Martinique manque cruellement de gériatres formés, ce qui compromet la gestion des pathologies liées à l'âge, de la dépendance et de la fin de vie.
- **Cardiologie** : très demandée en raison de la forte prévalence des maladies cardiovasculaires (HTA, AVC, infarctus), mais l'offre reste limitée, avec des délais de consultation dépassant parfois deux à trois mois.
- **Psychiatrie** et pédopsychiatrie : le territoire connaît une pénurie chronique de professionnels en santé mentale, particulièrement pour les enfants et adolescents.
- **Oncologie et hématologie** : des lacunes persistantes, malgré une forte demande liée à la prévalence de certains cancers (prostate, sein, col de l'utérus...).
- **Neurologie, dermatologie, endocrinologie** : ces spécialités sont également très peu représentées, ce qui oblige de nombreux patients à se tourner vers la métropole ou à renoncer aux soins.

3. Causes du déficit en spécialités médicales

Ce déficit s'explique par plusieurs facteurs structurels et conjoncturels :

a) Faible attractivité du territoire

- Isolement géographique et éloignement familial,
- Conditions de travail difficiles (infrastructures vétustes, surcharge de travail),
- Manque de perspectives de carrière ou de formation continue locale,
- Contraintes administratives et logistiques (logement, scolarité des enfants, mutation du conjoint).

b) Départs en retraite non remplacés

- Une part importante des spécialistes en poste sont proches de la retraite. Le **renouvellement générationnel est insuffisant** pour compenser les départs.

c) Manque de stages hospitaliers locaux

- Faible présence de stages spécialisés et d'internats de médecine dans certaines disciplines, ce qui empêche la **fidélisation des jeunes médecins**.

d) Conditions salariales peu incitatives

- Les médecins libéraux, en particulier, sont peu incités à s'installer en Martinique où la patiente

peut être dispersée, précaire ou géographiquement éloignée.

4. Conséquences sur la prise en charge des patients

- **Allongement des délais de rendez-vous** (jusqu'à plusieurs mois),
- **Transferts hors territoire (EVASAN)** vers la métropole, pour des examens ou traitements spécialisés,
- **Surcharge des urgences** qui compensent l'absence de soins spécialisés accessibles rapidement,
- **Ruptures de suivi médical**, particulièrement pour les pathologies chroniques,
- **Renoncements aux soins** par des patients isolés ou à faibles revenus, incapables de se déplacer ou de payer un spécialiste hors secteur public.

5. Pistes de solutions pour réduire ce déficit

a) Développement d'incitations à l'installation

- Primes, aides au logement, exonérations fiscales,
- Réduction de la charge administrative pour les praticiens installés,
- Accueil personnalisé et accompagnement des jeunes spécialistes.

b) Création de postes hospitaliers attractifs

- Recrutement en CDI ou statut de praticien hospitalier stable,
- Investissements dans les plateaux techniques pour permettre une pratique moderne,
- Partenariats avec les CHU de métropole pour échanges, missions et tutorats.

c) Renforcement de la formation locale

- Développement de postes d'internat en spécialités à Fort-de-France,
- Valorisation du CHU de Martinique comme pôle universitaire régional.

d) Appui via la télémédecine spécialisée

- Déploiement de téléconsultations avec des spécialistes basés en France,
- Suivi à distance de patients chroniques (cardiologie, endocrinologie...),
- Collaboration interrégionale avec la Guadeloupe et la Guyane.

Le déficit en spécialités médicales est l'un des freins majeurs à une prise en charge équitable et efficace en Martinique. Il contribue à rallonger les parcours de soins, à fragiliser la continuité médicale, et à accentuer les inégalités territoriales. Sa résolution passe par une stratégie globale de renforcement de l'attractivité, de formation locale, et d'innovation organisationnelle, qui doit être soutenue par des investissements durables et des engagements politiques forts.





B. Problèmes organisationnels

Parcours du patient : délais d'attente, désorganisation

1. Les délais d'attente : un obstacle majeur à l'accès aux soins

L'un des problèmes les plus souvent soulignés dans la prise en charge des patients en Martinique est la **longueur des délais d'attente** pour :

- Obtenir un rendez-vous chez un spécialiste (cardiologue, neurologue, dermatologue, etc.).
- Accéder aux examens complémentaires (IRM, scanners, bilans sanguins spécialisés).
- Être hospitalisé pour certains traitements ou interventions chirurgicales.

Causes principales :

- **Manque de spécialistes et de ressources humaines** dans certains secteurs médicaux.
- **Saturation des services hospitaliers et des cabinets libéraux.**
- **Organisation administrative lourde** ralentissant la prise de rendez-vous et la gestion des patients.
- **Evacuations sanitaires fréquentes** vers l'Hexagone, qui mobilisent des ressources mais retardent les soins sur place.

2. Désorganisation du parcours de soins : fragmentation et ruptures

Le parcours du patient est souvent marqué par une **fragmentation des prises en charge**, avec des ruptures qui peuvent se traduire par :

- Multiplication des rendez-vous non coordonnés.
- Manque d'échanges d'informations entre professionnels (ville-hôpital, spécialistes-généralistes).
- Répétition d'examens inutiles, parfois contradictoires.

- Difficulté pour les patients à comprendre et suivre leur parcours, surtout pour les pathologies chroniques.

Conséquences :

- Détérioration de l'état de santé due à un suivi insuffisant ou retardé.
- Perte de confiance envers le système de santé.
- Stress et fatigue pour les patients, surtout les plus vulnérables.
- Surcoûts pour le système de santé.

3. Initiatives pour améliorer le parcours

- **Mise en place de coordinations et d'outils numériques** pour faciliter le partage d'informations (Dossier Médical Partagé).
- **Renforcement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)** pour une meilleure organisation territoriale.

- **Développement des maisons et centres de santé pluridisciplinaires** pour centraliser et coordonner les soins.
- **Promotion de la télémédecine** afin d'accélérer les consultations spécialisées et les suivis.

4. Recommandations pour réduire les délais et améliorer la coordination

- Augmenter les effectifs médicaux, notamment en incitant les spécialistes à s'installer localement.
- Simplifier et digitaliser les procédures de prise de rendez-vous et de gestion administrative.
- Mettre en place des parcours de soins intégrés et personnalisés, avec un référent médical coordonnateur.
- Sensibiliser les patients à leur rôle dans la gestion de leur parcours (rappels, préparation des rendez-vous).
- Favoriser une meilleure communication entre tous les acteurs de santé.

Les délais d'attente longs et la désorganisation du parcours de soins représentent des freins importants à une prise en charge optimale en Martinique. Une meilleure coordination entre acteurs, l'investissement dans les ressources humaines et technologiques, ainsi que la simplification des parcours sont indispensables pour répondre aux besoins des patients dans un contexte territorial complexe.

Place de la médecine de ville et des urgences

1. Un rôle essentiel dans la régulation et la prise en charge initiale

La médecine de ville — c'est-à-dire les médecins généralistes, les infirmiers libéraux et autres professionnels de santé exerçant en cabinet ou à domicile — joue un rôle clé dans la **gestion des urgences non vitales**. Elle permet notamment :

- **D'éviter le recours systématique aux services d'urgences hospitaliers**, souvent saturés.
- **D'assurer une première évaluation, une orientation adaptée et un traitement rapide** pour des cas moins graves.
- **De proposer une prise en charge à domicile**, évitant ainsi des hospitalisations inutiles.

2. Problématiques spécifiques en Martinique

- **Saturation chronique des urgences hospitalières**, due en partie à un recours fréquent pour des situations pouvant être traitées en médecine de ville.
- **Difficulté d'accès rapide à un médecin généraliste en dehors des horaires classiques**, ce qui pousse certains patients à se rendre directement aux urgences.
- **Manque de maisons médicales avec des horaires adaptés** (8h - 22h)
- **Manque de coordination entre la médecine de ville et les services hospitaliers**, notamment pour le suivi post-urgence.

3. Initiatives pour renforcer la médecine de ville face aux urgences

a) Maisons médicales de garde et permanences de soins

- Organisation de structures d'accueil en soirée, nuit et week-end, assurant une continuité des soins de proximité.
- Mise en place de plateformes de régulation téléphonique pour orienter rapidement les patients vers la médecine de ville.

b) Renforcement des réseaux de soins et des dispositifs de coordination

- Développement des réseaux de soins intégrés, impliquant médecins libéraux, services d'urgences, SAMU et structures sociales et micro-sociale .
- Utilisation d'outils numériques pour faciliter la transmission des informations entre acteurs.

c) Formation et sensibilisation

- Formation des professionnels de santé à la prise en charge des urgences en ville.
- Campagnes d'information auprès de la population sur les circuits de soins et les orientations.

4. Bénéfices attendus

- **Désengorgement des services d'urgences hospitaliers**, permettant une meilleure prise en charge des cas graves.
- **Amélioration de la qualité et de la rapidité des soins** pour les patients.
- **Optimisation des ressources du système de santé**, en évitant les hospitalisations et examens inutiles.
- **Meilleure satisfaction des patients**, grâce à une prise en charge de proximité.

5. Perspectives

- Encourager la mise en place de **maisons de santé pluridisciplinaires** intégrant un volet urgences mineures.
- Favoriser l'utilisation de la **télé médecine** pour des conseils rapides et une régulation efficace.
- Soutenir les professionnels de santé de ville par des mesures incitatives et une meilleure reconnaissance.

La médecine de ville constitue un maillon indispensable dans la chaîne de gestion des urgences en Martinique, en particulier pour les urgences non vitales. Son renforcement et sa meilleure intégration avec les services hospitaliers sont des leviers essentiels pour améliorer la fluidité du parcours patient et la qualité globale des soins.

Coordination entre les acteurs (hôpital, médecine de ville, médico-social)

1. Un enjeu clé pour un parcours de soins fluide et cohérent

La coordination entre les différents acteurs du système de santé est indispensable pour :

- Assurer la continuité et la cohérence des soins.
- Eviter les ruptures et les redondances dans le suivi des patients.
- Optimiser l'utilisation des ressources humaines et matérielles.
- Répondre efficacement aux besoins complexes, notamment des patients âgés, chroniques ou en situation de vulnérabilité.

En Martinique, où les problématiques de santé sont nombreuses (maladies chroniques, vieillissement de la population), cette coordination prend une importance d'autant plus grande.

2. Les acteurs concernés

- **Hôpital** : CHU, centres hospitaliers et la psychiatrie, services d'urgences, spécialistes.
- **Médecine de ville** : médecins généralistes, spécialistes libéraux, infirmiers, pharmaciens, kiné, ergothérapeute, etc.
- **Secteur médico-social** : services d'aide à domicile, établissements pour personnes âgées, centres de réadaptation, associations d'accompagnement social et sanitaire.

3. Freins à la coordination

- **Isolement et cloisonnement des pratiques** entre les différents secteurs.
- **Manque d'outils communs de communication et de partage d'informations**, notamment en matière de dossiers patients informatisés et plus accessibles par les professionnels de santé.
- **Absence ou insuffisance de dispositifs formels de coordination** (réunions, cellules de liaison).
- **Contraintes organisationnelles et administratives** complexes.
- **Différences culturelles et professionnelles** entre acteurs hospitaliers, libéraux et médico-sociaux.

4. Initiatives et dispositifs en place

- **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)** : regroupement des acteurs locaux pour organiser la coordination.
- **Dossier Médical Partagé (DMP)** : outil numérique facilitant le partage sécurisé des données médicales.
- **Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP)** et centres de santé : espaces physiques favorisant la collaboration interprofessionnelle.
- **Cellules de coordination hospitalière** : chargées d'assurer la continuité des soins à la sortie de l'hôpital.
- **Partenariats entre associations et établissements** pour accompagner les patients dans leur environnement : faire le bilan et l'évaluation

5. Perspectives d'amélioration

- Renforcer la **formation interprofessionnelle** pour développer une culture commune et améliorer les pratiques collaboratives.
- Développer des **protocoles et circuits de coordination clairs et partagés**.
- Investir dans les **technologies numériques** pour faciliter les échanges d'information en temps réel.
- Soutenir les **initiatives locales et innovantes** favorisant la coordination (réunions pluridisciplinaires, gestionnaires de cas).
- Promouvoir une **gouvernance territoriale inclusive** associant tous les acteurs.

La coordination entre hôpital, médecine de ville et secteur médico-social est un levier indispensable pour garantir une prise en charge globale, continue et adaptée aux besoins des patients en Martinique. Malgré les obstacles, des dispositifs existent et doivent être renforcés pour bâtir un système de santé plus intégré et efficient.

C. Facteurs socioculturels et économiques

Obstacles liés à la précarité et non-recours aux soins

1. La précarité, un facteur aggravant des inégalités de santé

En Martinique, la précarité socio-économique touche une part importante de la population. Elle se manifeste par :

- Faible revenu,
- Difficultés d'accès à un emploi stable,
- Logements précaires,
- Insécurité alimentaire,
- Difficultés de mobilité.
- Personnes en situation de précarité
- Personnes désocialisées

Cette situation a un impact direct sur l'état de santé des individus, en favorisant l'apparition ou l'aggravation de pathologies chroniques et en limitant l'accès aux soins.

2. Le non-recours aux soins : un phénomène préoccupant

Le non-recours aux soins correspond à la situation où une personne qui aurait besoin de soins ne les sollicite pas. En Martinique, plusieurs causes expliquent ce phénomène :

- **Difficultés financières**, même en présence d'une couverture sociale (coûts indirects comme transport, médicaments non remboursés).
- **Barrières culturelles et sociales**, avec une méfiance envers le système de santé ou une préférence pour des pratiques traditionnelles.
- **Problèmes d'accès géographique**, notamment pour les habitants des zones rurales ou isolées.
- **Complexité administrative**, décourageant les démarches pour obtenir des soins ou des aides.
- **Manque d'information et de sensibilisation** sur les droits et les dispositifs disponibles.

3. Conséquences du non-recours

- Aggravation des maladies par absence de diagnostic ou traitement précoce.
- Survenue de complications graves nécessitant des soins d'urgence plus coûteux.
- Dégradation de la qualité de vie et augmentation des inégalités sociales et sanitaires.
- Surcoût global pour le système de santé du fait des soins retardés ou inadéquats.

4. Actions et dispositifs pour lutter contre la précarité et le non-recours

- **Développement des centres de santé et maisons de santé pluridisciplinaires**, offrant des soins accessibles, adaptés et intégrés.
- **Mise en place de dispositifs de médiation sociale et de santé**, pour accompagner les personnes vulnérables dans leurs démarches.
- **Actions de sensibilisation et d'éducation à la santé** ciblées sur les populations précaires.
- **Simplification des démarches administratives** et accompagnement personnalisé.
- **Renforcement de la couverture complémentaire santé** (CMU-C, ACS).
- **Partenariat avec les associations locales** qui jouent un rôle crucial dans l'accès aux soins et la prévention.

5. Perspectives

- Adapter les politiques publiques aux réalités socio-économiques locales.
- Promouvoir une approche globale et territorialisée, intégrant santé, social, logement, et emploi.
- Encourager la participation des populations concernées dans la conception des actions.
- Favoriser l'innovation sociale et numérique pour lever les barrières d'accès.

La précarité et le non-recours aux soins constituent des freins majeurs à une prise en charge équitable et efficace en Martinique. Il est essentiel de développer des réponses adaptées, solidaires et inclusives pour garantir à tous un accès effectif à la santé.



Obstacles liés à l'information et à la prévention

1. Un défi majeur pour la santé publique

L'information et la prévention sont des piliers essentiels pour lutter contre les maladies, notamment les maladies chroniques (diabète, hypertension, obésité) qui sont très présentes en Martinique. Cependant, plusieurs obstacles limitent leur efficacité :

- Manque d'accès à une information claire, compréhensible et adaptée culturellement.
- Faible diffusion des messages de prévention dans certains territoires ou groupes sociaux.
- Difficultés à mobiliser les populations les plus vulnérables ou éloignées du système de santé.

2. Principaux obstacles

a) Barrières culturelles et linguistiques

- Diversité culturelle et linguistique (créole, français), qui peut compliquer la compréhension des messages sanitaires.
- Représentations traditionnelles de la santé et des maladies pouvant entrer en contradiction avec les recommandations médicales.
- Méfiance ou scepticisme envers les campagnes officielles, parfois perçues comme déconnectées du contexte local.

b) Inégalités d'accès à l'information

- Zones rurales ou défavorisées avec un accès limité aux médias, internet ou supports éducatifs.

- Faible niveau d'alphabétisation ou de santé, réduisant la capacité à comprendre et utiliser l'information reçue.

c) Insuffisances dans la prévention

- Programmes de prévention parfois peu adaptés aux spécificités culturelles et sociales martiniquaises.
- Ressources limitées pour déployer des actions de proximité.
- Manque de formation spécifique des professionnels de santé sur les techniques de communication et d'éducation à la santé.

3. Conséquences

- Retard dans le dépistage des maladies.
- Adoption insuffisante des comportements favorables à la santé (alimentation, activité physique, arrêt du tabac).
- Augmentation des facteurs de risque et des complications évitables.
- Charge accrue pour le système de santé.

4. Initiatives et pistes d'amélioration

- Développement de supports d'information bilingues (français-créole) et adaptés aux différents publics.
- Implication des **leaders communautaires, associations, et médiateurs de santé** pour relayer les messages.
- Utilisation des nouvelles technologies et réseaux sociaux pour toucher un public plus large.
- Formation des professionnels de santé à la communication interculturelle et à l'éducation thérapeutique.
- Mise en place de campagnes locales, régulières et ciblées sur les problématiques majeures.

5. Perspectives

- Concevoir une stratégie d'information et de prévention intégrée, participative et territorialisée.
- Associer les populations locales à la création des messages pour renforcer leur acceptabilité.
- Renforcer les partenariats entre institutions, collectivités, associations et professionnels.

Conclusion paritelle : Les obstacles liés à l'information et à la prévention constituent un frein important à la lutte contre les maladies et à l'amélioration de la santé en Martinique. Une approche adaptée, culturelle et inclusive est nécessaire pour dépasser ces barrières et promouvoir une santé durable pour tous.



A. Initiatives locales et innovations

Téléconsultation, santé mobile, centres de santé pluridisciplinaires

1. La téléconsultation : rapprocher les soins malgré la distance

La téléconsultation s'est développée en Martinique, notamment après la crise sanitaire du Covid-19, comme une solution efficace pour pallier :

- Le **manque de spécialistes locaux**, en permettant aux patients d'accéder à des consultations à distance avec des praticiens basés en métropole ou ailleurs.
- Les **délais d'attente importants** pour certains rendez-vous médicaux.
- La nécessité de **limiter les déplacements coûteux ou difficiles**, notamment pour les personnes âgées, isolées ou en situation de handicap.

Avantages

- Accessibilité accrue aux soins spécialisés.

- Réduction des évacuations sanitaires (EVASAN) vers l'Hexagone.
- Suivi facilité des maladies chroniques (diabète, hypertension, maladies respiratoires).
- Adaptation aux contraintes géographiques de l'île (zones rurales, reliefs).

Limites et défis

- Inégalités d'accès liées à la fracture numérique (absence ou faiblesse de connexion internet dans certaines zones).
- Difficulté pour certains patients, notamment les plus âgés, à utiliser les outils numériques.
- Nécessité d'un accompagnement humain et technique.

2. La santé mobile : des dispositifs itinérants pour toucher tous les publics

La santé mobile désigne des **unités mobiles, cliniques itinérantes ou équipes de professionnels de santé se déplaçant directement dans les quartiers, villages ou zones reculées**.

Objectifs

- Améliorer l'accès aux soins pour les populations isolées ou en précarité.
- Mener des actions de prévention, de dépistage (cancer, diabète, VIH) et de vaccination.
- Offrir des consultations et soins de base sans nécessité de déplacement.

Exemples concrets

- Bus santé équipés pour réaliser des consultations de médecine générale, infirmières, dépistages.
- Équipes mobiles intervenant dans les quartiers prioritaires ou auprès des personnes âgées, à profil psychanalytique plurifactoriel à domicile.

Bénéfices

- Réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins.
- Approche proactive et communautaire.
- Renforcement du lien entre professionnels de toutes disciplines et des populations.

3. Les centres de santé pluridisciplinaires (CSP) : un modèle coordonné de soins de proximité

Les centres de santé pluridisciplinaires regroupent plusieurs professionnels de santé (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, dentistes, psychologues, travailleurs sociaux) dans un même lieu.

Rôle en Martinique

- Offrir une **prise en charge globale et coordonnée** du patient, avec un suivi personnalisé.
- Favoriser la collaboration entre disciplines, pour mieux gérer les pathologies chroniques et prévenir les complications.
- Faciliter l'accès aux soins pour les populations défavorisées grâce à des tarifs adaptés et une meilleure organisation.

Atouts

- Diminution des passages inutiles aux urgences hospitalières.
- Amélioration du suivi médical grâce à une équipe soudée.
- Encouragement à la prévention et à l'éducation à la santé.

Défis

- Manque de centres suffisamment répartis sur le territoire.
- Difficultés de financement pérenne.
- Besoin d'une meilleure visibilité et d'information auprès du public.

La téléconsultation, la santé mobile et les centres de santé pluridisciplinaires représentent des solutions complémentaires, innovantes et adaptées aux spécificités de la Martinique. Elles permettent de réduire les inégalités d'accès aux soins, d'améliorer la coordination et la continuité des prises en charge, tout en s'adaptant aux contraintes géographiques et humaines du territoire. Leur développement et leur intégration dans la stratégie régionale de santé sont des leviers essentiels pour un système de santé plus efficace et équitable.

Rôles des associations et acteurs de terrain

1. Un maillage associatif dense et engagé

En Martinique, les associations jouent un rôle fondamental dans le soutien aux patients, la prévention, et la promotion de la santé, notamment face aux limites du système de soins officiel. Leur présence est particulièrement marquée dans les domaines suivants :

- **Accompagnement social et médico-social** des personnes en situation de précarité, handicap, ou dépendance.

- **Soutien psychologique et écoute** pour les malades chroniques, personnes âgées, ou victimes de pathologies lourdes.
- **Actions de prévention** sur des sujets comme le diabète, l'hypertension, le cancer, les addictions ou la santé mentale.
- **Organisation de campagnes d'information et de dépistage** gratuites dans les quartiers ou zones rurales.

2. Exemples concrets d'associations et leurs missions

a) Association de lutte contre le diabète

- Organise des ateliers éducatifs sur l'alimentation et l'activité physique,

- Propose des consultations collectives pour améliorer l'autogestion de la maladie,
- Travaille en collaboration avec les professionnels de santé pour faciliter le suivi des patients.

b) Groupes de soutien pour les malades du cancer

- Accueil et accompagnement psychologique des patients et de leurs familles,
- Aide au déplacement pour les soins et évacuations sanitaires,
- Organisation de séances de relaxation, ateliers créatifs, ou groupes de parole.

c) Associations de santé mentale

- Offrent un soutien aux personnes atteintes de troubles psychiques souvent stigmatisés,

- Mènent des actions de sensibilisation et de désigmatisation dans les écoles et les quartiers,
- Soutiennent les familles et proches aidants.

d) Actions de prévention communautaire

- Associations culturelles et sportives impliquées dans la promotion d'un mode de vie sain,
- Programmes éducatifs pour la jeunesse sur les risques liés au tabac, à l'alcool et aux drogues,
- Initiatives de dépistage du VIH et autres infections sexuellement transmissibles.

3. Le partenariat avec les institutions sanitaires

- De nombreuses associations travaillent en **complémentarité avec le CHU, les centres de santé, et l'ARS.**
- Participation à des programmes territoriaux de santé (ex : Plan régional de santé),
- Partage d'informations et orientation des patients vers les structures adaptées,
- Contribution à la **réduction des inégalités d'accès aux soins**, en particulier dans les zones rurales ou défavorisées.

4. Freins et limites rencontrés

- **Ressources financières limitées**, souvent dépendantes de subventions ponctuelles,
- Difficultés à professionnaliser certaines actions et à pérenniser les projets,
- Besoin de renforcer la formation des bénévoles pour assurer une qualité d'accompagnement,
- Parfois, manque de reconnaissance officielle ou de coordination avec les structures sanitaires.

5. Perspectives d'amélioration

- Consolider les partenariats entre associations et acteurs institutionnels,
- Favoriser la mutualisation des ressources et la mise en réseau des associations,
- Soutenir la formation continue des bénévoles et salariés associatifs,
- Intégrer davantage les associations dans les dispositifs territoriaux de santé et dans la gouvernance locale.

Les associations en Martinique constituent un maillon essentiel du système de santé, notamment pour compenser les failles du secteur officiel et toucher des populations vulnérables ou isolées. Leur rôle social, éducatif et d'accompagnement est irremplaçable pour une prise en charge globale, humaine et adaptée aux besoins spécifiques du territoire. Leur soutien accru et leur meilleure intégration dans les politiques publiques sont des enjeux majeurs pour renforcer l'efficacité et l'équité du système de soins.

Projets pilotes (ex. CPTS, DAC, réseaux de soins)

1. Contexte des projets pilotes

Face aux multiples défis que rencontre la prise en charge des patients en Martinique — déficit de spécialistes, vieillissement des infrastructures, manque de moyens — plusieurs acteurs publics et privés ont

lancé des projets pilotes visant à expérimenter des solutions innovantes. Ces initiatives sont souvent soutenues par l'Agence Régionale de Santé (ARS), le CHU ou des partenaires associatifs.

2. Exemples de projets pilotes innovants

a) Déploiement de la télémédecine

- **Description** : Utilisation de la téléconsultation pour permettre aux patients d'accéder à des spécialistes basés en métropole ou dans d'autres territoires d'Outre-mer.
- **Objectifs** : Réduire les délais d'attente, limiter les évacuations sanitaires (EVASAN), améliorer le suivi des patients chroniques.
- **Résultats** : Depuis 2022, plusieurs centres hospitaliers et maisons de santé pluridisciplinaires ont intégré la télémédecine pour la cardiologie, la dermatologie, et la psychiatrie, avec un impact positif sur la prise en charge et la satisfaction des patients.

b) Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) expérimentale à Fort-de-France

- **Description** : Regroupement de médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes et travailleurs sociaux dans un même lieu pour favoriser la coordination des soins.
- **Objectifs** : Améliorer l'accès aux soins primaires, faciliter le parcours patient, promouvoir la prévention et le suivi des maladies chroniques.
- **Résultats** : Cette MSP a permis de diminuer les consultations aux urgences pour des motifs non

urgents et d'augmenter le taux de suivi des patients diabétiques.

c) Programme de formation continue en e-learning pour les professionnels

- **Description** : Plateforme numérique locale permettant aux médecins et paramédicaux de suivre des formations à distance, adaptées aux spécificités du territoire.
- **Objectifs** : Réduire l'isolement professionnel, actualiser les compétences, favoriser l'attractivité.
- **Résultats** : Plus de 200 professionnels inscrits depuis 2023, avec une meilleure intégration des pratiques recommandées.

d) Projet d'un pôle de coordination gériatrique

- **Description** : Mise en place d'une structure coordonnant les interventions des différents acteurs (hôpital, médecine de ville, services sociaux) autour de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.
- **Objectifs** : Limiter les hospitalisations évitables, améliorer la qualité de vie des patients, optimiser l'utilisation des ressources.
- **Résultats attendus** : Lancement prévu fin 2025, suivi et évaluation en cours.

3. Facteurs de succès et limites

- **Facteurs de succès** : Forte implication des acteurs locaux, soutien de l'ARS, utilisation adaptée des technologies, formation et communication.

- **Limites** : Financements souvent temporaires, difficulté à pérenniser certains dispositifs, besoins d'adaptation aux réalités socio-culturelles, fracture numérique chez certains patients.

4. Perspectives et recommandations

- Renforcer le soutien institutionnel pour généraliser les initiatives efficaces,
- Encourager la collaboration entre acteurs publics, privés et associatifs,
- Intégrer les projets pilotes dans une stratégie globale de transformation du système de santé,
- Assurer une évaluation rigoureuse pour adapter les projets en continu.

Les projets pilotes représentent des leviers prometteurs pour moderniser la prise en charge des patients en Martinique, en adaptant les solutions aux spécificités locales. Leur succès dépend cependant d'un engagement durable des autorités, d'une coordination renforcée et d'une appropriation par l'ensemble des professionnels et usagers du système de santé.

B. Renforcement de la coordination et de l'attractivité

Recrutement et fidélisation des professionnels

1. Un manque criant de professionnels disponibles

La Martinique fait face à une **pénurie structurelle de professionnels de santé**, aggravée par le vieillissement de la population médicale, les départs à la retraite non remplacés, et le manque d'attractivité du territoire.

- En 2024, près de **45 % des médecins généralistes et plus de 50 % des spécialistes** en exercice ont plus de 55 ans.

- Le **turn-over est élevé**, notamment dans les hôpitaux publics où les conditions de travail sont souvent jugées éprouvantes.
- Dans le secteur libéral, certaines zones de l'île sont **classées en « zones sous-denses »** par l'ARS, car aucun nouveau médecin ne s'y installe.

2. Causes du manque d'attractivité du territoire

Plusieurs facteurs découragent les professionnels de santé, qu'ils soient jeunes diplômés ou expérimentés :

a) Isolement géographique et contraintes personnelles

- Éloignement de la métropole et de la famille pour les soignants originaires de l'Hexagone.
- Difficultés d'adaptation pour les conjoints (emploi, logement, scolarité des enfants).
- Coût de la vie plus élevé dans certains secteurs.

b) Conditions de travail difficiles

- Locaux vétustes, matériel obsolète, surcharge de travail dans les hôpitaux,

- Manque de personnel de soutien (infirmiers, aides-soignants), entraînant une charge mentale et physique importante,
- Faiblesse des structures d'accueil et de soutien à l'installation.

c) Risque d'isolement professionnel

- Peu de possibilités de formation continue locale ou d'évolution de carrière,
- Manque de réseau ou de collègues dans certaines spécialités isolées,
- Faible accès à la recherche, à l'enseignement universitaire ou à la multidisciplinarité.

3. Difficultés spécifiques à la fidélisation

Même lorsqu'un recrutement aboutit, **la fidélisation reste problématique** :

- De nombreux professionnels ne restent que **quelques mois ou quelques années**, avant de repartir vers la métropole ou de changer de structure.
- Certains soignants en poste évoquent une **perte de sens** dans leur travail du fait du manque de moyens, de reconnaissance ou de stabilité organisationnelle.
- Le **recours aux contractuels et aux intérimaires** est fréquent, en particulier à l'hôpital, mais n'assure pas une continuité de prise en charge satisfaisante.

4. Conséquences sur la prise en charge des patients

- Disparités territoriales : certaines communes n'ont **aucun spécialiste ou médecin libéral**.
- Délais d'attente allongés, en particulier en chirurgie, médecine spécialisée et psychiatrie.
- Rupture de suivi médical, notamment pour les maladies chroniques.
- Épuisement des équipes en poste, avec des conséquences en cascade sur la qualité des soins.

5. Pistes pour renforcer le recrutement et la fidélisation

a) *Rendre le territoire plus attractif*

- Primes d'installation ou de mobilité,
- Mise à disposition de logements à l'arrivée,
- Facilités pour le conjoint (emploi, crèches, scolarité),
- Accompagnement administratif personnalisé à l'installation.

b) *Renforcer la formation locale*

- Augmentation des **postes d'internat** en Martinique dans toutes les spécialités,
- Création de **filières universitaires et de recherche** au sein du CHU pour permettre un ancrage durable,
- Développement de **contrats d'engagement de service public** en lien avec la formation locale (bourses contre engagement de service).

c) *Améliorer les conditions de travail*

- Modernisation des équipements et infrastructures,
- Allègement des charges administratives,
- Soutien psychologique et organisationnel pour éviter le burn-out.

d) *Encourager l'exercice mixte et en équipe*

- Développement de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP),
- Mise en réseau des professionnels via les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS),
- Valorisation du travail collaboratif et du temps médical partagé (ville-hôpital).

Le recrutement et la fidélisation des professionnels de santé en Martinique sont aujourd'hui des leviers essentiels pour redresser durablement le système de soins. Sans action volontariste, les efforts d'investissement matériel ou de réforme organisationnelle resteront insuffisants. Seule une stratégie globale, intégrant des incitations, un accompagnement humain fort et un renouveau de la formation locale, permettra de garantir une prise en charge stable, continue et équitable pour tous les Martiniquais.

Formation continue et coopération interprofessionnelle

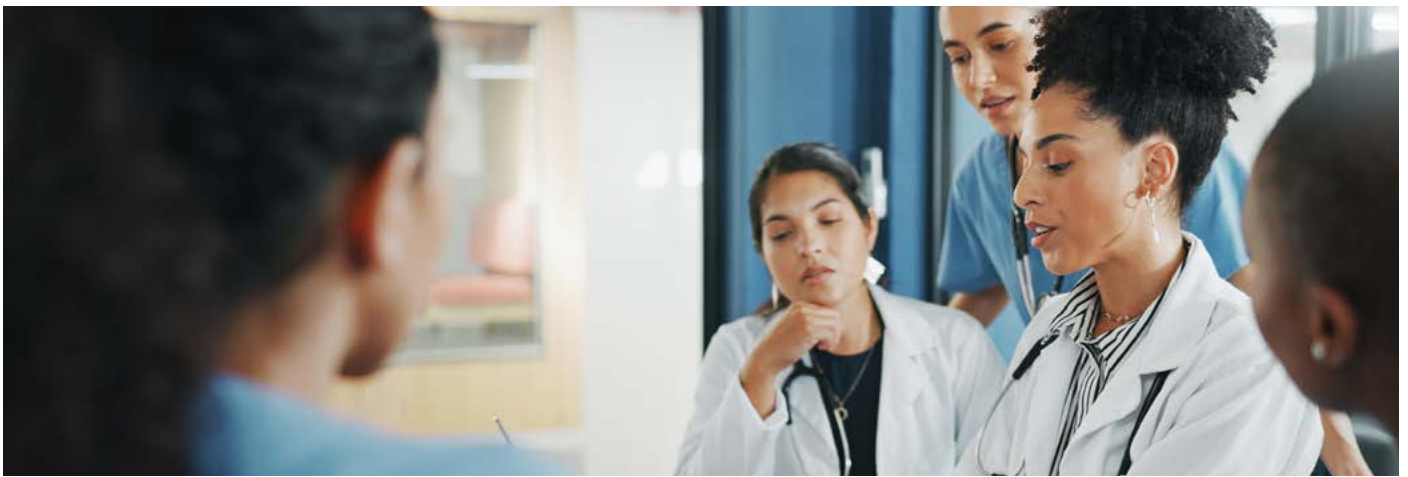
1. Formation continue : un enjeu crucial pour maintenir et améliorer les compétences

Dans un contexte médical en constante évolution, la **formation continue** des professionnels de santé est indispensable pour :

- Mettre à jour les connaissances médicales et technologiques.
- S'adapter aux nouvelles pratiques et recommandations.
- Répondre aux spécificités sanitaires et culturelles locales de la Martinique.
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Enjeux spécifiques en Martinique

- Combler les **lacunes liées à l'isolement géographique** qui limite l'accès à certaines formations.
- Favoriser la formation sur les pathologies **prévalentes localement** (diabète, maladies cardiovasculaires, maladies tropicales).
- Intégrer la dimension interculturelle et la prise en compte des réalités sociétales martiniquaises.



2. Coopération interprofessionnelle : un levier pour une prise en charge coordonnée

La **coopération entre différents professionnels de santé** (médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues, etc.) est essentielle pour :

- Garantir la continuité et la cohérence des soins.
- Favoriser une approche globale et centrée sur le patient.
- Optimiser l'utilisation des ressources humaines et matérielles.

- Réduire les redondances et erreurs.

Modèles et initiatives

- Développement des équipes pluridisciplinaires en centres de santé et maisons de santé.
- Réunions de concertation multidisciplinaires pour la gestion des cas complexes.
- Utilisation d'outils numériques partagés facilitant la communication (dossiers médicaux électroniques).

3. Synergie entre formation continue et coopération interprofessionnelle

- Organisation de **formations interprofessionnelles** permettant aux différents acteurs de mieux se connaître, comprendre leurs rôles et développer des pratiques collaboratives.

- Promotion de la **formation en situation réelle** au sein d'équipes pluridisciplinaires.
- Renforcement des compétences en communication, gestion des conflits et travail d'équipe.

4. Défis et recommandations

- Nécessité d'**investissements financiers** pour financer des programmes de formation adaptés et accessibles.
- Besoin d'une **organisation flexible** permettant aux professionnels en exercice de se former sans interrompre leur activité.
- Importance de valoriser la coopération dans les **systèmes de rémunération et de reconnaissance**.
- Encouragement à la mise en place d'une **culture commune et d'objectifs partagés** au sein des équipes.

La formation continue et la coopération interprofessionnelle sont des piliers fondamentaux pour relever les défis sanitaires de la Martinique. En renforçant les compétences et la collaboration entre professionnels, elles permettent d'offrir aux patients une prise en charge plus efficace, cohérente et adaptée à leurs besoins.

Amélioration du lien ville-hôpital

1. Le contexte et les enjeux

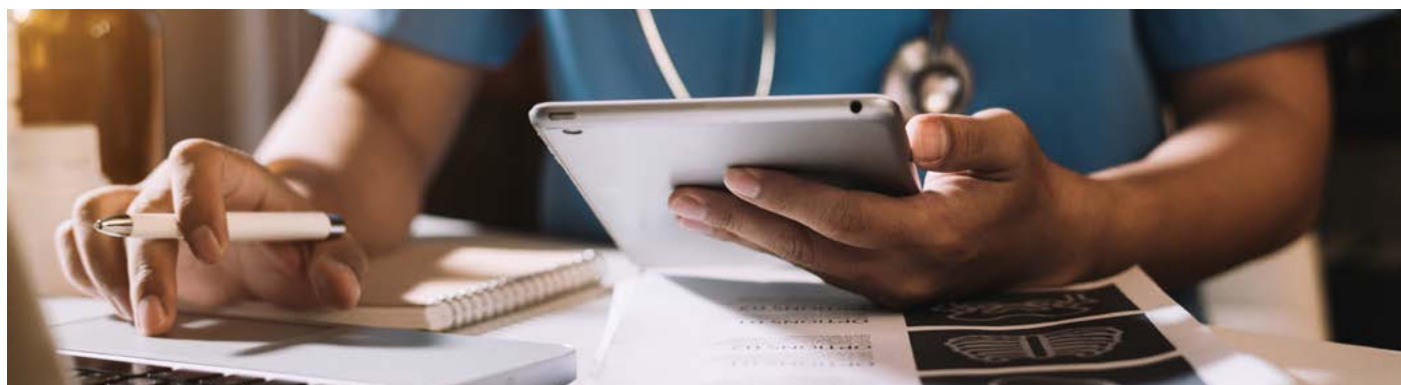
En Martinique, comme dans beaucoup de territoires insulaires et périphériques, le système de santé est souvent fragmenté entre :

- La **ville**, où exercent principalement les médecins généralistes, spécialistes libéraux, pharmacies et autres acteurs de santé de proximité.
- L'**hôpital**, public (CHU) ou privé, qui concentre les soins spécialisés, urgences, hospitalisations et certaines expertises.

Cette séparation engendre souvent des ruptures dans le parcours patient, des redondances d'exams, des pertes d'informations, et parfois des difficultés de coordination.

2. Les freins à un lien ville-hôpital efficace

- **Communication insuffisante** entre professionnels de santé des deux secteurs, avec peu d'outils partagés.
- **Manque de coordination autour du patient**, notamment dans le suivi des maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, pathologies respiratoires).
- **Différences organisationnelles et culturelles** entre hôpital et libéraux.
- **Difficultés liées à la gestion administrative**, aux échanges sécurisés de données médicales, et à la continuité des soins à la sortie de l'hôpital.



3. Initiatives et dispositifs pour renforcer le lien

a) Dossier Médical Partagé (DMP) et outils numériques

- Mise en place progressive du DMP en Martinique pour permettre le partage sécurisé des informations de santé entre médecins, hôpital, pharmacies.
- Développement d'applications et plateformes numériques facilitant la communication et le suivi.

b) Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

- Regroupement des professionnels de santé de ville, hôpital, et médico-social autour d'un projet territorial commun.
- Objectifs : coordination des soins, organisation des parcours, actions de prévention et de formation continue.

- Plusieurs CPTS sont actives en Martinique, travaillant notamment sur la gestion des maladies chroniques.

c) Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) et centres de santé

- Elles jouent un rôle de relais entre ville et hôpital en assurant un suivi rapproché des patients, une coordination des soins et une meilleure orientation.

d) Cellules de liaison hospitalière

- Structures chargées d'assurer le suivi des patients sortants, en lien avec les médecins traitants.
- Organisation de réunions de concertation multidisciplinaires entre ville et hôpital.

4. Bénéfices attendus

- **Amélioration de la qualité et de la continuité des soins**, évitant les ruptures de suivi.
- **Réduction des hospitalisations évitables et des réadmissions**.
- **Meilleure gestion des urgences**, avec un filtrage plus pertinent.
- **Satisfaction accrue des patients**, qui bénéficient d'un parcours fluide et coordonné.

5. Perspectives et recommandations

- Poursuivre le déploiement et l'appropriation des outils numériques et du DMP.
- Renforcer la formation et les échanges entre professionnels des deux secteurs.
- Soutenir les CPTS et MSP par des financements adaptés et un accompagnement institutionnel.
- Encourager la co-construction de parcours personnalisés centrés sur le patient.
- Favoriser la remontée des retours d'expérience pour améliorer en continu les dispositifs.

Le renforcement du lien entre la ville et l'hôpital en Martinique est un facteur déterminant pour garantir une prise en charge efficace, continue et centrée sur le patient. En facilitant la communication, la coordination et le partage d'informations, les dispositifs actuels et futurs doivent permettre de dépasser les barrières historiques, améliorer la qualité des soins, et optimiser les ressources du système de santé.

C. Recommandations stratégiques

Importance de l'intégration des patients dans leur parcours de soins

1. Un patient acteur de sa santé : une évolution nécessaire

L'intégration du patient dans son parcours de soins consiste à **le rendre acteur et partenaire de sa prise en charge**, plutôt que simple bénéficiaire passif. Cette approche favorise :

- La compréhension de sa maladie,
- L'adhésion aux traitements,

- La responsabilisation dans la gestion de sa santé au quotidien.

En Martinique, où la prévalence des maladies chroniques (diabète, hypertension, maladies cardiovasculaires) est élevée, l'engagement du patient est d'autant plus crucial pour prévenir les complications.

2. Les bénéfices d'un parcours centré sur le patient

- **Amélioration de la qualité des soins** grâce à une meilleure communication entre patient et professionnels de santé.
- **Réduction des erreurs médicales** et des hospitalisations évitables.
- **Renforcement de la motivation et de l'observance thérapeutique**, ce qui est déterminant dans les maladies chroniques.
- **Satisfaction accrue des patients**, qui se sentent écoutés, respectés et impliqués.
- **Optimisation des ressources médicales**, car un patient informé et engagé utilise mieux le système de santé.

3. Moyens pour favoriser l'intégration des patients

a) Éducation thérapeutique

- Programmes adaptés pour informer les patients sur leur maladie, les traitements, et les gestes à adopter.
- Ateliers collectifs, consultations dédiées, supports pédagogiques en créole et français.

b) Communication renforcée

- Encourager le dialogue clair et bienveillant entre soignants et patients.
- Utilisation de supports numériques (applications mobiles, plateformes d'échange) pour un suivi personnalisé.

c) Implication dans les décisions

- Prise en compte des préférences et des contraintes du patient dans les choix thérapeutiques.
- Promotion du consentement éclairé.

d) Soutien et accompagnement

- Implication des proches, aidants et associations dans le parcours de soins.
- Services de coordination pour faciliter les rendez-vous, les examens et le suivi.

4. Défis spécifiques en Martinique

- **Barrières culturelles et linguistiques** pouvant limiter la compréhension.
- **Inégalités d'accès à l'information et aux outils numériques.**
- **Résistance parfois observée chez certains patients, liée à des représentations traditionnelles ou à un manque de confiance.**
- **Nécessité d'adapter les outils et messages aux réalités locales.**

5. Perspectives d'amélioration

- Développer des programmes d'éducation thérapeutique adaptés aux spécificités culturelles martiniquaises.
- Former les professionnels à la communication interculturelle et à l'écoute active.
- Favoriser l'utilisation d'outils numériques accessibles, simples et inclusifs.
- Encourager la participation des patients dans les instances de gouvernance sanitaire.

L'intégration des patients dans leur parcours de soins est une clé majeure pour un système de santé plus efficace, humain et durable en Martinique. Elle nécessite un engagement partagé des professionnels, des institutions et des patients eux-mêmes, dans un dialogue continu et respectueux des contextes culturels locaux.

Politiques publiques à renforcer

1. Renforcement des politiques de santé territoriale et coordination

- **Développer et soutenir les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)** et les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) pour une meilleure coordination ville-hôpital et une prise en charge globale des patients.
- **Promouvoir les parcours de soins intégrés**, notamment pour les maladies chroniques (diabète, hypertension, maladies cardiovasculaires).
- **Mettre en place des dispositifs territoriaux de prévention et d'éducation à la santé** adaptés aux spécificités socioculturelles martiniquaises.

2. Amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des professionnels de santé

- **Renforcer les incitations à l'installation**, par des aides financières, logistiques et sociales (logement, intégration familiale, soutien administratif).
- **Développer la formation locale**, en augmentant les postes d'internat et en créant des spécialités médicales adaptées au territoire.
- **Encourager le recours à des contrats d'engagement de service public** pour garantir une présence durable des soignants.
- **Améliorer les conditions de travail dans les établissements de santé**, avec une meilleure dotation en moyens humains et matériels.

3. Modernisation et investissement dans les infrastructures et les équipements

- **Plan de rénovation des hôpitaux et centres de santé**, avec priorité sur la sécurité, l'accessibilité et la technologie médicale.
- **Déploiement de la télémédecine et des outils numériques**, avec un accompagnement des patients et professionnels pour lever les freins techniques.
- **Soutenir la création de centres de santé mobiles et itinérants** pour couvrir les zones isolées.

4. Renforcement des politiques de prévention et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales

- **Programmes ciblés de prévention des pathologies majeures** (diabète, hypertension, cancers) avec une approche communautaire.
- **Actions spécifiques pour les populations vulnérables** : personnes âgées, précaires, zones rurales.
- **Développement des campagnes d'information multilingues et culturellement adaptées.**

5. Soutien aux acteurs associatifs et au secteur médico-social

- **Reconnaissance et financement pérenne des associations** intervenant dans le domaine de la santé.
- **Développement de partenariats institutionnels pour une meilleure intégration des acteurs associatifs** dans les politiques de santé.
- **Formation et professionnalisation des bénévoles et travailleurs sociaux.**

6. Optimisation des évacuations sanitaires (EVASAN)

- **Réduction de la nécessité d'évacuation par un renforcement des spécialités locales** et l'usage accru de la télémédecine.
- **Amélioration de la gestion administrative et logistique des EVASAN**, pour diminuer les délais et les coûts.

7. Renforcement de la gouvernance et des dispositifs d'évaluation

- **Mise en place d'un pilotage régional renforcé**, avec une coordination entre ARS, CHU, collectivités territoriales, et acteurs de santé.
- **Encouragement à l'innovation par des appels à projets et l'expérimentation de nouveaux modèles de prise en charge.**
- **Suivi régulier des indicateurs de qualité, d'accès aux soins, et de satisfaction des patients.**

Pour relever les défis spécifiques de la Martinique, il est essentiel que les politiques publiques soient à la fois ambitieuses, coordonnées et adaptées aux réalités locales. Le renforcement des dispositifs territoriaux, l'investissement humain et matériel, la prévention active, ainsi que la valorisation des acteurs de terrain constituent les piliers indispensables d'une stratégie durable pour améliorer la prise en charge des patients sur l'île.

SYNTHÈSE DES CONSTATS SUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN MARTINIQUE

1. Vieillesse des infrastructures hospitalières

Les établissements de santé en Martinique souffrent d'un vieillissement important, limitant leur capacité à répondre efficacement aux besoins croissants de la population et nécessitant des rénovations et modernisations urgentes.

2. Déficit en spécialités médicales

La Martinique connaît une pénurie de spécialistes, ce qui allonge les délais d'attente pour les consultations et oblige souvent à recourir à l'évacuation sanitaire vers l'Hexagone.

3. Manque de moyens humains et matériels

Les établissements font face à un sous-effectif chronique de professionnels de santé (infirmiers, aides-soignants, etc.) et à un équipement insuffisant, ce qui affecte la qualité et la continuité des soins.

4. Difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels de santé

Les conditions de travail, l'isolement, et le manque d'incitations freinent l'installation et la rétention des médecins et autres soignants en Martinique.

5. Délais d'attente importants et désorganisation du parcours patient

Les patients subissent souvent des retards pour accéder aux soins, aggravés par une mauvaise coordination entre acteurs et une fragmentation des parcours.

6. Recours fréquent aux urgences pour des soins non urgents

La médecine de ville ne parvient pas toujours à absorber la demande, ce qui surcharge les services d'urgences hospitaliers.

7. Coordination insuffisante entre hôpital, médecine de ville et secteur médico-social

Le cloisonnement des secteurs limite la continuité et la cohérence des soins, avec un manque d'outils et de dispositifs de coordination efficaces.

8. Précarité et non-recours aux soins

Une part importante de la population, souvent en situation socio-économique précaire, rencontre des obstacles financiers, culturels et géographiques à l'accès aux soins, ce qui conduit à un non-recours préjudiciable à leur santé.

9. Obstacles liés à l'information et à la prévention

Les barrières culturelles, linguistiques et socio-économiques limitent l'efficacité des campagnes de prévention et la compréhension des messages sanitaires, freinant l'adoption de comportements favorables à la santé.

10. Initiatives pilotes et innovations

Des projets tels que la télémédecine, les maisons de santé pluridisciplinaires, et les communautés professionnelles territoriales de santé ont été mis en place pour tenter de pallier certains de ces problèmes, mais restent à généraliser et renforcer.

La prise en charge des patients en Martinique est confrontée à des défis multidimensionnels liés aux ressources humaines et matérielles, à l'organisation des soins, et aux inégalités sociales. Pour améliorer la situation, il est nécessaire de renforcer la coordination entre acteurs, moderniser les infrastructures, développer l'offre spécialisée, faciliter l'accès aux soins pour les populations précaires, et adapter les stratégies d'information et de prévention aux réalités locales.

RÉPONSES À LA PROBLÉMATIQUE

1. Renforcement des ressources humaines et matérielles

Préconisation n°1 : Recruter et fidéliser les professionnels de santé grâce à des incitations financières, une meilleure qualité de vie au travail, et des parcours de formation attractifs (stages, spécialités locales).

Préconisation n°2 : Moderniser et rénover les infrastructures hospitalières pour répondre aux normes actuelles et aux besoins croissants.

Préconisation n°3 : Investir dans l'équipement médical afin de permettre des diagnostics et traitements sur place, réduisant ainsi le recours aux évacuations sanitaires.

2. Développement et valorisation de la médecine de ville

Préconisation n°4 : Renforcer la permanence des soins en médecine de ville, notamment par la création de maisons médicales de garde et la promotion des centres de santé pluridisciplinaires.

Préconisation n°5 : Améliorer la coordination avec les services d'urgences pour diminuer la saturation hospitalière.

Préconisation n°6 : Encourager la télémédecine pour faciliter l'accès aux spécialistes et le suivi des patients.

3. Amélioration de la coordination entre les acteurs

Préconisation n°7 : Mettre en place des dispositifs formels de coordination (CPTS, cellules de liaison, protocoles partagés).

Préconisation n°8 : Développer des outils numériques de partage d'informations (Dossier Médical Partagé).

Préconisation n°9 : Favoriser la coopération interprofessionnelle par des formations communes et des réunions pluridisciplinaires.

4. Lutte contre la précarité et le non-recours aux soins

Préconisation n°10 : Simplifier les démarches administratives et renforcer l'accompagnement social et sanitaire des patients vulnérables.

Préconisation n°11 : Développer des actions de prévention et d'éducation à la santé ciblées sur les populations précaires.

Préconisation n°12 : Renforcer la couverture sociale complémentaire pour réduire les obstacles financiers.

5. Adaptation des stratégies d'information et de prévention

Préconisation n°13 : Créer des supports d'information adaptés culturellement et linguistiquement (français-créole).

Préconisation n°14 : Impliquer les acteurs locaux et les associations dans la diffusion des messages.

Préconisation n°15 : Utiliser les nouvelles technologies et médias sociaux pour toucher toutes les couches de la population.

6. Intégration du patient dans son parcours de soins

Préconisation n°16 : Promouvoir l'éducation thérapeutique et la responsabilisation des patients.

Préconisation n°17 : Faciliter l'accès à l'information sur leurs droits et les dispositifs existants.

Préconisation n°18 : Encourager le dialogue entre patients et professionnels de santé pour une meilleure adhésion aux traitements.

Pour améliorer la prise en charge des patients en Martinique, il est essentiel d'adopter une approche globale et intégrée, combinant renforcement des ressources, coordination efficace, lutte contre les inégalités, et adaptation culturelle. Ces réponses doivent être portées par une volonté politique forte et un engagement de tous les acteurs du territoire.



LIMITES DE L'ÉTUDE

1. Limitation géographique

Cette étude porte exclusivement sur la Martinique, ce qui limite la généralisation des résultats à d'autres territoires, notamment métropolitains ou autres départements d'outre-mer, dont les contextes socio-économiques et sanitaires peuvent différer.

2. Disponibilité et qualité des données

Les données démographiques, épidémiologiques et organisationnelles peuvent être parfois incomplètes, obsolètes ou peu détaillées, ce qui restreint la précision de certains constats et analyses.

3. Diversité des acteurs et pratiques

La complexité et la diversité des acteurs de santé (public, privé, associatif) rendent difficile une analyse exhaustive et homogène de la coordination et des pratiques de soins.

4. Temporalité de l'étude

Les dynamiques organisationnelles et les projets pilotes évoluent rapidement, ce qui peut rendre certaines observations temporaires ou partielles au moment de la rédaction.

5. Facteurs socio-culturels complexes

Les influences culturelles, linguistiques et sociales sur la santé et l'accès aux soins sont nombreuses et parfois difficiles à quantifier ou à appréhender pleinement dans le cadre d'une étude documentaire.

6. Non-inclusion de certains groupes

Certaines populations spécifiques, comme les personnes en situation de grande précarité, les populations isolées, ou celles relevant de médecines alternatives, peuvent être sous-représentées dans les sources disponibles.

7. Limites méthodologiques

Selon la méthodologie employée (revue documentaire, entretiens, enquêtes), des biais liés à la sélection des sources ou des répondants peuvent exister.

Ces limites appellent à une lecture prudente des résultats et encouragent à compléter cette étude par des recherches complémentaires, notamment des enquêtes de terrain ou des évaluations plus approfondies.

PISTES DE RECHERCHE OU D'ACTION FUTURES

1. Évaluation des dispositifs existants

- Étudier l'efficacité des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) en Martinique.
- Analyser l'impact de la télémédecine sur l'accès aux soins spécialisés et la réduction des évacuations sanitaires.
- Évaluer les dispositifs de médiation sanitaire et leur rôle dans la réduction du non-recours aux soins.

2. Amélioration de la coordination des soins

- Développer des projets pilotes pour tester des outils numériques de coordination adaptés aux réalités locales.
- Mettre en place des programmes de formation interprofessionnelle visant à renforcer la collaboration entre hôpital, médecine de ville et médico-social.
- Étudier les freins et leviers culturels et organisationnels à la coordination entre acteurs.



3. Approches innovantes en prévention et éducation à la santé

- Concevoir et tester des campagnes d'information bilingues (français/créole) intégrant les spécificités culturelles.
- Explorer l'usage des technologies mobiles et réseaux sociaux pour promouvoir la prévention auprès des jeunes et des populations éloignées.
- Étudier l'efficacité de programmes d'éducation thérapeutique adaptés aux maladies chroniques prévalentes en Martinique.

4. Réduction des inégalités d'accès aux soins

- Identifier les zones géographiques et populations les plus vulnérables pour un ciblage précis des interventions.
- Développer des actions de terrain avec les associations locales pour accompagner les populations précaires.
- Tester des dispositifs d'accompagnement personnalisé pour faciliter les démarches administratives et l'accès aux droits.

5. Renforcement des ressources humaines

- Étudier les facteurs motivant l'installation et la fidélisation des professionnels de santé en Martinique.
- Proposer des modèles de formation et d'attractivité adaptés au contexte insulaire.
- Évaluer les impacts de la délégation de tâches (infirmiers, assistants médicaux) pour pallier le manque de médecins.

6. Optimisation du parcours patient

- Cartographier et analyser les parcours de soins pour identifier les points de blocage et les opportunités d'amélioration.
- Expérimenter des dispositifs de gestion de cas pour les patients chroniques ou fragiles.
- Développer des outils d'aide à la décision pour mieux gérer les délais d'attente et prioriser les prises en charge.
- De nombreux patients venant de l'hexagone ne peuvent être pris en charge à cause de la complexité des rendez-vous et du manque de place (dialyse, etc.).

CONCLUSION

Ces pistes de recherche et d'action offrent un cadre pour une approche systémique et innovante de la prise en charge en Martinique. Elles permettent d'envisager des solutions adaptées aux réalités locales tout en favorisant la collaboration entre tous les acteurs de santé.

La prise en charge des patients en Martinique se heurte à de nombreux défis structurels, organisationnels et sociaux. Le vieillissement des infrastructures hospitalières, le déficit en spécialistes, le manque de moyens humains et matériels, ainsi que les difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels de santé limitent considérablement la qualité et l'efficacité des soins. Par ailleurs, la précarité de certains segments de la population, associée au non-recours aux soins et aux obstacles liés à l'information et à la prévention, contribue à creuser les inégalités en matière de santé.

Cependant, des initiatives prometteuses, telles que la télémédecine, les maisons de santé pluridisciplinaires et les communautés professionnelles territoriales de santé, commencent à renforcer la coordination entre acteurs et à améliorer l'accès aux

soins. La mobilisation des associations locales et le développement de dispositifs adaptés au contexte culturel martiniquais sont également des leviers essentiels pour avancer.

Pour répondre efficacement aux besoins spécifiques du territoire, il est nécessaire d'adopter une approche globale, intégrée et participative, qui articule modernisation des infrastructures, renforcement des ressources humaines, amélioration de la coordination intersectorielle, et lutte contre les déterminants sociaux de la santé. L'intégration active des patients dans leur parcours de soins et la sensibilisation à la prévention sont aussi des éléments clés pour bâtir un système de santé plus équitable et performant.

Ainsi, la Martinique peut espérer évoluer vers un modèle de prise en charge plus adapté, qui répond aux réalités locales tout en s'appuyant sur les avancées technologiques et organisationnelles. Ce document ouvre la voie à des recherches complémentaires et à la mise en œuvre d'actions concrètes visant à transformer durablement le paysage sanitaire de l'île.



Autres projets susceptibles de vous intéresser

[Note informative] **La santé mentale : l'objectif d'une vie équilibrée**

Publié le :
10/06/24



[Rapport] **Les pollutions chimiques en Martinique**

Publié le :
25/04/24



[Rapport] **Réflexion sur la pratique et les lieux de la marche santé en Martinique**

Publié le :
06/02/24



[Étude] **RETEX Covid-19 : Freins et résistances à la vaccination à la Martinique**

Publié le :
29/03/23



PAGE DE NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

PAGE DE NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



CÉSECÉM



LE CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL,
ENVIRONNEMENTAL, DE LA CULTURE
ET DE L'ÉDUCATION DE MARTINIQUE

www.cesecem.mq

