

Extrait du site UGTG.org

url : <http://ugtg.org/spip.php?article547>

La santé dans les colonies françaises d'Amérique

- La Guadeloupe - Social - Economie -

Date de parution : 29 novembre 1999

Date de mise en ligne : samedi 6 décembre 2008

Mis à jour le : vendredi 12 décembre 2008

UGTG.org

 « Les  les de la Guadeloupe et de la Martinique dans les Petites Antilles, et la Guyane Française, située sur la côte septentrionale de l Europe d'Amérique du Sud entre le Surinam et le Brésil, sont les trois Départements d Europe d'Outre Mer français dans la Région des Amériques.

Ils font partie integrante de la France depuis 1946. En dépit de leur distance géographique de la France, leur organisation politique et administrative en départements et régions coïncide avec celle du reste de la France.à »

 « CONTEXTE GÉNÉRAL ET D T RMINANTS DE LA SANTÉ »

[\[JPEG\]](#) Avec une superficie de 1 703 km², l archipel de la Guadeloupe est la plus grande des deux  les. En plus de la Guadeloupe proprement dite, en fait deux îlots séparés, Basse-Terre et Grande-Terre, coupés en deux par un chenal maritime, elle comporte aussi les îles de Marie-Galante, les Saintes, La Désirade, Saint-Barth my, et la partie française de St Martin. La Martinique couvre une surface de 1 128 km², et la Guyane française 83 534 km².

La Martinique et la Guadeloupe jouissent d un climat tropical, tempéré par les alizés, mais sont souvent victimes d orages tropicaux entre juillet et octobre, alors que le climat en Guyane Française est équatorial. Bien que la Guyane soit le plus grand des départements français d Europe d'outre mer, 94 % de ses terres sont de la dense forêt amazonienne, irriguée de rivières de toutes tailles.

Déterminants Sociaux, politiques et économiques

En tant que territoire français, la Guyane, la Guadeloupe et la Martinique font partie de l Union Européenne (UE). La monnaie officielle est l euro. L  conomie des départements français d Europe d'outre mer connaît les problèmes communs aux petites îles : exportations insuffisamment compétitives, tendance à se spécialiser dans les services, une forte dépendance du tourisme et des ressources naturelles, un environnement fragile et une vulnérabilité aux catastrophes naturelles.

De plus, la stabilité politique et économique des départements et accompagnée d une forte dépendance financière de la France m ropolitaine et d  changes limités avec le reste du monde. Seuls 9 % des importations des trois départements proviennent des Caraïbes et 3 % des exportations sont destinées aux marchés de la sous région.

L'économie de la Guyane a deux particularités : Tout d'abord un Centre Spatial construit par le Gouvernement français au milieu des années 60 comme base de lancement de ses satellites. Situé dans la petite ville de Kourou, dont la création était due qu'au bagne de l'île du Diable, le Centre a un impact variable sur le PIB d'une année sur l'autre. Deuxièmement, l'orpaillage, la principale activité d'exportation avec les activités spatiales, mais également source d'emplois illégaux et de trafics vastement répandus. En Guadeloupe et Martinique, la filière banane est freinée par les fluctuations constantes du marché.

En dépit d'une nette amélioration au cours des dernières années, les DOM sont en queue du classement du PIB par habitant de toutes les régions de France métropolitaine. En 2002, le PIB par habitant était de 15 622 euros en Martinique, 14 108 euros en Guadeloupe, et 12 588 euros en Guyane. Comparés à la plupart de leurs voisins géographiques, les DOM ont un niveau de vie relativement élevé, grâce aux subventions et importations du gouvernement français. Mais leurs résultats en matière d'emploi et de commerce étranger les placent pratiquement au bas de la liste du Groupe des Caraïbes et leur PIB est moins la conséquence de leur richesse ou d'activités productives, que de leur statut de département.

Le taux de chômage en 2005 était très élevé dans tous les DOM : En Guyane 26,5 % de la population active était sans emploi ; en Martinique c'était 21,8 % et en Guadeloupe 26 %. Bien que ces taux soient restés constants au cours des dernières années, la situation s'est quelque peu améliorée par rapport à 1998 quand le chômage a atteint un sommet à 30 % aux Antilles (Guadeloupe et Martinique). Les jeunes sont le plus frappés, surtout les moins qualifiés et les femmes. Un chômage de cette ampleur est surtout la résultante de la forte augmentation de la population active depuis les années 80 et du passage d'une économie agricole au tertiaire. La question du chômage se pose encore plus en Guyane puisque la forte arrivée de main d'œuvre n'a pas été compensée par la création d'emploi à un niveau suffisant ; le niveau de formation disponible est inférieur et les employeurs n'arrivent pas à trouver des employés qualifiés. La situation de l'emploi est autant plus grave que des travailleurs illégaux sont prêts à travailler pour de faibles salaires.

Les indicateurs dont nous disposons montrent que l'environnement socio-économique des DOM est moins favorable que dans d'autres régions françaises, bien que le niveau de vie en général soit plus élevé que dans les pays voisins.

En 1988 un mécanisme appelé le Revenu minimum d'Insertion (RMI) a été mis en place. Il assure aux personnes de plus de 25 ans un minimum de ressources, l'accès à certaines prestations sociales et une assistance à l'intégration sociale et professionnelle. Le pourcentage des ayants-droit au RMI est plus élevé dans les DOM qu'en

France métropolitaine. Au 31 décembre 2005, il y avait 80 000 RMIstes dans les DOM, soit 13 % de la population entre 20 et 59 ans en Guyane, 14 % en Guadeloupe et 15 % en Martinique.

En 2001, une enquête de l'INSEE a compté davantage de ménages pauvres dans les DOM qu'en métropole. Elle a également indiqué que sur les trois, la Guyane se portait le plus mal avec 20 % des ménages se situant en dessous de la ligne de pauvreté, 11, comparé à 12,59 % en Guadeloupe et 12 % en Martinique.

L'écarts aggravent quand on mesure la pauvreté infantile : 32 % des enfants guyanais vivent sous le seuil de pauvreté, 16 % en Guadeloupe et 13 % en Martinique, alors qu'ils ne sont que 8 % en France métropolitaine.

Pour assurer l'accès aux soins de santé à l'ensemble de la population, le gouvernement français a institué une mesure appelée CMU qui fournit l'accès à une assurance santé à tous ceux qui ont vécu en France au moins trois mois et ne sont pas autrement couverts.

Ce plan offre aussi une couverture supplémentaire qui, à l'encontre des assurances santé de base, fournit une prise en charge supplémentaire et gratuite, sans franchise et sans ticket modérateur. L'assurance santé supplémentaire vise les populations les plus démunies. Dans les DOM, un gros pourcentage de la population est couvert par ces systèmes de santé de base ou supplémentaire. En 2005, un quart de la population des Antilles et un tiers des guyanais avaient une couverture de soins de santé supplémentaire universelle.

Le parc des logements est en pleine croissance. Ceci est dû en partie aux incitations fiscales favorables aux logements neufs, de même qu'un plus grand nombre d'habitations à loyer modéré. En dépit de ces progrès, la demande reste forte à cause de la croissance démographique, et celle des ménages, ainsi que la diminution du nombre des familles élargies vivant sous le même toit. Les conditions de logement s'améliorent avec la tendance vers une réduction des logements en dessous du niveau.

L'impact de la politique urbaine sur les quartiers les plus précaires et les plus pauvres de la Guyane, de la Martinique et de la Guadeloupe, a été mitigé dans les années 90. D'un côté, les efforts des pouvoirs publics pour améliorer le logement et les conditions de vie sont évidents. De l'autre, les résidents de ces quartiers ont été les premières victimes de l'augmentation du chômage, en dépit des mesures pour l'emploi.

L'inscription scolaire est obligatoire pour les enfants de 6 à 16 ans. Au début de l'année scolaire 2005-2006, la population scolaire

des DOM s'élevait à près de 275 000. Plus de la moitié des élèves étaient en maternelle ou primaire, un quart au collège et un cinquième (de 15 à 18 ans) au lycée.² Les taux de réussite au baccalauréat s'améliorent ; en 2004, 72 % des étudiants guyanais, 75 % des guadeloupéens et 79 % des martiniquais ont aussi le bac. Ces taux sont bien en arrière de ceux de métropole et le pourcentage des non diplômés est relativement élevé, surtout en Guyane, le taux s'aggravant avec l'âge des élèves.

Les DOM comptaient 19 050 étudiants universitaires en 2004 et en 2005, dont 60 % étaient inscrits à l'Université des Antilles en Guyane. Après une croissance soutenue au cours des années 90, celle-ci s'est stabilisée au cours des dernières années. Plusieurs caractéristiques de l'environnement peuvent affecter la santé des habitants des DOM. Aux Antilles, des catastrophes naturelles, tels les tremblements de terre, les orages tropicaux, et les éruptions volcaniques, sont pris en compte dans l'élaboration des plans de prévention. De plus, l'utilisation de pesticides à base d'organochlorine sur plusieurs années, en Martinique et en Guadeloupe, a eu un effet néfaste sur l'environnement naturel. (Rivières, sédiments, et sols). Plusieurs études ont été effectuées, ou sont en route, pour évaluer les risques que courent les habitants de la région.

En Guyane, les deux principaux risques à la santé et à l'environnement sont l'eau et l'orpaillage. Le pillage des dépôts en or se passe à la fois aux abords des mines officielles, et dans l'intérieur de la jungle. L'impact environnemental s'est manifesté spectaculairement par le déboisement, la décomposition de la faune, la pollution des rivières par le mercure et la transmission du paludisme. A cause de ses caractéristiques géographiques, la Guyane ne peut subvenir aux besoins en eau de tous ses habitants. C'est notamment le cas à l'intérieur des terres et pour certains groupes de riverains ou les marginaux urbains ou périurbains qui vivent sans eau courante.

Démographie, Mortalité et Morbidité

[\[GRAPHIQUE 1 \(GIF\)\]](#) Entre les années 60 et les années 80, la population des DOM est restée stable, en dépit d'un taux élevé de naissances, grâce à une migration vers la France où il y avait pénurie de main d'œuvre.

Vers le milieu des années 80, les flux migratoires se sont ralentis, encourageant une croissance de population dans les DOM. De plus, les populations de la Guadeloupe et dans une plus grande mesure, de la Guyane, ont été augmentées par un afflux d'immigrants. La population de la Guadeloupe a ainsi doublé en 50 ans (elle ne comptait que 229 000 habitants en 1954) alors que celle de la Guyane septuplait dans la même période (28 000 en 1954).

La santé dans les colonies françaises d'Amérique

Entre le recensement de 1999 et la fin 2004, la population a augmenté de 4,5 % en Martinique, de 7,5 % en Guadeloupe, alors que celle de la Guyane a cru de 22,5 %. Au 1er janvier 2005, la Guadeloupe était la plus peuplée (453 029 h) suivie par la Martinique (397 820) et par la Guyane (190 842). Vu sa petite étendue, la Martinique a la population la plus dense avec 353 h au km², en 2005. Cette même année, il y avait 226 h au km² en Guadeloupe, alors qu'à en Guyane, vue l'immensité relative de son territoire, la densité n'était que de 2 h au km².

La distribution de la population est différente d'un département à l'autre. Aux Antilles, la population est encore jeune, mais vieillissante. Avec 17 % de sa population au dessus de 60 ans en 2005, la Martinique a la plus grosse part d'adultes âgés. En contraste, la Guyane a la population la plus jeune, 44 % ayant moins de 20 ans. Voir les Graphiques 1, 2 et 3 pour la distribution démographique en 1990 et 2005 respectivement pour la Guyane, la Guadeloupe et la Martinique.

[\[GRAPHIQUE 2 {JPEG}\]](#) La population des Antilles Françaises est surtout le produit de mariages entre Amérindiens, Noirs, Blancs et Indiens qui y ont résidé depuis des siècles.   l'encontre d'autres îles des Caraïbes, il n'y a pas de survivant d'une population ethniquement pure d'Amérindiens. La population de la Guyane est une mosaïque d'influences. Les Amérindiens furent rejoints par des Européens, et par les descendants d'esclaves Africains au début du 17eme siècle. Au 19 me siècle, le baigne et la ru e vers l'or ont amené un flux de population. Enfin, au 20 me siècle, arriva un flux de marchands Chinois et Libanais de même que l'installation des Hmong, fermiers du haut Laos.

En Martinique, la population minoritaire d'origine extérieure reste stable, à 1 % de la population. Elle consiste surtout en ressortissants d'Haïti et de Ste Lucie.

En Guadeloupe, les immigrants représentaient 5 % de la population au recensement de 1999. Presque la moitié venaient d'Haïti. La municipalité de St Martin représente la moitié de tous les ressortissants étrangers de la Guadeloupe.

En Guyane, les plus gros contingents d'immigrants viennent du Surinam (39 %), d'Haïti (30 %) et du Brésil (15 %). Officiellement, la population d'origine extérieure représente 33 % de la population, mais la longueur des frontières du territoire, la facilité avec laquelle on peut franchir les frontières sur le Maroni ou l'  Oyapock, et les activités du type orpaillage, encouragent l'immigration clandestine. Le nombre d'étrangers est sous-estimé. Ceci indique que les chiffres officiels pour l'ensemble de la population sont inférieurs à ce qu'ils seraient si on disposait de chiffres précis pour ce groupe.

Il y a 34 municipalités en Guadeloupe et Martinique et 22 en Guyane.

[\[GRAPHIQUE 3 {GIF}\]](#) En Guadeloupe, plus de 40 % de la population vit à

Pointe-à-Pitre, la capitale économique située à Grande Terre, alors que seuls 10 % vivent au centre administratif de Basse Terre sur l'île du même nom. En Martinique, plus d'un tiers de la population vit à Fort-de-France, le centre administratif. En Guyane, la majorité de la population vit sur la côte ; la densité de la forêt pluviale rend l'accès aux municipalités de l'intérieur plus difficile.

En Guadeloupe et en Martinique les conditions de santé sont au niveau des pays développés, en général. En Guyane, la situation est mitigée, avec cependant des indicateurs ressemblant à ceux des pays développés, tels que l'incidence de maladies chroniques et une richesse relative, tout en faisant montre d'autres caractéristiques typiques de pays en développement, telles qu'une population jeune, une forte mortalité périnatale et une forte incidence de maladies infectieuses parasitaires. Parmi les obstacles en Guyane, on notera : sa géographie (d'importantes zones éloignées et le défi que cela pose en terme de communication et d'accès), ses indicateurs sociodémographiques (une population en croissance rapide, une économie fragile et des flux migratoires), ainsi que son manque d'infrastructure et de personnel (pas assez de personnel de la santé et une pénurie chronique d'équipement médical).

En dépit de tout cela le statut de santé de la population s'est amélioré depuis 30 ans. En Guadeloupe les principaux indicateurs montrent une amélioration sur les quinze dernières années, avec un déclin de la mortalité infantile, une amélioration générale du niveau de vie ainsi que des progrès dans les soins médicaux et la fourniture des services. En dépit de progrès dans ces domaines, certains problèmes de santé se sont révélés particulièrement enracinés en Guadeloupe et dans les deux autres DOM, y compris l'hypertension, le diabète, attaques cérébrales, problèmes de santé mentale, (y compris l'alcool et l'addiction au crack), le cancer de la prostate et l'infection au VIH. En même temps, toutes les régions continuent à enregistrer des indicateurs périnataux troublants et, en Martinique et en Guadeloupe, les deux ayant une population plus âgée que la Guyane, on a de plus en plus de problèmes de santé publique liés au vieillissement.

L'espérance de vie à la naissance est la plus élevée en Martinique. En 2003, elle était de 81,7 ans pour les femmes et de 75,9 ans pour les hommes. La Guadeloupe la suit de près avec 81,6 ans pour les femmes et 75,3 pour les hommes. La Guyane a l'espérance de vie la plus courte avec 79,7 ans pour les femmes et 71,3 pour les hommes.

Les chiffres ci-dessus indiquent les progrès accomplis depuis 1990, où l'espérance de vie à la naissance était de 79,6 ans pour les femmes et 73,3 pour les hommes en Martinique, 78,5 ans pour les femmes et 70,8 ans pour les hommes en Guadeloupe, et 76,1 pour les femmes et 67,2 pour les hommes en Guyane.

En 2004, le taux général des naissances était de 13,3 naissances pour 1 000 habitants en Martinique, 16,2 en Guadeloupe

et 28,8 en Guyane. Les femmes en âge de procréation (15 à 49 ans) représentaient 50 % de la population féminine aux Antilles et 52 % en Guyane. Le taux de fécondité était de 53 naissances pour 1 000 femmes en âge de procréation en Martinique, et 62 en Guadeloupe, mais il était deux fois plus élevé en Guyane avec 113 en 2004. Le taux de fécondité estimée était d'environ deux enfants par femme aux Antilles et pratiquement le double en Guyane.

Le vieillissement de la population et le déclin du taux de fécondité explique la chute du nombre des naissances aux Antilles, alors que l'on assiste à une forte hausse en Guyane. En 2004, on a enregistré 7 273 naissances en Guadeloupe, 5 255 en Martinique et 5 312 en Guyane.

Comme il fallait s'y attendre, vu le vieillissement de la population, le nombre de décès et le taux total de mortalité augmentent aux Antilles. En Martinique, par exemple, les décès tournaient autour de 2 200 à 2 300 par an au cours des années 1990, alors que le chiffre actuel est de 2 700. Pratiquement 6 000 décès sont déclarés chaque année, avec 52 % chez les hommes et 48 % chez les femmes. La principale cause de mortalité dans les trois départements est la maladie cardio-vasculaire, suivie des néoplasmes, et des causes externes aux traumatismes. En Guyane, les maladies infectieuses et parasitaires occupent le 4^{ème} rang, alors qu'aux Antilles, les dérèglements endocriniens, nutritionnels, et métaboliques, surtout le diabète, sont la deuxième cause de décès.

SANTÉ DES GROUPES DE POPULATION

[\[TABLEAU 1 {JPEG}\] Enfants de moins d'un an](#)

En dépit des améliorations dans la santé de ce groupe d'âge, (par exemple pour la mortalité infantile), les indicateurs périnataux des DOM sont toujours inquiétants et restent inférieurs aux résultats de la France métropolitaine. Alors qu'on assiste à de légères améliorations aux Antilles, les progrès restent lents et intermittents en Guyane.

En 2003, le taux de mortalité infantile était de 6,1 décès par 1 000 naissance vivantes en Martinique, 7,9 en Guadeloupe et 10,4 en Guyane. En 1990 les taux étaient respectivement de 7,2, 10,2 et 18,1. Le déclin constant des taux de mortalité infantile depuis les dernières décennies, est la conséquence d'une amélioration du niveau de vie, des progrès de la médecine, d'un meilleur accès aux soins de santé, et de l'organisation de campagnes de prévention.

Le tableau de la mortalité périnatale aux Antilles et en Guyane

suit le même profil que la mortalité infantile. En Martinique, la mortalité périnatale a augmenté de 14,6 pour 1 000 naissances en 2000, à 19 en 2002. Plus de 16 enfants pour 1 000 naissances étaient mort-nés. Les décès néonataux immédiatement à la naissance ont décliné : 3 décès sur 1 000 nés vivants sont décédés au cours de leur première semaine en 2002, par rapport à 4,6 en 2000. La persistance d'un taux élevé de naissance mort-nés est probablement due à un mauvais suivi des grossesses, alors que le taux de décès pour les nouveaux nés a diminué grâce à une meilleure hygiène et aux progrès de la médecine. En Guadeloupe, la mortalité périnatale a décliné jusqu'en 1992, puis a repris à cause de l'augmentation des morts-nés. La tendance a fluctué d'une année sur l'autre, atteignant 19,2 décès pour 1 000 naissances totales en 2002. Bien que la tendance générale de cet indicateur ait été satisfaisante depuis 20 ans, il convient de souligner que la tendance à la baisse reste à consolider. Selon les professionnels de la santé, les deux causes de la mortalité périnatale sont les infections de la mère à l'enfant et l'hypertension maternelle.

En Guyane, la mortalité périnatale a décliné tout au long des années 90, de 25,8 pour 1 000 en 1990 à 16,1 pour 1000 en 2000, après quoi elle s'est tenue entre 17 et 18 au début de la décennie. Ce déclin s'explique surtout par la chute du taux des enfants morts-nés, de 20 pour 1 000 naissances totales à tout juste au dessus de 13 pour 1 000 en 2002. Le taux de mortalité néonatale la naissance, d'un autre côté, a à peine décliné. En 2002 il était au même niveau qu'en 1990 (à peu près 6 décès pour 1 000 naissances vivantes) et avait même augmenté au milieu des années 90 pour atteindre 10,8 en 1995. En Guyane, la distance qui les sépare des dispensaires empêche les futures mères d'avoir des soins prénatals réguliers et adéquats. Le tableau 1 indique les taux de mortalité par période pour les moins d'un an de 2001 à 2003.

Dans les DOM, 10 à 12 % de toutes les naissances sont prématurées. Les deux causes principales de mort maternelle sont l'hémorragie à la naissance et l'hypertension maternelle.

Groupe d'âge 1 à 14 ans

Ce groupe d'âge a connu une moyenne de mortalité de 78 décès par an au cours de la période 2001 à 2002, soit à peu près 1 % de tous les décès. Cela était surtout dû à des traumatismes ou empoisonnement dans les trois régions, soit 40 % de tous les décès dans ce groupe d'âge.

En Guyane, un tiers de tous les décès était causé par traumatismes ou empoisonnement, suivi par 17 % causé par des maladies infectieuses ou parasitaires. En Guadeloupe et Martinique, 40 % de tous les décès étaient causés par traumatisme ou empoisonnement, suivis par 10 % de décès par des maladies du système respiratoire.

Groupe d ge 15 34 ans

[\[TABLEAU 2 {JPEG}\]](#) En 2000 2002, une moyenne de 320 décès par an a été enregistrée dans cette cohorte, soit 5 % de tous les décès. Dans les trois DOM, les accidents automobiles et autres formes de violence en ont été les causes principales.

En Guadeloupe et Martinique, cela a été suivi de néoplasmes et de maladie du système circulatoire, alors qu'en Guyane, un nombre considérable de décès a été causé par des maladies parasitiques ou infectieuses.

Parmi les deux sexes de ce groupe d ge, les maladies chroniques majeures sont : les problèmes mentaux, le diab te, et les maladies cardiovasculaires (tableau 2).

Alors que l ge des mères à la premi re naissance augmente en Martinique et en Guadeloupe, le nombre des grossesses chez les adolescentes est très élevé en Guyane ; en 2002 une naissance sur 6 était le fait d'une adolescente.

Avec 52 naissances pour 1 000 femmes, le taux de fécondité en Guyane est plus élevé que celui des femmes de 19 ans en Guadeloupe et Martinique. Chez les femmes de Guyane, la fécondité augmente avec chaque année pour atteindre un pic à 151 naissances pour 1 000 à 19 ans.

[\[TABLEAU 3 {JPEG}\]](#) Pratiquement 9000 avortements choisis ont été effectués en 2004 dans les 3 DOM. 40 pour 100 conceptions en Guadeloupe, 32 en Martinique et 24 en Guyane.

Adultes 35 64 ans

Au cours de la période 2000 2002, on a connu une moyenne de 1 450 décès par an dans cette cohorte, soit 25 % de tous les décès.

Les néoplasmes et maladies cardiovasculaires étaient les causes majeures de mortalité dans les 3 départements, suivis par les accidents de la route et d'autres formes de violence en Martinique et en Guadeloupe.

Pour les hommes et les femmes, les maladies chroniques principales sont les maladies cardiovasculaires, le diab te et les néoplasmes (tableau 3).

Adultes âgés de 65 ans et au-delà

Alors qu'on les a longtemps considérées des îles à population jeune, la Guadeloupe, et c'est encore plus vrai pour la Martinique, font face de plus en plus aux problèmes d'une population vieillissante.

[\[TABLEAU 4 {JPEG}\]](#) Le nombre des plus de 65 ans en Martinique a presque triplé

entre les recensements de 1967 et de 1999, passant de 16 000 à 47 000. En 2005 on estimait cette population à 52 645, soit 13 % de la population totale. En Guadeloupe, cette cohorte représentait 50 000 personnes, soit 11 % de la population totale en 2005. En outre, en Guyane, la part des plus de 65 ans ne représente que 4 % de la population, soit 7 500 personnes.

L'incidence des problèmes graves de santé est la plus élevée après 65 ans. Elle mène à une plus grande demande de soins. La fréquence des co-morbidités augmente, telles que l'hypertension, avec le diabète, ce qui a un impact grave sur la qualité de vie. Pour le groupe de 85 ans et au-delà, la prévalence de dépendance physique et ou psychologique, augmente rapidement.

Après 65 ans, les deux premières causes de décès sont les maladies du système circulatoire et les néoplasmes respectivement.

En Guyane, et Guadeloupe, les troubles endocriniens, nutritionnels, et métaboliques, surtout le diabète, sont la troisième cause de décès en importance. Pour les hommes dans ce groupe d'âge, les trois maladies chroniques nécessitant des soins à long terme sont les maladies cardiovasculaires, le diabète et les troubles mentaux y compris la démence et la maladie d'Alzheimer dans cet ordre (tableau 4).

La famille

Au cours de la période d'étude, la taille de la famille a continué à diminuer. Bien que le déclin soit moins prononcé en Guyane, la taille des foyers en Martinique et en Guadeloupe est à l'heure actuelle inférieure à 3 personnes. La structure familiale dans les DOM montre également une nette tendance au foyer mono parental. Environ 40 % des familles en Guadeloupe et Martinique et un tiers en Guyane sont mono parentales. Dans 9 cas sur 10 ces foyers sont dirigés par une femme, reflétant ainsi à la fois la tradition (sociétés matriarcales) et des tendances sociales plus récentes (moins d'unions permanentes).

Personnes handicapées

Dans chacun des trois DOM, la Commission pour l'éducation Spécialisée a la responsabilité de placer tous les handicapés de moins de vingt ans. Elle s'occupe aussi des demandes d'aide financière des parents. Au 31 décembre 2005, 2 673 enfants bénéficiaient de l'allocation spéciale d'éducation, soit 8 bénéficiaires pour 1000 enfants de moins de vingt ans.

Pour les handicapés de plus de vingt ans, la Commission pour les Conseils et le Reclassement Professionnel des Handicapés, est l'organisme chargé de conférer le statut de handicapé, de donner des conseils en matière d'emploi, de revoir les allocations financières, et de diriger les candidats vers les institutions appropriées.

Au 31 décembre 2005, dans les DOM, 16 031 adultes bénéficiaient de l'allocation de handicap, soit 29 bénéficiaires pour 1 000 adultes entre 20 et 59 ans.

Pour la plupart, les adultes handicapés vivent avec leur famille, ou chez eux. Vu le manque de places, très peu sont institutionalisés. Les institutions spécialisées pour enfants disposent de davantage de places.

CONDITIONS DE SANTÉ ET PROBLÈMES

MALADIES COMMUNICABLES

Maladies propagées par vecteur

La Martinique et la Guadeloupe font état d'une moyenne annuelle de 10 cas importés de paludisme, alors qu'en Guyane la maladie est beaucoup plus répandue. Le chiffre annuel des cas dans les provinces de Guyane où le paludisme est endémique reste stable avec environ 4 000 à 5 000 cas rapportés jusqu'en 1999.

Ce nombre a diminué approximativement jusqu'à 3000 cas chaque pour 2002 et 2003. Mais ça a repris à nouveau en 2005 avec 4 414 cas officiellement déclarés.

Depuis fin 2001, le long des zones côtières de la Guyane, on a vu des augmentations inquiétantes du nombre des cas de paludisme dans la région de Régina et Cacao et dans la municipalité plus intérieure de Camopi. L'essor de l'agriculture, la mobilité constante et la migration dans une population sur un vaste territoire difficile d'accès, rendent le contrôle du paludisme une tâche particulièrement ardue en Guyane.

On n'a pas constaté de cas de fièvre jaune en Guyane, Guadeloupe ou Martinique au cours de la période 2001 à 2005. Tous ceux qui se rendent en Guyane doivent présenter une preuve de vaccination contre la fièvre jaune.

En Guyane, on a connu 3 épidémies de dengue (en 2001, 2002, et 2004 à 2005.) Toutes sont associées au sérotype 3. Une nouvelle épidémie de dengue de sérotype 3 qui avait commencé fin 1995 a affecté plus de 15 000 personnes dont 4 cas mortels entre décembre 2005 et juillet 2006. Deux épidémies de dengue se sont déclenchées en Guadeloupe et en Martinique en 2001 et 2005. La première était de sérotype 3 et la seconde surtout de sérotype 4.

En Martinique du sérotype 2, souvent associé à des formes graves de dengue, a aussi été isolé au cours de l'épidémie. On estime que l'épidémie de 2001 en Martinique a frappé environ 25 000 personnes, causant 400 hospitalisations et 4 décès. Quelques 14 500 personnes ont été touchées en 2005 (4 % de la population de l'île)

avec 200 hospitalisations et 4 décès.

En Guadeloupe, on pense que près de 9 000 personnes ont consulté un médecin de ville à cause de l'épidémie de dengue au cours de l'été 2005.

La Réunion, le DOM situé dans l'océan Indien, a été frappé par une épidémie de fièvre du Chikungunya fort étendue fin 2005 et début 2006. On a confirmé trois cas de Chikungunya importés de la Réunion en Martinique au premier trimestre 2006, de même que 3 cas en Guyane et un en Guadeloupe. Pour empêcher l'installation de cette maladie dans les DOM, les pouvoirs publics français responsables de la santé ont mis au point une surveillance et une détection rapide pour tous voyageurs revenant de la Réunion et autres îles de l'océan Indien, et ont employé des programmes de radication des moustiques.

Maladies évitables par des vaccins

De nombreuses années se sont écoulées depuis les derniers rapports dans les DOM de paralysie aiguë, poliomyélite et diphtérie. Par contre on reporte régulièrement des épidémies ou des cas isolés de coqueluche. Il n'y a pas eu de cas de tétanos néonatal depuis la fin des années 70. Quelques cas ont été découverts chez des adultes âgés dont l'immunité par vaccination était affaiblie et qui n'avaient pas eu de rappel. On a vu très peu de cas entre 1993 et 2003 : 9 en Guadeloupe, 5 en Martinique, et aucun en Guyane. Cependant, en 2005, la Guyane a rapporté deux cas. Au cours de la période 2001-2005 un seul cas suspect de rougeole a été rapporté par le réseau de garde en Martinique et aucun en Guadeloupe.

En Guyane on a ajouté une surveillance de la dengue à celle de la rougeole depuis 2001. Tous les cas suspects de dengue montrant une éruption sont testés pour la rougeole et l'immunoglobuline de la rubéole M (IgM). Aucun cas n'a été positif jusqu'à aujourd'hui. La France est lancée dans une politique d'élimination de la rougeole et du syndrome de la rubéole congénitale dès ici à 2010.

Alors que les niveaux de vaccination chez les jeunes sont généralement satisfaisants aux Antilles, la situation est moins bonne en Guyane. Les niveaux de couverture sont plus faibles dans les zones isolées à l'intérieur, et plus élevés dans la zone côtière développée.

En 2000, la couverture du vaccin MMR sur le littoral à 24 mois était de 69 %, comparée à des niveaux de couverture allant de 43 % à 61 % à l'intérieur du pays. La couverture pour le DPT 3 à un an était de 68 % sur la côte et 9 à 60 % pour l'intérieur.

Maladies Intestinales infectieuses

Il y a une haute incidence toute l'année de gastro-entérite virale ce qui représente la cause majeure de diarrhée aux Antilles. En Guyane, la répartition de la gastro-entérite est inégale due à la contamination de la distribution d'eau dans certains segments de la population. L'incidence de maladies entériques dépasse 10 % dans certaines municipalités de l'intérieur.

Chaque année une moyenne de 10 vagues d'empoisonnement alimentaires sont enregistrées dans les 3 DOM. On connait quelques cas d'empoisonnement à la ciguatera aux Antilles et, en juin 2006 deux vagues de ciguatera furent enregistrées, un en Guadeloupe et l'autre en Martinique. Gr ce à une meilleure hygiène et à la prévention, ainsi que la détection active menée par les autorités locales responsables pour la santé, il y a eu un fort recul des cas d'ancylostomiase et de strongyloidiase aux Antilles depuis 20 ans.

Maladies chroniques communicables

En 2004, 30 cas de tuberculose ont été reportés en Guadeloupe, 17 en Martinique et 51 en Guyane.

La maladie de Hansen reste endémique dans les DOM, mais son incidence est en déclin. Il y a moins de dix cas reportés annuellement dans les 3 régions. En Guadeloupe, le nombre des personnes affectées est tombé de 14 en 1997 à 9 en 2004. En Guyane, le taux d'incidence de 3,29 cas pour 10 000 habitants en 1984, est tombé à 0,57 cas en 2001, soit à peu près 10 nouveaux cas par an. Chacun des DOM a un centre de la maladie de Hansen qui dépiste les patients, offre des consultations avec un médecin et un assistant social, et effectue des visites à domicile.

L'année des cellules est la premi re maladie génétique aux Antilles françaises. On teste automatiquement les nouveaux nés et, en moyenne, un sur 300 est n  chaque année avec une cellule caractéristique qui va mener à un syndrome majeur (SS, SC ou Sb thal.)

Infections respiratoires aigu es

Au cours de la saison d'hiver, les DOM connaissent régulièrement des éruptions de bronchiolite. Selon une étude faite en Martinique de novembre 2005 à février 2006, on a estimé qu'entre 115 et 230 nouveaux nés ou enfants en bas âge étaient affectés par la bronchiolite chaque semaine.

De 1998   2003, 3 cas de maladie des légionnaires ont été reportés

en Guadeloupe et un chacun en Martinique et en Guyane.

VIH/SIDA et autres Infections Sexuellement Transmissibles

Le VIH/SIDA est plus prévalent en Guyane et à St Martin que sur les îles de la Guadeloupe et de la Martinique. Au cours de la période sous revue, 2001-2005, la stigmatisation de ceux qui ont testé positif au VIH, aussi bien que la discrimination et autres formes d'exclusion, restaient des obstacles majeurs au dépistage rapide, et à la détection, à l'accès aux traitements et aux soins, et donc au contrôle de l'infection. La situation est plus précaire pour les groupes vulnérables, tels que les utilisateurs de drogues par injections, les travailleurs du sexe, et les immigrants illégaux.

Entre le début de l'épidémie et le 30 septembre 2005, on a reporté 2 885 cas de VIH SIDA dans les DOM, dont 1 074 en Guyane, 1 175 en Guadeloupe et 636 en Martinique. Les femmes comptaient pour 35 % des cas, et la population de plus de 50 ans pour 20 % de tous les cas. Dans 71 % des cas, l'infection a été contractée par contact hétérosexuel. Depuis le début de l'épidémie, 1 492 personnes sont décédées, ce qui représente un taux de mortalité de 52 %. Grâce à la disponibilité de médicaments anti-rétroviraux, les taux de décès du SIDA sont restés relativement stables au cours de la période 2001-2005.

Suivant l'introduction du triple régime de médicaments en 1996, la prévalence de gens vivant avec le VIH a augmenté, et la progression vers le SIDA complet se trouve surtout parmi les séro-convertisseurs du VIH ne recevant pas de traitement. En mars 2003, la notification des diagnostics de VIH est devenue obligatoire. Cette mesure permet de se faire une idée plus exacte de la population des VIH positifs et facilite le suivi des infections au VIH. Entre mars 2003 et septembre 2005, on a reporté 735 nouveaux cas de seropositivité (343 en Guyane, 239 en Guadeloupe, et 153 en Martinique). Parmi les défis lancés au personnel de santé qui est chargé de fournir les soins efficaces contre le VIH SIDA dans les DOM, on compte : la barrière des langues, les interdits sociaux, culturels et religieux chez les malades, ainsi que les questions de stigmatisation et de discrimination. On a mis en place un suivi-évaluation en 2002 pour chercher et appliquer des solutions à ces problèmes.

Le traitement des personnes vivant avec le VIH est géré par les Centres d'Information et de soins de l'immunité humaine. Il sont au nombre de sept : un à Fort de France, pour la Martinique, trois à la Guadeloupe (Pointe à Pitre, Basse Terre et Marigot sur St Martin) et trois en Guyane (Cayenne, Kourou, et St Laurent du Maroni). Entre janvier et décembre 2004, les Centres ont suivi et fourni des services à 2 862 personnes infectées au VIH dans les DOM. Les patientes sont proportionnellement surreprésentées dans les centres de St Martin et de

Guyane, avec un ratio hommes-femmes de respectivement 0,7 et 0,8. Alors qu'en Guadeloupe et en Martinique, le ratio hommes-femmes est de respectivement 1,2 et 1,6. Dans plus de 90 % des cas la transmission se fait par contact sexuel, surtout hétérosexuel. En Martinique, les relations sexuelles entre hommes comptent pour 22 % de toutes les transmissions. Il y a peu ou pas de transmission par drogue intraveineuse. Les patients qui ne sont pas ressortissants français sont plus particulièrement nombreux à St Martin et en Guyane. Les patients français ne représentent que 20 et 24 % des cas actifs qui visitent respectivement ces cliniques. Alors qu'en Guadeloupe et Martinique la proportion est de 69 % et 89 % respectivement. 75 % des patients suivis ont bénéficié d'antirétroviraux en 2004.

Le dépistage du VIH est effectué dans des laboratoires médicaux et des centres de dépistage. Ce service est anonyme et gratuit. Il y a de nouvelles vagues de syphilis, tout d'abord en Guadeloupe en 2001 et puis en Martinique en 2004. En Guadeloupe, une grappe de 13 cas de syphilis primaire et secondaire a été reportée au CHU de Pointe-à-Pitre au début 2001. Parmi une population à haut risque, principalement des chômeurs, une enquête a identifié 38 cas de syphilis en 2001. Dans environ un quart des cas, on a trouvé de la co-infection avec le VIH. L'épidémie de 2004 en Martinique a surtout affecté des personnes vivant avec le VIH. Huit patients sur 14 étaient des hommes qui avaient des relations sexuelles avec d'autres hommes. Ces 14 cas de syphilis récents ont été diagnostiqués au CHU de Fort de France entre janvier 2004 et septembre 2005, et 11 d'entre eux ont été diagnostiqués entre avril et septembre 2005.

Les Zoonoses

La leptospirose est une maladie communément reportée en Martinique et en Guadeloupe. L'incidence de leptospirose confirmée est bien plus élevée en Guadeloupe qu'en Martinique.

En Guadeloupe, l'incidence était de 16,5 cas confirmés pour 100 000 habitants en 2003 avec un pic en janvier et en décembre. En 2004, le taux d'incidence était de 21 cas pour 100 000 h en Guadeloupe.

En Martinique les incidences de leptospirose en juillet et octobre et décembre, à la fois pour 2003 et 2004. Pour ces deux années, le taux d'incidence annuel était de 7,3 et 6,9 pour 100 000 respectivement.

En Guyane on a fait état de leptospirose régulièrement depuis trente ans. Les sérogroupes principaux, trouvés à la fois chez les animaux et chez les humains aux Antilles, sont les : icterohaemorrhagiae et le ballum (ou castellonis) Cependant, 10

autres groupes existent encore y compris l'Écosse australis, le cynopteri, la canicola, panama, serjoe, et le grippotyphosia. Il n'y a pas eu de cas suspects de grippe aviaire dans les DOM au cours de la période 2001-2005.

La maladie de Chagas n'existe pas en Martinique ni en Guadeloupe.

Entre 1939 et 1989, seuls neuf cas de maladie de Chagas ont été reportés en Guyane. Entre 1990 et 2004, 15 cas cliniques de maladie de Chagas, y compris six cas aigus et huit chroniques ont été diagnostiqués en Guyane, deux d'entre eux ayant été attribués à la maladie. Une infection dans la région de l'Oyapock et du Maroni était la source de neuf cas locaux, alors que certains cas importés ont été détectés sur le littoral. Fin 2005, une grappe de huit cas confirmés, un probable et huit suspects, de maladie de Chagas aigüe ont apparu dans la municipalité de Iracoubo en Guyane. Le déboisement, une migration non contrôlée, et l'importation du vecteur de Chagas ont augmenté le risque de la maladie en Guyane.

La distribution de la schistosomiase dans les DOM est inégale. Des enquêtes menées entre 2001 et 2005 dans les champs aquatiques de cresson ont confirmé la présence de l'éclosion de l'escargot B. glabrata, l'hôte principal de la schistosomiase. Par le passé, de rares cas résiduels de schistosomiase ont été détectés.

L'absence de transmission active du parasite depuis plus de vingt ans, et l'élimination de l'hôte principal, confirmée en 2001, suggère que la schistosomiase a été éradiquée de la Martinique en 2005.

En Guadeloupe, les marais sont l'habitat de grandes populations de rats noirs, fortement infectés de schistosomiase, ce qui soutient une endémie du parasite. Bien que ces régions constituent un danger pour les cultivateurs et les fermiers qui les fréquentent, l'attente actuelle de la transmission chez les humains reste inconnue.

En Guyane, seuls des cas importés de schistosomiase ont été découverts. On n'a jamais confirmé la transmission active du parasite. Les eaux acides de la Guyane sont des habitats très favorables aux escargots, hôtes intermédiaires de la schistosomiase.

MALADIES NON COMMUNICABLES

Maladies métaboliques et nutritionnelles

Des améliorations sociales et économiques, des changements

de style de vie, et la disponibilité croissante de nourriture Ã consommation rapide, ont modifiÃ les habitudes alimentaires dans les DOM, et, au cours des derniÃres annÃes, des maladies liÃes Ã un mauvais rÃgime alimentaire et Ã la surconsommation, telles que lâEuros"obÃsitÃ, le diabÃte, lâEuros"hypercholestÃmie, sont de plus en plus au centre de lâEuros"attention du public.

Chaque annÃe, on enregistre environ 260 dÃcÃs dus au diabÃte dans les DOM, soit 4 Ã 5 % de tous les dÃcÃs. La majoritÃ de ces dÃcÃs affecte des femmes ÃgÃes.

Selon une Ãtude faite en Martinique, fin 2003 et dÃbut 2004, parmi les plus de 16 ans, la prÃvalence du diabÃte Ãtait de 6,5 % (8,1 % pour les femmes et 4,7 % pour les hommes). Cette prÃvalence augmente avec lâEuros"Ãge : 1,7 % entre 16 et 44 ans, 10 % entre 45 et 64 ans, et 18 % pour les plus de 65 ans.

En Guadeloupe et Martinique, il ya un grand nombre dâEuros"insuffisance rÃnale, avec une incidence estimÃe de 200 cas par million en Guadeloupe. Le diabÃte est la premiÃre cause de dialyse, (un tiers des dialysÃs sont diabÃtiques). CâEuros"est aussi la deuxiÃme cause de cÃcitÃ, et la troisiÃme cause dâEuros"amputation. Depuis fin 2004, on a conduit des transplantations de rein pour les patients souffrant dâEuros"insuffisance rÃnale dans les DOM. Environ 50 transplantations ont ÃtÃ effectuÃes dans les 18 premiers mois du service.

La proportion de la population avec du surpoids ou obÃse, est croissante en Guadeloupe et en Martinique. Une enquÃte de 2003âEuros"2004 a rÃvÃlÃ que presque un enfant sur quatre (24 %) en Martinique est affectÃ soit par du surpoids (16 %), soit par lâEuros"obÃsitÃ (8 %). Dans le cas des adultes, ces conditions sont respectivement de 33 % et 20 %. LâEuros"obÃsitÃ est plus rÃpandue chez les femmes (26 %), que les hommes (14 %). Des conclusions de cette enquÃte ont donnÃ des rÃsultats semblables. Des Ãtudes dans les Ãcoles, menÃes dans les trois DOM ont indiquÃ quâEuros"il y a bien moins dâEuros"enfants souffrant de surpoids en Guyane quâEuros"en Guadeloupe ou Martinique.

Maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires sont la premiÃre cause de dÃcÃs dans les DOM, reprÃsantant 1 800 dÃcÃs par an, soit 30 % du total. Les chiffres sont plus ÃlevÃs pour les femmes que pour les hommes. La part des maladies cardiovasculaires dans la mortalitÃ totale augmente avec lâEuros"Ãge, plus particuliÃrement aprÃs 65 ans. Par rapport aux rÃgions de France mÃtropolitaine, les DOM sont caractÃrisÃs par une plus forte incidence de maladies cervÃbrovasculaires, alors que les maladies cardiaques ischÃmiques sont moins communes. Parmi les maladies couvertes par des

soins à long terme, les maladies cardiovasculaires représentent 38 % des admissions annuelles. La plupart des cas comportent des maladies hypertensives et cerebrovasculaires.

L'hypertension est commune dans la population des DOM. Selon une enquête de 2003 à 2004, l'incidence de l'hypertension dans la population de 16 ans et plus est de 22 % (20 % chez les hommes et 25 % chez les femmes). L'incidence augmente avec l'âge, de 5 % pour les 25 à 34 ans à 65 % pour les plus de 65 ans.

Parmi ceux qui sont diagnostiqués comme hypertendus, 73 % étaient soignés au moment de l'enquête. Les hommes sont moins traités que les femmes (55 % contre 84 %).

Les patients qui ont des maladies cardiovasculaires souffrent généralement de comorbidités telles que l'hypertension, le diabète, un haut taux de cholestérol, ce qui mène à de sérieuses complications telles les attaques cérébrales, l'amputation, la déficience rénale, et la cécité.

Tumeurs malignes

En moyenne, on enregistre un peu plus de 1300 décès dus à des tumeurs malignes chaque année dans les DOM. Cela représente un décès sur quatre pour les hommes et un sur cinq pour les femmes. Après 65 ans, les néoplasmes causent presque un décès sur quatre.

Chez les hommes, le cancer de la prostate est le plus commun, suivi par le cancer de l'estomac, des lèvres, de la bouche, et du pharynx. Chez les femmes, il s'agit surtout du cancer du sein, suivi du colon, du rectum et du cervix.

Un dépistage systématique du cancer du sein a été pratiqué dans les trois DOM depuis 2005. La Martinique offre également un dépistage du cancer cervical. Cependant, le fait que la Guadeloupe soit un archipel étendu sur plusieurs îles et que beaucoup des municipalités intérieures de la Guyane soient isolées, représente un obstacle difficile au dépistage universel et aux soins.

AUTRES PROBLÈMES OU QUESTIONS DE SANTÉ

[1]

La violence et autres causes externes

En 2003 il y a eu 954 accidents de la route en Guadeloupe. 1 383

personnes ont été blessées et 83 ont perdu la vie. En Martinique il ya chaque année environ 700 accidents, entraînant 800 blessés et 50 morts. En Guyane, on compte environ 800 accidents par an avec 1 000 blessés. Le nombre des morts oscille entre 30 et 40.

Santé mentale

Une étude effectuée parmi les populations de Martinique et Guadeloupe fin 1990, a trouvé que la pathologie la plus fréquente était la dépression, suivie de tendances au suicide et l'angoisse générale.

Les causes principales d'hospitalisation sont la schizophrénie, des psychoses avec délire et des troubles de l'addiction.

Le suicide et le comportement suicidaire sont traités dans un plan national couvrant toutes les régions françaises. Dans les DOM la moyenne annuelle de mort par suicide est de 85, et la majorité de ces cas concerne des personnes de plus de 35 ans. Alors que le nombre annuel de mort par suicide est sous surveillance, il n'y a pas de collecte périodique de données sur les tentatives de suicide. Cependant, dans une enquête sur la santé mentale en Martinique de 2000, 4,1 % des adultes ont dit avoir tenté de se suicider au moins une fois dans leur vie. Dans une enquête scolaire effectuée en Martinique en 2003-2004, 13 % des jeunes de 14 à 19 ans ont dit penser assez souvent ou très souvent au cours des 12 mois précédents et 11 % ont déclaré avoir essayé au moins une fois dans leur vie. Davantage de filles (15 %) que de garçons (6 %) ont tenté. Parmi ceux-ci, seuls 15 % ont été hospitalisés pour cette raison.

Les addictions

La Guadeloupe et la Martinique sont des producteurs traditionnels de rhum. Alors que la consommation est en déclin, celle d'autres boissons alcooliques augmente, tels le vin, le champagne, le whisky et la bière.

Une enquête sur les patients des médecins généralistes conduite fin 2000, début 2001, a découvert que, de toutes les régions françaises, la Martinique occupait le troisième rang, la Guyane le quatrième et la Guadeloupe le cinquième quand au niveau d'alcoolisme chez les hommes. Des enquêtes menées périodiquement en Martinique et Guyane montrent aussi la prévalence croissante de la consommation d'alcool chez les scolarisés.

Par contraste, l'utilisation du tabac dans les DOM est relativement faible ; ceci se traduit en une réduction de la morbidité et de la mortalité de maladies respiratoires et cardiovasculaires liées à ce facteur de risque. Selon une enquête de 2003-2004, 87 % des

adultes de plus de 16 ans en Martinique ne fument pas. Dans ce groupe 77 % sont non fumeurs et 10 % d'anciens fumeurs. 10 % des sujets disent être fumeurs habituels et 3 % fumeurs occasionnels. Davantage d'hommes fument que les femmes et la plus grande proportion de fumeurs avait entre 25 et 34 ans.

Les substances illicites dans les DOM sont surtout représentées par un taux élevé de consommation de cannabis et, depuis le milieu des années 80, une prévalence accrue de crack. L'explosion de l'utilisation de crack a eu un impact important sur la société dans les DOM. Cela a contribué à une augmentation de l'activité criminelle et de la probabilité de ce que les utilisateurs de crack deviennent sans abri.

Parmi les scolaires, le cannabis est la substance la plus fréquemment utilisée. En fait, les autres substances sont fort peu utilisées. Il y a cependant des différences par sexe, telles qu'une plus grande consommation et alors que la consommation augmente avec l'âge, surtout chez les garçons. D'après une enquête menée récemment parmi les jeunes de 18 ans, en 2003 la consommation régulière de cannabis est légèrement plus fréquente en Martinique et en Guyane (respectivement 7 % et 6 %) qu'en Martinique (3 %). Afin de faire face à la montée du cannabis et d'identifier des interventions plus adaptées à la jeunesse, des consultations sur le cannabis ont été organisées dans chacun des DOM en 2005.

La majorité de ceux qui ont une addiction utilisent du crack, et ont entre 25 et 39 ans. Les addictions sont parmi les priorités en matière de santé dans chacun des DOM.

Pollution de l'environnement

Deux agences sont responsables pour les problèmes de la santé environnementale dans les DOM, la cellule Internationale d'Épidémiologie d'Intervention Antilles-Guyane, connue comme CIRE. Ils sont chargés des interventions et des actions aux menaces environnementales pour la santé et l'Institut Français pour la santé nationale et la recherche médicale, qui se concentre sur la recherche dans ce domaine.

La protection de la santé de la population contre la contamination alimentaire est une priorité. En 2002-2003, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, l'AFSSA est venu confier par les ministères de tutelle, agriculture et pêche, la mise au point de règlements concernant la consommation et la santé, pour évaluer les effets nocifs de l'exposition aux pesticides à base de chlore en Martinique. On a découvert que les produits pouvant contribuer à une exposition chronique au chlore de cone étaient

consommés régulièrement, y compris le taro, les patates douces, les yams, les concombres, carottes, tomates, melons, et la peau des poulets.

Selon les enquêtes et les données de l'Eurostat AFSSA, 3 % de la population de la Martinique, soit 12700 personnes, indiquent des niveaux d'exposition à ce pesticide bien au-delà des repères de sécurité établis pour des expositions répétées. Étant donné ces résultats, un programme de prévention de l'exposition à ces pesticides est mis au point à l'heure actuelle.

D'autres études ont été menées ou sont en route en Guadeloupe et Martinique pour examiner les risques posés à la santé par la présence de polluants à l'organochlorine dans l'environnement et les risques professionnels associés. Ces études examinent l'association des pesticides avec la condition masculine, le développement prénatal et postnatal, ainsi que le cancer de la prostate.

Une des études sur l'exposition des femmes enceintes de Guadeloupe au chloredecone a détecté du chloredecone dans 90 % des échantillons sanguins prélevés chez la mère et dans le cordon ombilical, dans 100 % des échantillons de graisse abdominale chez la mère et dans 40 % des échantillons de lait maternel pris dans les 72 heures après la naissance.

Des études des années 1990 ont démontré que le mercure utilisé dans l'orpillage à l'intérieur de la Guyane contaminait le poisson des rivières, qui ensuite étaient consommés par la population. Certaines populations Amérindiennes à forte consommation de poisson de rivière montraient de hauts niveaux d'exposition au mercure. D'autres études effectuées par le CIRE en 2001, 2002, et 2004, ont confirmé que les populations les plus exposées vivaient sur les rives les plus élevées du Maroni et de l'Oyapock dont le régime alimentaire était largement à base de poisson. Une étude de 1997 a révélé que 57 % des femmes en âge de procréer de l'intérieur et du haut Maroni dépassaient les limites de sécurité pour le mercure, alors qu'une enquête de 2004 a trouvé que 8 % à 21 % des femmes vivant dans des villages le long de l'Oyapock avaient aussi atteint des niveaux également dangereux.

RACTIONS DU SECTEUR SANTÉ

Politiques de santé et plans

La France Métropolitaine compte 22 régions et 96 départements. Tous ont le même statut. La France d'Outre Mer a été restructurée en 2003.

Législativement elle est divisée en deux entités : (1) les quatre départements d'Outre Mer créés en 1946 (Martinique, Guyane, Guadeloupe et Réunion) qui sont soumis à la même législation que les départements métropolitains, et (2) les collectivités territoriales (par ex. La Nouvelle Calédonie, la Polynésie française), qui sont sujettes à des régimes spécifiques.

Chaque DOM est une région administrative avec deux autorités, chacune avec son Conseil Général pour le département et le Conseil Régional pour la région.

Les DOM sont considérés comme des « régions ultra-périphériques » de l'UE, et en tant que telles, bénéficient de mesures de protection sociales et de financement structurel pour l'entité. La réforme constitutionnelle de 2003 a proposé des amendements qui visaient à remplacer l'autorité départementale par une autorité individuelle en partie autonome. Après consultations et accord de leurs électeurs, la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane ont maintenu leur statut départemental, mais les îles de St Martin et St Barthélemy ont choisi de se séparer de la Guadeloupe et avec le passage au parlement français, elles formeront des collectivités territoriales partiellement autonomes.

Dans un département, le préfet, nommé par le président français, représente le gouvernement et exerce la seule autorité de l'État. L'administration est centralisée, mais au niveau des DOM elle comporte plusieurs couches d'autorité d'organismes appelés services déconcentrés de l'État.

La santé publique est de la responsabilité du gouvernement français. Trois lois ont été votées en France en 2004 qui ont radicalement modifié la politique de la santé en France.

La loi 809, sur les libertés et responsabilités locales, a re-centralisé un grand nombre des prérogatives du Conseil Général. Les responsabilités du Conseil Général en matière de santé sont maintenant limitées à l'action sociale, et la protection des familles et des enfants (santé maternelle et infantile et planning familial).

La loi 810 sur la sécurité sociale vise à mieux contrôler les dépenses de santé. Une mission régionale, composée de l'agence régionale pour l'hospitalisation, et l'association régionale des caisses d'assurance maladie, émet des directives pour les changements dans la répartition territoriale des professionnels de la santé, l'organisation des mécanismes pour les soins continus, et le programme d'action annuel pour améliorer la coordination entre les différents éléments du système de santé pour fournir le diagnostic préventif et les services curatifs couverts par l'assurance santé.

Enfin, la loi 806, qui se concentre sur la politique de santé publique, place la prévention au premier plan des efforts de collaboration

et cherche à renforcer le rôle de l'État dans la coordination des activités des différents acteurs, les actions et leur financement. La nouvelle organisation valide à la fois la participation régionale dans la politique de la santé et une approche volontariste de la prévention et de la promotion de la santé par le lien entre les stratégies préventives et les soins. L'organisation régionale du secteur est basée sur l'utilisation du Plan Régional de Santé Publique (PRSP) comme cadre de la planification de la santé publique. Le Groupe Régional de Santé Publique comme organe chargé de l'exécution, et la Conférence Régionale de la Santé comme organe consultatif. Au cours de 2005-2006, chacun des trois DOM a établi ses priorités au sein du PRSP.

En Guadeloupe, 11 priorités de santé publique ont été identifiées : (1) assurer l'accès de tous à l'information promouvant la bonne santé ; (2) promouvoir la santé des femmes ; (3) combattre les inégalités en matière de soins ; (4) promouvoir des comportements qui favorisent un régime alimentaire équilibré, et une activité physique adéquate ; (5) empêcher, dépister et suivre les maladies chroniques et leurs complications ; (6) lutter contre l'épidémie de VIH SIDA ; (7) promouvoir la santé sexuelle et génésique et améliorer les soins maternels et périnataux ; (8) empêcher et dépister la maladie des cellules anormales ; (9) prévenir et contrôler le cancer ; (10) lutter contre les addictions et (11) élaborer et mettre en place un plan de santé mentale.

En Guyane, le PRSP a identifié des stratégies centrales pour se concentrer sur les neuf priorités suivantes : (1) VIH SIDA, (2) cancer, (3) éducation de la santé, (4) Maladies vaccinables, (5) comportements addictifs, (6) maladies infectieuses, (7) Programme de santé du haut Maroni et du haut Oyapock, (8) santé environnementale, (9) accès aux stratégies de promotion de la santé et soins aux groupes désavantagés.

En Martinique on a sélectionné sept domaines de santé publique : (1) nutrition, (2) attitudes à risque, (3) groupes sociaux vulnérables, (4) soins préventifs, (5) maladies rares, (6) santé environnementale et (7) alertes et gestion de l'urgence.

Les défis communs aux PRSP des trois DOM sont les inégalités sociales et territoriales, prévenir les maladies évitables et réduire la mortalité associée, promouvoir un environnement sain, accroître les connaissances du public et le rendre interdisciplinaire, enfin encourager la participation du public aux questions de santé.

Pour compléter le PRSP, les agences hospitalières régionales dans chaque DOM ont publié la troisième édition des Schémas régionaux d'organisation sanitaire en mars 2006.

Services de santé publique

La surveillance épidémiologique est le travail des directions du développement social et de la santé en partenariat avec le CIRE créé en 1997. Ils agissent de concert avec l Euro"Observatoire national de la santé pour renforcer les départements décentralisés du ministère de la santé dans deux domaines importants : les maladies infectieuses et les risques de santé liés à l Euro"environnement.

Comme dans toutes les régions de France, 27 maladies communicables ont été identifiées et font l Euro"objet d Euro"une obligation de rapport aux autorités. Ce système est étayé par un réseau de médecins qui participent à un réseau de surveillance de type sentinelle.

Chaque semaine, ils font rapport des cas suspects de dengue, ou grippe, gastroentérite, rougeole, varicelle, gonorrhée, et autres MST entre autres. Ce réseau existait en Martinique et en Guadeloupe depuis plusieurs années, mais n Euro"avait pas été mis en place en Guyane avant 2006. Il est renforcé par des rapports de laboratoires publics et privés y compris l Euro"Institut Pasteur de Pointe   Pitre qui se spécialise en mycobactéries et un autre à Cayenne qui est la référence pour l Euro"arbovirus et les virus de la grippe.

 tant donné de nouvelles menaces potentielles à la santé publique, et des soucis accrus face à l Euro"environnement global, le renforcement de la détection rapide et de ses systèmes de réponse, sont une priorité pour le ministère de la santé. Le Plan des Systèmes d Euro"Alarme et la Gestion de l Euro"Urgence santé renforcent la santé régionale et locale et les systèmes d Euro"alerte dans les DOM.

Le CIRE et les observatoires de la santé maintiennent avec les Directions des affaires sociales et de la santé une alerte régionale et un système d Euro"alarme. Le CIRE contribue son expertise scientifique aux actions d clichs es par les préfets des trois DOM en assurant la coordination avec l Euro"observatoire de la santé pour la partie opérationnelle et détection rapide. Gr ce à cette structure, avec des procédures mises à jour récemment et de nouvelles ressources humaines et technologiques, les DOM, non seulement renforcent leurs capacités de répondre rapidement et efficacement aux menaces de la santé publique, mais contribuent également à forger un système de surveillance de la santé pour les Caraïbes et international essentiel dans notre monde globalisé.

En collaboration avec les observatoires de la santé et beaucoup d Euro"autres acteurs, le CIRE a commencé à mettre au point un programme de Surveillance de Détection rapide et de Gestion de l Euro" pid mie de Dengue en 2005. Cette initiative établit des stratégies de contrôle de la Dengue pour différents risques d Euro" pid mie. Les quatre secteurs d Euro"activités du Programme sont : (1) surveillance épidémiologique et entomologique avec recherche, (2)  radication du moustique par insecticide et mobilisation sociale. (3) partage de l Euro"information avec des professionnels de la santé, des leaders politiques et administratifs, (Direction Affaires Sociales

et santé, hôpitaux, préfets, Conseil Général, et mairies), le grand public, et (4)  laboration et diffusion de protocoles de soins et traitements aux patients. Ces actions exigent une participation bien coordonnée de nombreux acteurs supplémentaires dans le domaine de l pid miologie, l entomologie, l radication des moustiques, la médecine clinique, la biologie, et la presse. L laboration du Programme a abouti en 2006.

Un Plan national de santé environnemental a été adopté en juin 2004 pour réduire l incidence de maladies liées à l environnement et pour améliorer les habitats naturels. Le Plan comporte 45 objectifs à poursuivre au niveau régional et, ou, national. En se servant de ce plan comme cadre, chaque DOM a rédigé son propre plan régional de santé environnementale. Certains objectifs sont partagés par les trois, tels que la protection de la santé et du bien-être des populations vivant dans un habitat malsain, la préservation des bassins versants, l radication des vecteurs de maladie, la lutte contre la maladie des L gionnaires et la réduction des effets nocifs des pesticides sur l environnement et la santé humaine.

L eau potable en Guadeloupe et en Martinique est bactériologiquement saine, sauf au cours des périodes météorologiques spéciales. En Guyane, l acc s universel à l eau potable reste problématique.

La disposition des déchets solides reste un problème, de nombreuses décharges non traitées existent. Les incinérateurs ne traitent qu une partie des déchets et le recyclage n est qu un des tout débuts. Le dépôt de toutes sortes de matériaux dans l environnement naturel a également un impact négatif sur le tourisme et les projets d am lioration urbains.

L tablissement de la norme de 0,1 gl de chordecone dans l eau potable a causé la fermeture de certains bassins versants en Guadeloupe et Martinique. Des décrets préfectoraux émis en 2003 ont eu pour but d interdire la vente sur les marchés publics de légumes provenant de sols contaminés. Selon une étude scientifique, en octobre 2005 on a mis en place des plafonds de contamination au chloredecone pour protéger les consommateurs.

Services de soins individuels

Les soins de santé sont fournis dans des complexes hospitaliers et dans des cliniques privées.   l encontre des deux autres DOM, la Guyane a des Centres de Santé. Ces centres ont pour but de répondre aux besoins des habitants isolés géographiquement et représentent le seul accès à la santé pour ces habitants qui forment 20 % de la population. Au départ sous la houlette du Conseil Général, ses établissements ont été séparés en deux groupes :

soins curatifs et soins préventifs. Les soins curatifs sont assurés par 10 dispensaires et 11 postes sous la supervision du complexe hospitalier de Cayenne. Cela comporte des consultations médicales, des soins de routine, des services d'infirmiers, et la pharmacie. Les activités de prévention sont assurées par 20 centres de vaccination et de santé maternelle et infantile qui restent gérés par le Conseil Général.

En général, les établissements pour le court terme sont satisfaisants. Ils le sont moins dans les domaines du suivi et de la psychiatrie. Le manque d'établissements pour personnes âgées avec besoins spéciaux est évident. Surtout en Guadeloupe et Martinique.

À l'heure actuelle, les alternatives à l'hospitalisation sont insuffisantes, bien que des alternatives tels que soins domicile émergent, et que des réseaux aient commencé à s'y intéresser. On commence à voir des réseaux de soins pour l'hypertension, la gastro-entérologie, les soins pédiatriques, l'oncologie, les addictions, le diabète et l'asthme. Voir le tableau 5 pour le nombre de lits dans les établissements pour le court terme.

Promotion de la santé

[\[TABLEAU 5 \(JPEG\)\]](#) Le PRSP de chaque DOM souligne l'importance de l'éducation en matière de santé auprès du public et le besoin de soutenir les efforts dans ce domaine.

En 2004, la Guadeloupe et la Martinique ont établi leur Plan Régional d'Éducation de la Santé. Il n'est pas encore complètement appliqué en Martinique. La Guyane n'a pas encore de plan.

La Martinique et la Guadeloupe ont toutes les deux un comité qui travaille en tandem avec l'Institut pour la Prévention et l'Éducation de la Santé. Il agit du Comité guadeloupéen de l'éducation de la santé et du Comité martiniquais pour la prévention et l'éducation de la santé.

De plus, de nombreuses associations, y compris des entités au niveau national, du district et de la municipalité, ainsi que des groupes de patients, jouent un rôle essentiel de partenariat dans la prévention des maladies, offrant leur expertise dans des domaines tels que le SIDA, l'abus de drogues, ou l'anémie des cellules, voire le cancer.

[\[TABLEAU 6 \(JPEG\)\]](#) Ressources humaines

La pénurie et la distribution des professionnels de la santé sont un problème dans les trois départements, mais surtout en Guyane.

Chez les médecins, le manque de spécialistes est encore

plus prononcée que celui des généralistes (tableau 6). Cela s'applique à toutes les spécialisations.

Au complexe hospitalier de Cayenne, de nombreux postes restent vacants ou remplis par des médecins non qualifiés pour la pratique hospitalière.

En Guadeloupe et en Martinique, il y a suffisamment de sages femmes et d'infirmières pour combler les besoins (tableau 7).

Mais pour toutes les autres spécialisations, la densité est bien inférieure ; à celle de la France métropolitaine.

[\[TABLEAU 7 {JPEG}\]](#) Vu le vieillissement de la population en Martinique et en Guadeloupe, et la croissance démographique de la Guyane, la situation devrait s'aggraver. Les facultés de médecine et de pharmacie ont beaucoup augmenté le nombre de leurs programmes, mais la production de professionnels reste insuffisante pour faire face à la demande.

La troisième année d'études médicales et la première année de médecine sont enseignées dans les DOM (pour la Guadeloupe et la Martinique, uniquement la première année).

Il existe des cours de formation dans les DOM pour les professions paramédicales, une école de sages femmes, une école de massage, une école de kinésithérapeutes, trois écoles d'infirmières (une par département), une école pour infirmières pédiatriques, une pour infirmières de salles d'opération, une pour infirmières anesthésistes, une pour laborantins, trois écoles pour auxiliaires pour soins aux enfants, et trois écoles d'infirmières auxiliaires. Pour le reste la formation se fait en France.

En 2004 on dénombre des diplômés 14 sages femmes, 116 infirmières, 9 infirmières de chirurgie, 19 infirmières pédiatres, 64 infirmières auxiliaires pour enfants, et 81 infirmières auxiliaires qui complètent leur formation dans les DOM.

Fournitures de santé

Il y a au total 340 pharmacies dans les DOM, à l'exclusion des dispensaires. 153 sont en Guadeloupe, (1 pour 2 960 h), 150 en Martinique (1 pour 2 650 h), et 37 en Guyane (1 pour 5 150 h).

Tous les médicaments sont importés de France. Le fabricant passe par un grossiste. On utilise beaucoup le système du tiers payeur dans les DOM surtout dans les hôpitaux et pharmacies publiques ou le fournisseur de soins est remboursé directement par la Sécurité Sociale après le paiement de franchises. Les prix sont déterminés par le ministère de la Santé pour les médicaments remboursables.

Dans les DOM, le prix des médicaments est augmenté pour couvrir les frais de transport de France. Comme il n'y a pas de production de vaccins tous les vaccins sont également importés.

[\[TABLEAU 8 \(JPEG\)\]](#) Dépenses du secteur santé et financement

Les dépenses pour soins de santé et médicaments ont continué à augmenter dans la période de l'eurotude.

En 2004, le total pour les 3 DOM (voir tableau 8) se montait à pratiquement 1879 millions d'euros. La dépense annuelle est d'environ 2000 euros par habitant en Martinique, 1 800 euros en Guadeloupe, et 1 400 euros en Guyane.

Ces variations sont dues aux différentes structures des âges des populations respectives. Les hôpitaux, surtout publics, représentent la masse des dépenses. En plus de ces frais, de grosses sommes sont consenties par le Conseil Général chaque année pour des groupes sociaux, tels que les personnes âgées et les handicapés.

Coopération technique et financement extérieur

Mis à part les partenariats, programmes et mécanismes de financement avec d'autres membres de l'UE, les DOM ne reçoivent pas de fonds de coopération d'institutions internationales telles que la Banque Mondiale ou l'ONU.

Un autre aspect, entre 2001 et 2005, les trois régions ont mis au point un certain nombre d'activités avec des pays voisins et ont également fourni leur expertise technique. Par exemple, le personnel du CHU de Fort-de-France, en Martinique, a fourni une formation en pathologie à des médecins des Caraïbes et des techniciens pour le dépistage du cancer cervical et l'entretien de l'équipement. Il y a eu aussi coopération bilatérale entre le complexe hospitalier Lamentin en Martinique et un hôpital à Cuba.

Le laboratoire Pasteur de référence pour la mycobactérie en Guadeloupe, a fourni une expertise technique en montage de laboratoire et infrastructure à Haïti et d'autres pays des Caraïbes. Des professionnels de la Martinique et de la Guadeloupe ont aidé à former les responsables des soins pour le VIH SIDA en Haïti et ailleurs. En Guyane, l'Institut Pasteur a mené des activités de coopération régionale dans son rôle de centre de référence pour l'arbovirus et les virus de la grippe.

Des échanges d'expertise, d'équipement et de patients ont eu lieu entre DOM pour des opérations à cœur ouvert, des transplantations de reins, l'oncologie et d'autres domaines. Les hôpitaux universitaires attirent aussi des patients de pays voisins. Le CHU de Fort-de-France traite généralement 400 à 500 hospitalisations de patients résidents hors des DOM. En 2004-2005 un tiers des hospitalisations étaient liées au cancer, suivies de maladies cardiovasculaires et ostéoarthritiques.

Source : [PAHO](#) (Pan American Health Organisation) (*Organisation Pan Américaine de la Santé*) - 2007

[1] Des changements de politique de la santé en France s'attendent aux DOM
En 2004, la législature française a voté trois lois : une sur les libertés locales et les responsabilités, une sur la politique de santé publique et une sur l'assurance médicale. Elles ont radicalement changé le paysage de la santé du pays. Depuis lors, la Guyane, la Martinique et la Guadeloupe, qui en tant que DOM ont la même structure politique et administrative que le reste du pays, ont tous rédigé un plan régional de santé publique pour 2006-2010. Ces plans partagent les objectifs communs de prévention des décès évitables, diminution de l'incidence des maladies, réduction des inégalités en tenant compte des déterminants sociaux de la santé, éducation, nutrition, accès aux services de santé, et la santé environnementale, et s'assurent de l'engagement de la population dans la santé publique. Le cœur de chaque plan est un engagement qui doit assurer la santé à tous les administrés français des départements français des Amériques.