



**PREFECTURE  
DE LA REGION GUADELOUPE**

**RAPPORT**

**DU**

**COMITE REGIONAL DE L'OBSERVATOIRE  
DES DEMOGRAPHIES  
DES PROFESSIONS DE SANTE**

**REGION GUADELOUPE  
2006-2007**

# SOMMAIRE

## **1- Le contexte :**

P. 4

## **2- les principaux constats sur les effectifs des professions de santé :**

P. 5

### ***2-1- Bien que la situation des effectifs reste inquiétante en Antilles-Guyane et singulièrement en Guadeloupe, le nombre d'installations a tout de même augmenté en 5 ans***

2-1-1- la situation des effectifs de la région au 1<sup>er</sup> janvier 2007

2-1-2- Les taux d'évolution des professions de santé sont significatifs en Guadeloupe

2-1-3- Les effectifs des médecins se sont sensiblement améliorés entre 2000 et 2007

2-1-4- La population médicale de la Guadeloupe rajeunit

### ***2-2- De 1995 à 2005, les effectifs des médecins ont subi une augmentation voisine de 100%***

2-2-1 La répartition et l'évolution des effectifs de médecins selon les statuts d'exercice

### ***2-3- La densité des chirurgiens dentistes en activité a augmenté de 5 points en 3 ans, passant de 36 pour 100 000 habitants en 2003 à 41,4 pour 100 000 habitants***

2-3-1- L'évolution du nombre de dentistes est constante. L'effectif reste modeste mais s'est accru de façon importante à partir de 1997

2-3-2- L'âge moyen est de 50,2 ans versus 47 en France hexagonale

2-3-3- Peu nombreux les dentistes sont inégalement répartis sur le territoire de santé

## **3- Les modalités d'exercice de la médecine générale au 1<sup>er</sup> janvier 2007 :**

P. 11

### ***3-1- La densité des médecins généralistes libéraux est faible***

### ***3-2- L'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours est plus modeste qu'en métropole***

3-2-1- la densité des généralistes de premier recours est évidemment moins élevée qu'en métropole ; elle est ici de 71 pour 100 000 habitants, quand en moyenne elle s'élève à 90 pour 100 000 habitants en métropole

3-2-2 – les médecins de premier recours ont en moyenne 48,7 ans ; les plus de 55 ans représentent 35,73% versus 28% en métropole. Ils exercent tous en secteur 1

3-2-3- Le volume d'actes cliniques (consultations et visites) par médecin de premier recours est inhomogène, apparaît relativement modeste selon les données disponibles

### ***3-3- Le profil du MEP n'est pas spécifique aux Antilles***

### ***3-4- Les incidences du profil démographique des médecins généralistes sur l'offre de soins***

3-4-1- 2 zones déficitaires reconnues en 2004

3-4-2- le travail des séniors est marginal

3-4-3- la région AG a connu une augmentation progressive des postes offerts à l'ECN, ce chiffre est stable depuis 2004

3-4-4 –la permanence des soins est préservée mais le fonctionnement du centre 15 et des services d'urgence sérieusement perturbé

## **4- Les médecins en formation dans l'inter région Antilles –Guyane :**

P. 16

### ***4-1- la démographie des internes est l'une des plus faibles de France***

4-1-1 –Nombre d'internes par niveau d'études en novembre 2006

4-1-2- la densité des internes dans l'inter région est l'une des plus basses de France

4-1-3- les internes de 1<sup>ère</sup> année sont peu nombreux

**4-2 – les capacités d’encadrement sont plus faibles qu’ailleurs**

4-2-1 – le nombre de médecins séniors pour 10 000 habitants

4-2-2- le nombre d’enseignants pour 10 000 habitants est particulièrement bas et inégal entre services de l’inter région

4-2-3 le nombre d’enseignants par poste d’interne est le plus faible de France après la Réunion

4-2-4- le post internat dans les Antilles-Guyane : peut-on parler des installations des médecins ?

**4-3 – L’augmentation du nombre d’internes dans la subdivision a été constante :**

**5- Synthèse des constats**

**P. 21**

**6 -Les propositions et recommandations pour répondre aux besoins**

**P. 22**

**6-1-Harmoniser les données de démographie médicale entre les 4 principales sources de données dont l’INSEE**

**6-2 – Développer la formation initiale**

**6-3-Renforcer l’attractivité de la Guadeloupe et la stabilité des effectifs**

**6-4- Promouvoir la médecine générale de premier recours et s’appuyer sur l’URMLG**

**7 –Informations relatives aux orientations du programme de travail de l’ONDPS pour 2008-2009**

**P.23**

**8- Etudes régionales à mener en 2009**

**P. 24**

## **1. LE CONTEXTE :**

L'observatoire national des démographies des professions de santé créé par le décret 2003-259 du 19 juin 2003 a pour mission « de rassembler et de diffuser les connaissances relatives à la démographie des professions de santé ».

Dans ce contexte a été mis en place un comité régional de l'observatoire des démographies de Guadeloupe en référence à l'arrêté préfectoral du 21 novembre 2003.

Installé le 16 décembre 2003, le comité régional de Guadeloupe a repris à son compte les travaux initialement menés sous la coordination du SESAG et publiés en février 2003. Ceux-ci avaient en effet permis d'objectiver des besoins non satisfaits pour les praticiens paramédicaux, en particulier les infirmières (IDE et spécialisées), les aides-soignants, les masseurs kinésithérapeutes, les sages-femmes, les manipulateurs en électro - radiologie et les techniciens de laboratoire.

Par la suite, l'utilisation des hypothèses de croissance démographique de l'INSEE a permis le calcul des besoins en praticiens et paramédicaux sur la base des densités observées localement et en métropole en 2003. Les conclusions de cette étude ont été transmises à l'ONDPS à l'automne 2004.

Pour couvrir le territoire de façon satisfaisante sans pour cela s'inscrire dans un processus de rattrapage total des densités, le comité estimait alors que le besoin de recrutement supplémentaire de nouveaux médecins (remplacement des retraités compris) se situait entre **268 (en 2004) et 812 (en 2030)**. Ce résultat pouvait être obtenu par la fixation d'un numérus clausus du même ordre qu'en métropole, l'ouverture de la 2<sup>ème</sup> année des études médicales (PCEM2), et la mise en œuvre de mesures d'attractivité d'étudiants et de jeunes médecins vers la région.

Fixé à 48 en 2004, le NC est passé à 75 en 2006, représentant 10,5% des inscrits de première année (versus 15% en France). 119 médecins de plus se sont installés entre 2004 et 2006. Les objectifs ne sont pas atteints.

Aujourd'hui le président de l'ONDPS demande au coordonnateur de chaque comité régional de commenter sa situation à partir des constats tirés de la synthèse nationale et des études régionales, et de lui transmettre le rapport de cette consultation régionale.

Le rapport national 2006-2007 aborde en particulier la situation des chirurgiens dentistes, des médecins généralistes, des internes et analyse les métiers en rapport avec la périnatalité et le traitement du cancer.

La situation des Antilles Guyane et de la Guadeloupe a été prise en compte dans seulement 2 domaines, celui des internes et de la périnatalité, bien que les données non harmonisées certes, sont disponibles pour les autres champs du rapport.

Elles proviennent d'ADELI, des fichiers de la caisse générale de sécurité sociale (fichiers ERASME de la CGSS) et du conseil de l'ordre des médecins de la Guadeloupe.

Ce présent travail tente alors de combler ce manque en rapprochant les différentes données collectées sur la démographie médicale au 1<sup>er</sup> janvier 2007. Le diagnostic démographique rapporté à la périnatalité sera présenté secondairement dans le cadre d'une analyse qui abordera aussi la question des ressources relatives au traitement du cancer, et de pathologies les plus représentées en Antilles Guyane.

Enfin on peut rappeler que la loi hôpital – patients – santé - territoires, devrait venir renforcer le rôle du comité régional de l'observatoire des démographies. Ses travaux devraient servir utilement à la définition par l'ARS « des besoins en implantations pour l'exercice des soins.... notamment celles des professionnels de santé libéraux .... », besoins dont il sera tenu compte dans l'élaboration du projet territorial de santé.

## **2. LES PRINCIPAUX CONSTATS SUR LES EFFECTIFS DES PROFESSIONS DE SANTE AU 1<sup>er</sup> Janvier 2007:**

**2.1. Bien que la situation des effectifs reste inquiétante en Antilles-Guyane, et singulièrement en Guadeloupe, le nombre d'installations a tout de même beaucoup augmenté en 7 ans :**

2.1.1. La situation des effectifs de la région au 1<sup>er</sup> janvier 2007

Médecins généralistes	573
Médecins spécialistes	468
Sages-femmes	180
IDE	2360
Manipulateurs en électroradiologie	105
Pharmaciens	339
Dentistes	185

Tableau 2-1-1

2.1.2. Les taux d'évolution des professions de santé sont significatifs en Guadeloupe :

***La croissance des effectifs est de 42% en 7 ans. Elle profite dans l'ordre aux infirmiers (près de 64%), aux médecins (52%), puis aux pharmaciens (43%).***

Les taux moyens de croissance sont dans tous les cas plus importants qu'en France hexagonale pour les professions ici répertoriées. La poussée démographique des infirmiers est nette et liée en partie à la forte augmentation des places en IFSI et à la création des écoles d'infirmiers anesthésistes et de puériculture en mai 2003. Cette augmentation est bien plus faible pour les manipulateurs en électroradiologie et les chirurgiens dentistes.

Au 1er janvier 2007	Effectifs	Taux moyen de croissance annuel en %	Part des femmes en %	Part des moins 35 ans en %	Part des 55 ans et plus en %	Age moyen au 1er janvier 2007	Taux de croissance 2000-2007
Médecins généralistes	573	7,18	36,13%	7,67	32,60	49,4	51,6
Médecins spécialistes	468	7,34	28%	4,27	47,00	51,4	52,9
Sages Femmes	180	4,53	100%	19,44	28,33	46,8	30,4
Infirmiers	2360	8,59	84,80%	22,11	23,60	43,3	63,9
Manipulateur ERM	105	3,61	42,80%	9,52	23,80	48,3	23,5
Pharmaciens	339	6,16	55,75	11,20	33,92	49,4	43
Dentistes	185	4,64	29,19	8,64	34,05	50,2	31,2

Tableau 2-1-2

2.1.3. les effectifs des médecins se sont sensiblement améliorés entre 2000 et 2007:

La démographie des médecins a connu une augmentation supérieure à 50%. La dynamique de croissance est exceptionnelle au regard de la progression moyenne (7,3%) enregistrée par la métropole pour la même période.

Au 1er janvier 2007	Effectifs	Taux moyen de croissance annuel en %	Part des femmes en %	Part de - 35 ans en %	Part des 55 ans et plus en %	Age moyen au 1er janvier 2007	Taux de croissance 2000-2007
Médecins généralistes	573	7,18	36,13%	7,67	32,60	49,4	51,6
Médecins spécialistes	468	7,34	28%	4,27	47,00	51,4	52,9

Tableau 2-1-3

2.1.4. La population médicale de la Guadeloupe rajeunit :

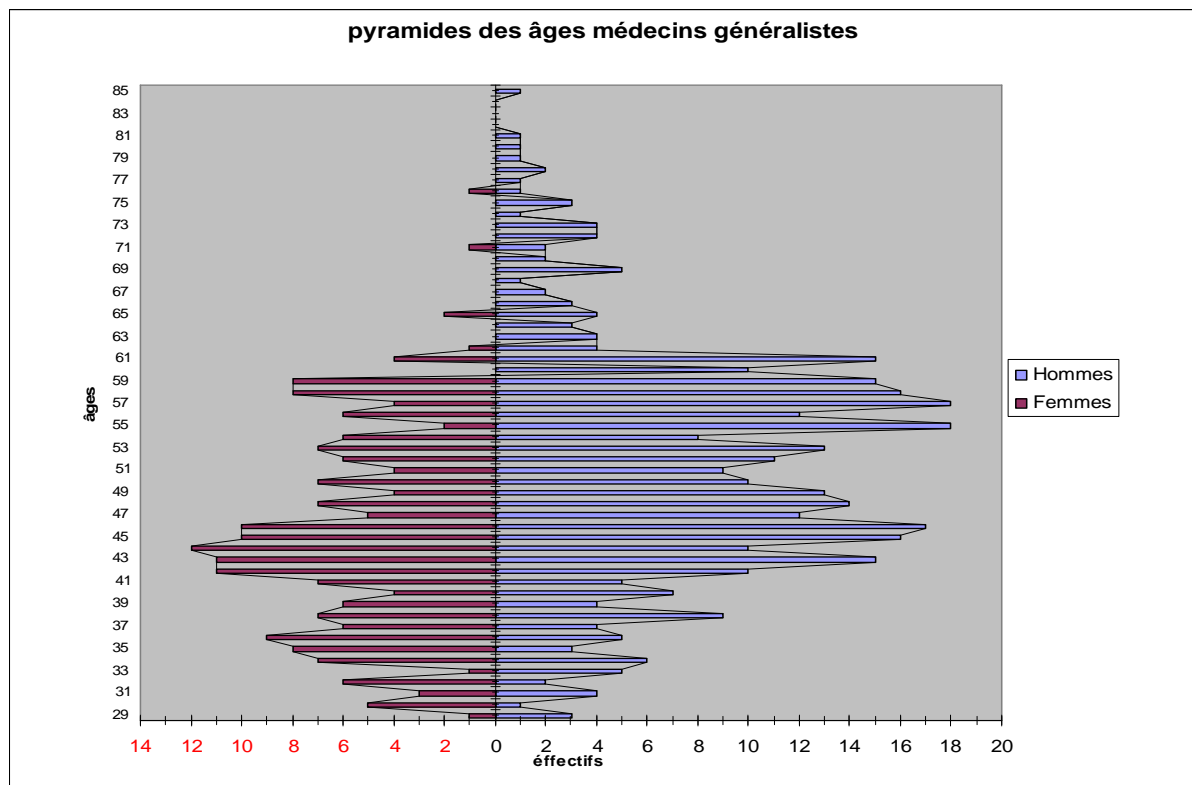
***Le médecin guadeloupéen a sensiblement le même âge (50,4 ans) que son confrère métropolitain (49,4 ans). Il a rajeuni ces 7 dernières années. 1 médecin sur 3 est âgé de plus de 55 ans.***

☛ Les médecins généralistes ont en moyenne 49 ,4 ans. Les femmes représentent 36 % du corps médical.

Effectif par âge des médecins généralistes	HOMMES	FEMMES
moins de 35 ans	21	23
35-39	25	36
40-44	47	45
45-49	72	36
50-54	51	30
55-59	79	28
60-64	32	5
65 et plus	39	4

Tableau 2-1-4

La proportion de femmes médecins généralistes diminue sensiblement au-delà de l'âge de 44 ans, le rapport homme/femme s'inverse nettement à partir de cet âge.

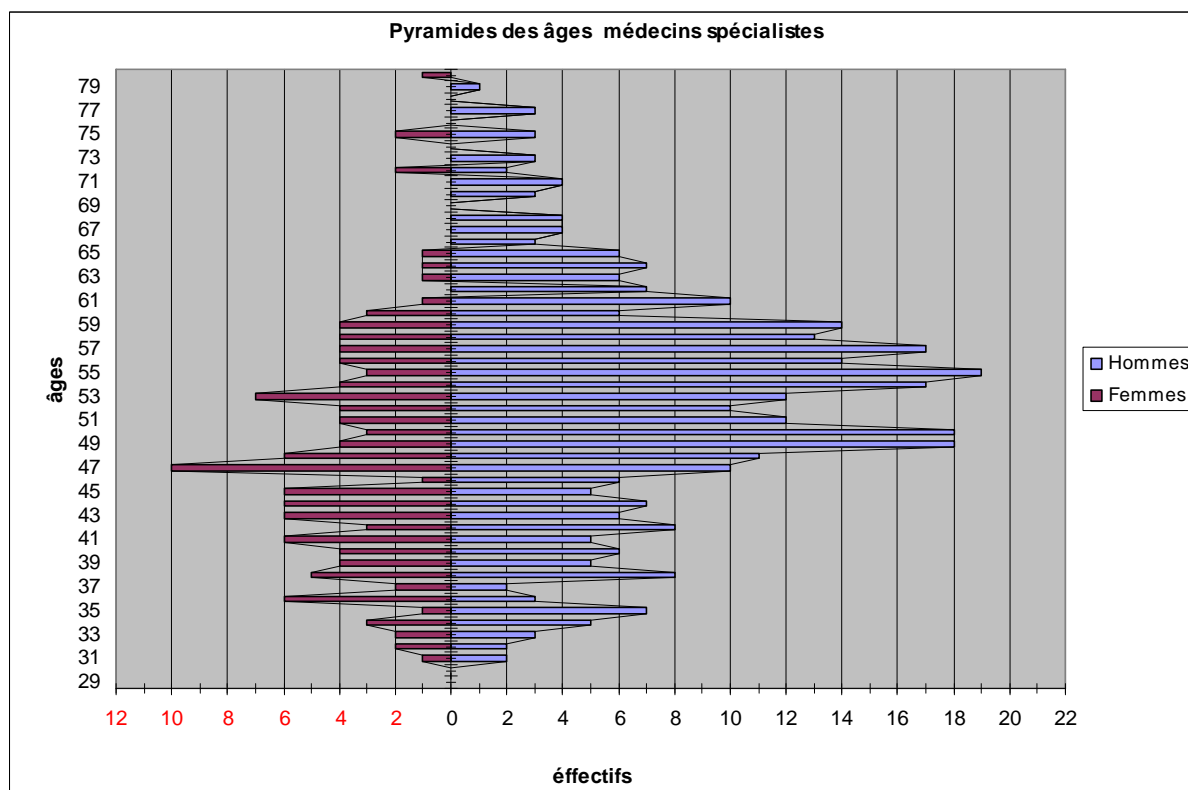


☛ Les médecins spécialistes sont âgés en moyenne de 51,4 ans. Les femmes sont relativement moins nombreuses dans cette catégorie : elles représentent 28% du corps des spécialistes.

Effectif par âge des Médecins spécialistes	HOMMES	FEMMES
Moins de 35 ans	12	8
35-39	25	18
40-44	32	25
45-49	50	27
50-54	69	22
55-59	77	19
60-64	36	6
65 et plus	36	6

Tableau 2-1-4 bis

L'écart entre les 2 sexes se creuse nettement au-delà de 49 ans.



## 2.2. De 1995 à 2005 en Guadeloupe, les effectifs des médecins ont subi une augmentation voisine de 100%:

### 2.2.1. la répartition et l'évolution des effectifs de médecins selon les statuts d'exercice

***Les effectifs de l'ensemble des médecins ont doublé entre 1995 et 2005. Cette augmentation profite davantage aux médecins spécialistes et aux médecins salariés. La croissance la plus forte est enregistrée chez les hospitaliers.***

Si les hospitaliers représentaient 13 % des salariés en 1995, ils en représentent le tiers en 2005.

La population médicale a doublé en 10 ans en Guadeloupe alors que sur la même période elle n'a augmenté que de 11% en France métropolitaine (Généralistes : + 6,9 %, Spécialistes : +14,8 %, ensemble des médecins : + 10,8 %)

Au 1er Janvier	1995	2005	Taux de croissance 1995-2005 en %
<b>Généralistes</b>	<b>278</b>	<b>539</b>	<b>93,9</b>
Libéraux et mixte	204	347	70,1
Salarié hospitaliers	10	64	540,0
Salarié non hospitalier	64	128	100,0
<b>Spécialistes</b>	<b>216</b>	<b>439</b>	<b>103,2</b>
Libéraux et mixte	158	269	70,3
Salariés hospitaliers	43	130	202,3
Salariés non hospitalier	15	40	166,7
<b>Ensemble médecins</b>	<b>494</b>	<b>978</b>	<b>98,0</b>
Libéraux et mixte	362	616	70,2
Salariés hospitaliers	53	194	266,0
Salariés non hospitalier	79	168	112,7

Tableau 2-2-1

**2.3. La densité des chirurgiens dentistes en activité a augmenté de 5 points en 3 ans, passant de 36 pour 100 000 habitants en 2003 à 41.4 pour 100 000 habitants en 2006.** La densité moyenne est en France de 65 pour 100 000 en 2006

2.3.1. L'évolution du nombre de dentistes est constante. L'effectif reste modeste mais s'est accru de façon importante à partir de 1997.

**Les dentistes sont au nombre de 185 au 1<sup>er</sup> janvier 2007.**

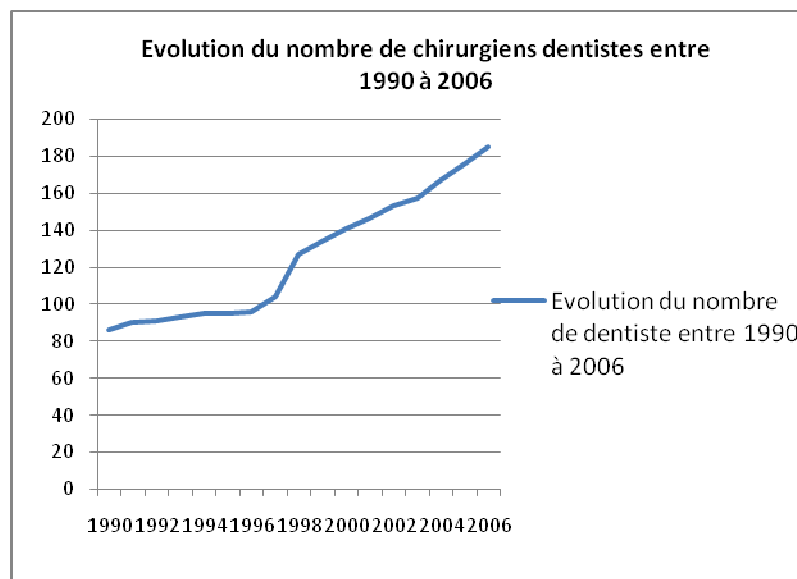


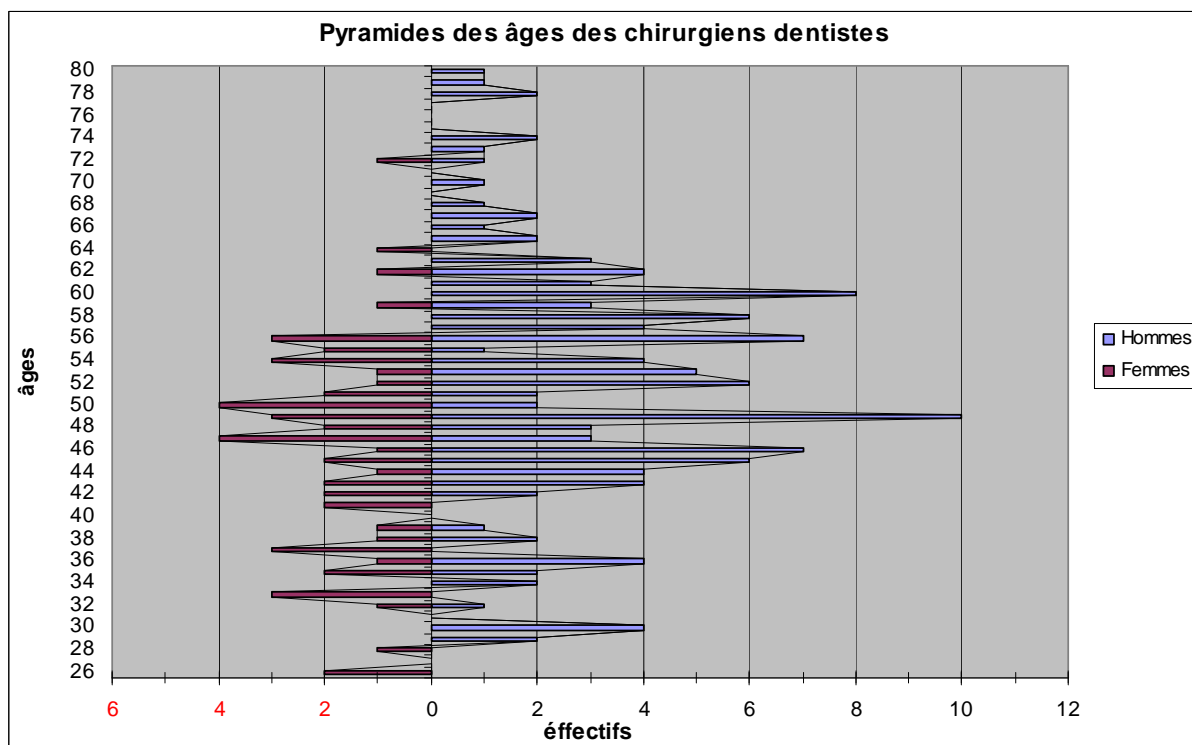
Tableau 2-3

2.3.2. L'âge moyen est de 50,2 ans, versus 47 ans en France hexagonale.

**1 dentiste sur 3 est de sexe féminin.**

Effectif par âge des dentistes	HOMMES	FEMMES
moins de 35 ans	9	7
35-39	9	8
40-44	11	7
45-49	29	12
50-54	19	11
55-59	21	6
60-64	18	2
65 et plus	15	1

Tableau 2-3-1

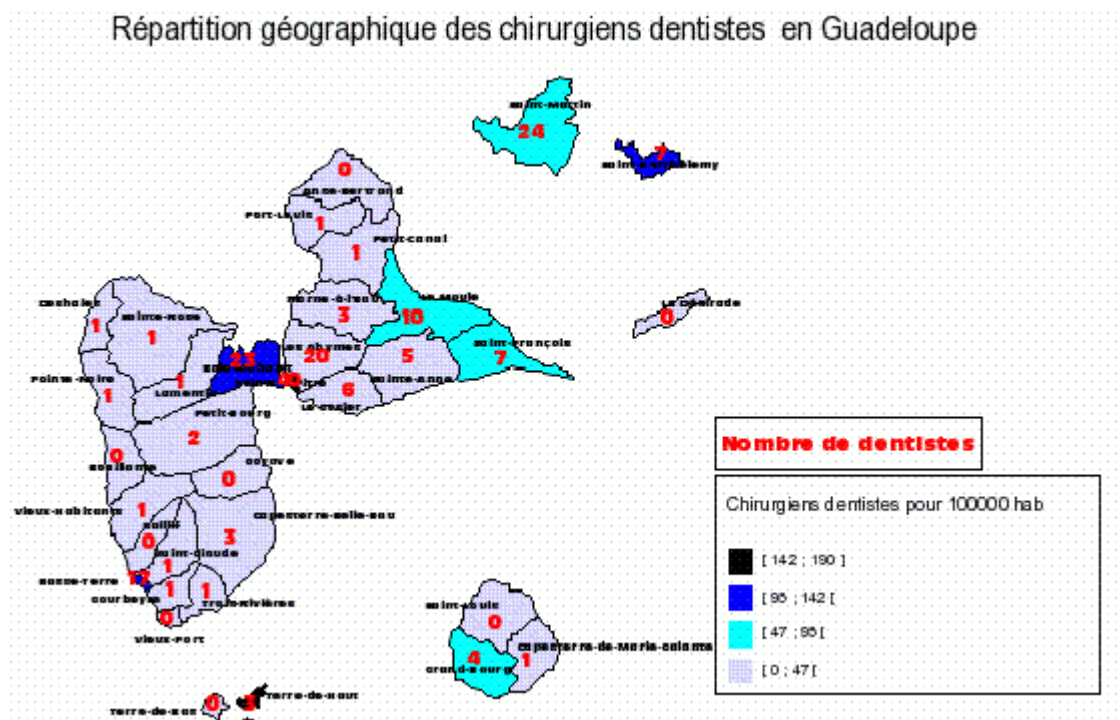


### 2.3.3. Peu nombreux, les dentistes sont inégalement répartis sur le territoire de santé :

La région entière est déficitaire.

La densité en Guadeloupe est en moyenne de 41,4 pour 100 000 habitants.

Les professionnels se concentrent dans les zones urbaines (40 à Pointe-à-Pitre, 23 à B/Mahault – 17 à Basse-Terre). Ils sont relativement bien représentés dans les Îles du Nord et autres dépendances.



### 3. LES MODALITES D'EXERCICE DE LA MEDECINE GENERALE AU 1<sup>er</sup> Janvier 2007:

Les médecins généralistes sont au nombre de **573** au 1<sup>er</sup> janvier 2007, soit **128 pour 100 000 habitants**, contre 163 en France métropolitaine.

Les omnipraticiens du secteur libéral n'exercent pas tous exclusivement la médecine dite de premier recours.

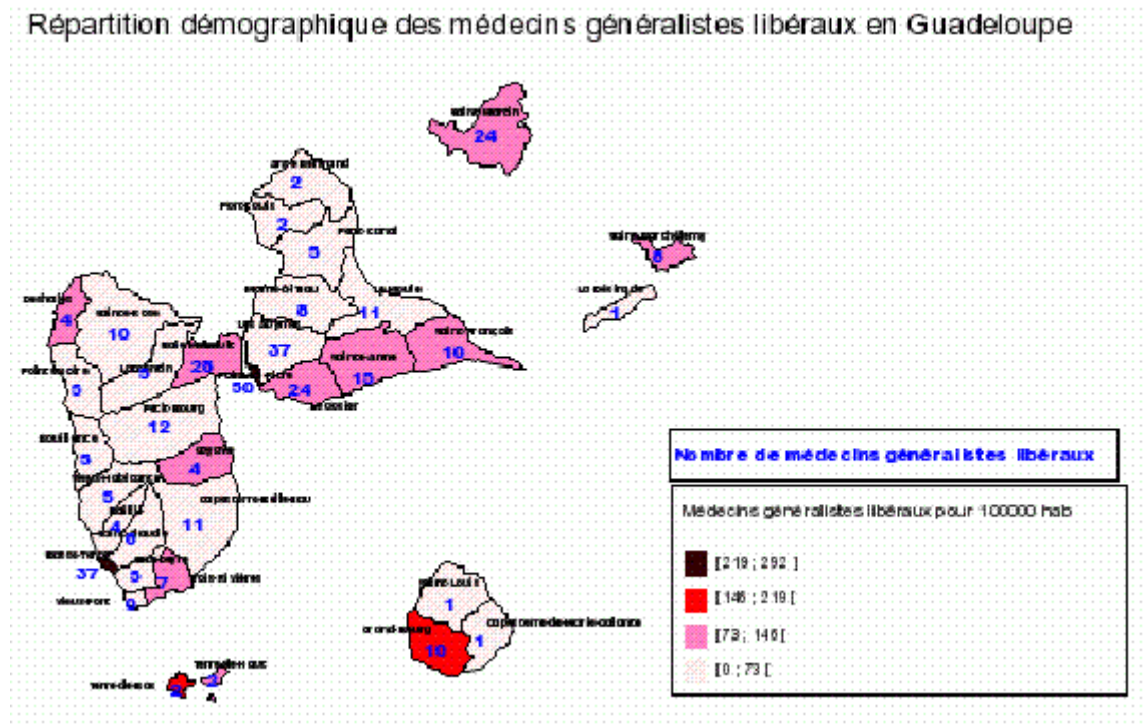
Certains sont salariés au sein de services de centres hospitaliers, d'autres peuvent pratiquer selon un mode d'exercice particulier (médecin MEP), ponctuel ou à temps complet, qu'ils choisissent ou non de déclarer.

Sous cette dénomination se retrouvent des médecins qui peuvent avoir un mode de diagnostic et/ou thérapeutique différent du généraliste « classique » ; ce sont par exemple, les homéopathes, acupuncteurs, ostéopathes pour les plus fréquemment retrouvés.

### 3.1. La densité des médecins généralistes libéraux est faible

**361** généralistes libéraux sont installés sur tout le territoire, soit **80.7 pour 100 000 habitants pour une moyenne de 110/100 000 habitants en France métropolitaine**.

Vieux Fort n'a aucun médecin ; les communes de Saint-Louis et de Capesterre de Marie-Galante en comptent 1 chacune.



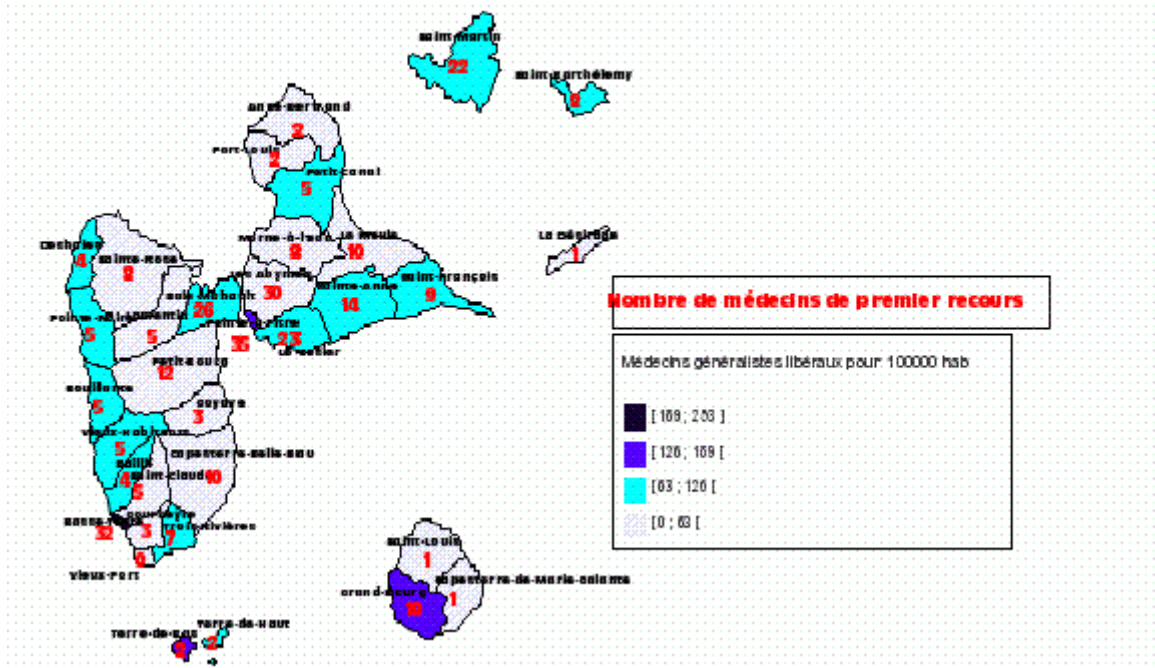
### 3.2. L'offre de soins de premier recours est plus modeste qu'en métropole :

***Selon les fichiers de l'Assurance Maladie, seuls 6 généralistes sur 10 pratiquent exclusivement la médecine de premier recours. Ils représentent en proportion 88,3% des médecins libéraux versus 92,2 % en France métropolitaine.***

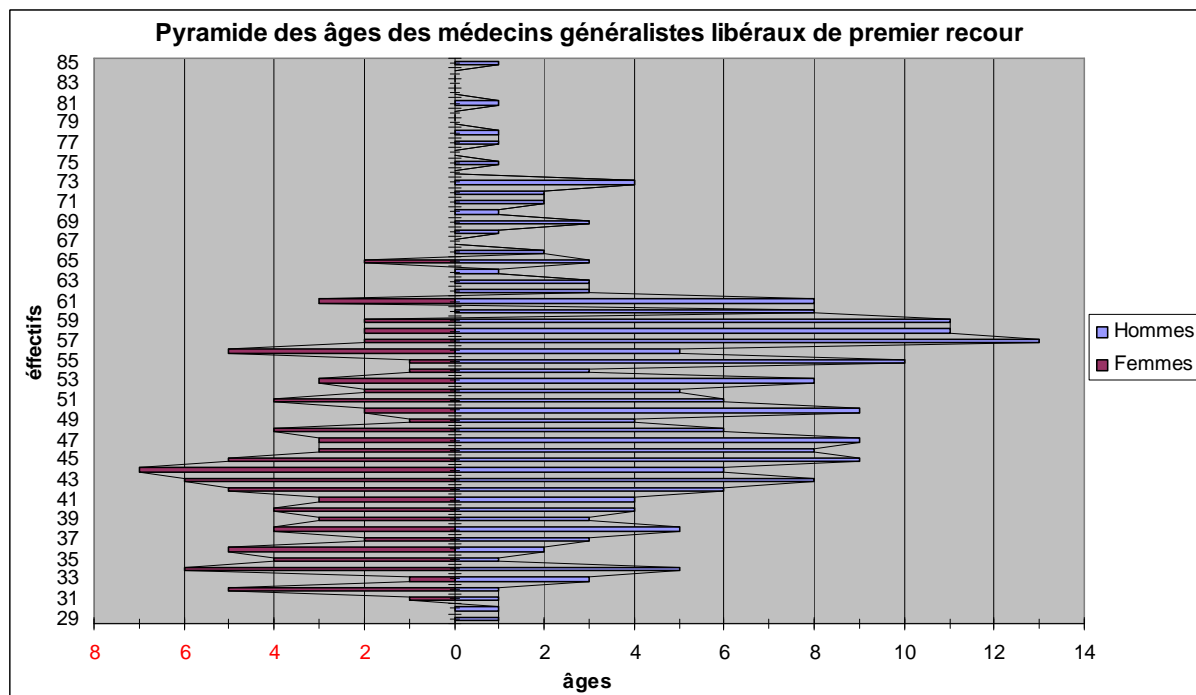
3-2-1- La densité des généralistes de premier recours, est évidemment moins élevée qu'en métropole ; elle est ici de **71 pour 100 000 habitants** quand en moyenne elle s'élève à **90 pour 100 000 habitants en métropole**.

Certaines zones qui paraissent sous médicalisées sont parfois couvertes par des médecins qui exercent la médecine de premier recours à temps partiel. Il conviendra de compléter ces données en ce sens pour mieux appréhender cette offre classique de premier recours.

## Répartitions géographique des médecins libéraux généralistes de premier recours en Guadeloupe



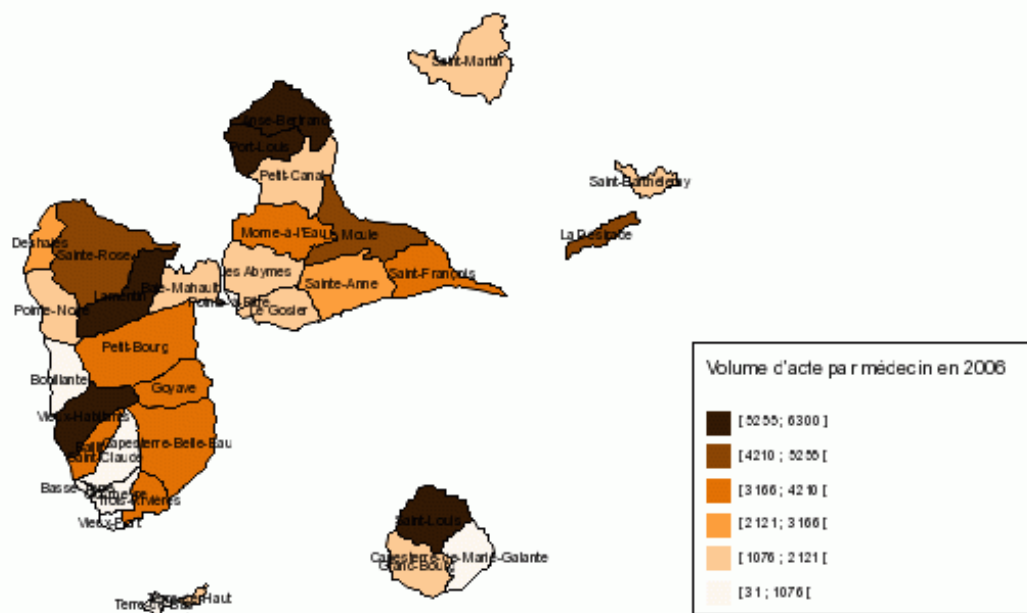
3-2-2 Les médecins de 1<sup>er</sup> recours ont en moyenne 48,7 ans, les plus de 55 ans représentent 35,73 % versus 28% en métropole. Ils exercent tous en secteur 1.



3-2-3- le volume annuel d'actes cliniques (consultations et visites) par médecin de premier recours est inhomogène, apparaît relativement trop modeste selon les données disponibles.

Les données communiquées par la CGSS évaluent celui-ci en moyenne à **2773 actes par médecin (soit 12 actes en moyenne par jour ouvrable)**. Ce volume est à considérer avec prudence car il ne semble pas refléter la réalité de l'exercice des praticiens. Ce volume varierait de 5615 actes en moyenne à Anse-Bertrand à 399 à Saint-Claude). La consommation médicale apparaît faible, en moyenne de **2,23 actes par habitant** (moins d'1 acte par saint-claudien et 2,24 par ansois). 171 médecins font plus de 2500 actes, 53 en réalisent entre 1500 et 2500, 78 sont en de ça de 1500 actes annuels.

## Répartition géographique du volume d'acte par médecin généraliste en Guadeloupe



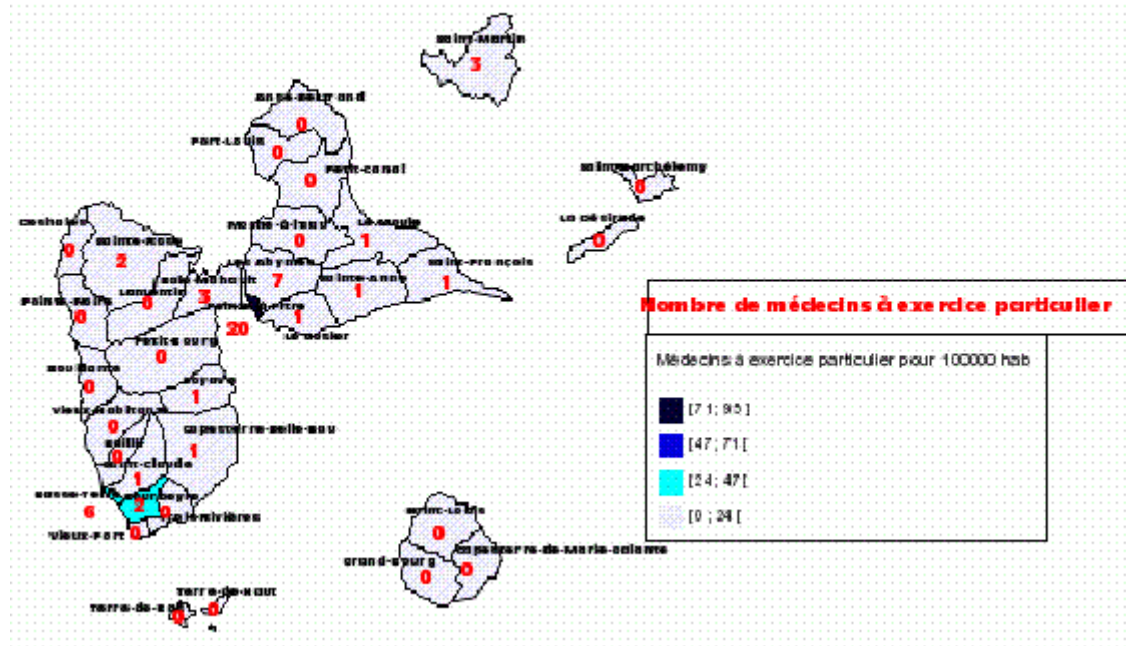
### 3-3- Le profil du médecin à exercice particulier n'est pas spécifique aux Antilles

Le nombre de MEP semble rester relativement stable au fil des années. La déclaration de ce type d'exercice reposant sur le volontariat, les données disponibles n'autorisent qu'une simple appréciation. Leur répartition reste géographiquement limitée : plutôt en zone urbaine (agglomération pointoise et basse-terrienne). Ils ont en moyenne 53 ans.

Une clarification mérite d'être portée sur ces exercices particuliers pour mieux en identifier l'activité.

Sont classés MEP dans le fichier de la CGSS : les acupuncteurs, allergologues, angiologues, électromyographes, homéopathes, gériatres, phlébologues, thermalistes, praticiens de MPR – de médecine d'urgence- médecine exotique -médecine manuelle- échographie, échographiste. On y retrouve aussi un chirurgien généraliste, un chirurgien vasculaire.

## Répartition géographique des Médecins à exercice particulier en Guadeloupe



### 3-4- Les incidences du profil démographique des médecins généralistes sur l'offre de soins :

Le médecin généraliste traditionnel a moins de 50 ans. Il exerce prioritairement une activité libérale en secteur 1. Le jeune médecin de la tranche 35-30 ans est une femme. Il s'installe plus volontiers dans les zones urbanisées ou à développement humain favorable. Il n'y a pas de zone territoriale complètement délaissée. Il fait partie des 60% du corps à avoir conservé une activité de médecine de premier recours. Son activité annuelle paraît modeste au regard des données disponibles. Il participe peu à la permanence des soins.

#### 3-4-1- 2 zones déficitaires reconnues en 2004 :

Les travaux du SESAG de mai 2004 avaient permis d'identifier 2 zones dites d'installation prioritaire selon les critères indiqués par la circulaire du 26 mars 2004. Il s'agissait des villes de **Capesterre de Marie-Galante et de Vieux Fort**.

#### 3-4-2- le travail des séniors (retraite mais position d'activité en médecine de ville ou médecine salariée) est néanmoins marginal

6 des 11 médecins retraités apparaissant au tableau départemental de l'ordre continuent en 2006 à pratiquer leur activité de généraliste. Un seul a une activité libérale.

#### 3-4-3- La région Antilles Guyane a connu une augmentation progressive des postes offerts à l'examen classant national de fin de deuxième cycle (ECN), ce chiffre est stable depuis 2004 :

Tous les postes de spécialités hors médecine générale sont occupés à l'issue du choix des internes, à la différence des postes ouverts pour la spécialité de médecine générale. Le taux d'occupation de ces derniers postes a été de 58% à la rentrée de novembre 2006 (moyenne de 40% dans les régions).

#### 3-4-4- La permanence des soins est préservée mais le fonctionnement du centre 15 et des services d'urgence sérieusement perturbé:

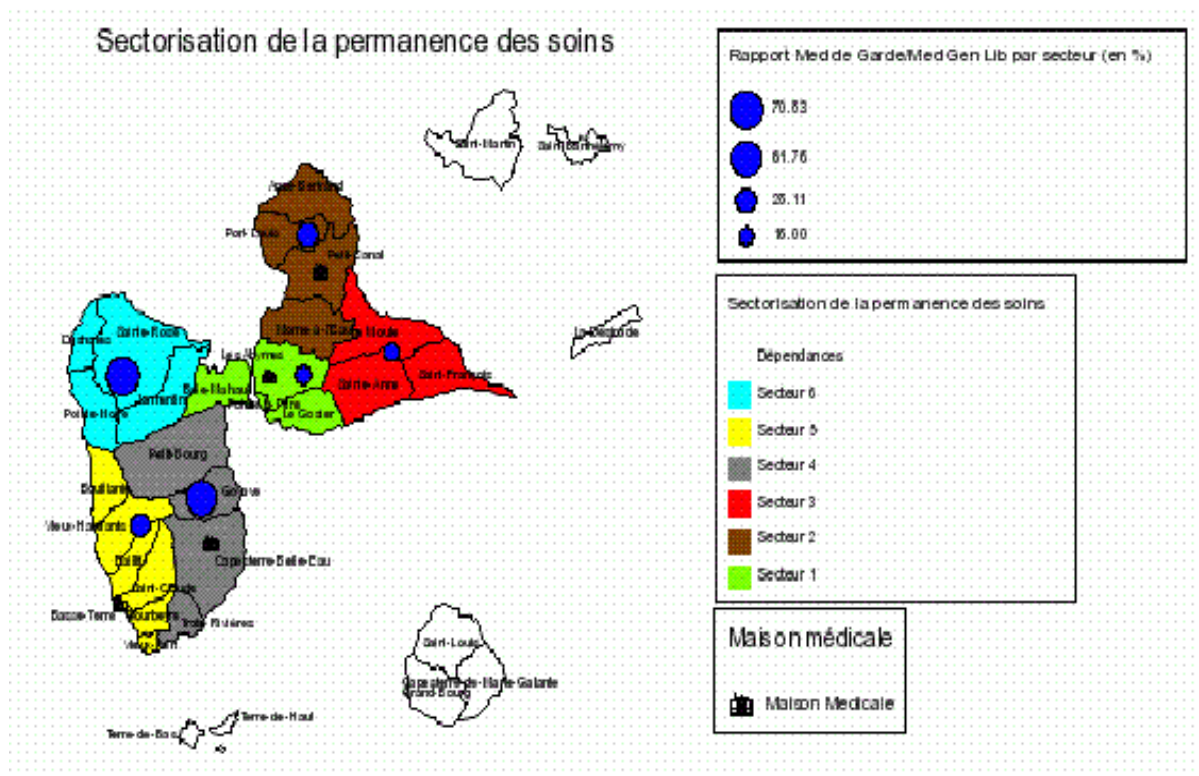
La faiblesse relative du nombre des médecins de premier recours (88 % des MGL<sup>1</sup>, 60% de la totalité des MG) entrave le fonctionnement des services d'urgence en perturbant la régulation des flux et la prise en charge des patients. En effet, 80% en moyenne des actes réalisés dans ces services d'urgence concernent des soins non urgents. Le CHU a enregistré un taux de 20,44 % d'admissions après passage aux urgences et le CHBT, 21%.

Les pertes de chance sont réelles, les perturbations aussi ; la traçabilité des examens complémentaires réalisés chez les non admis est très mauvaise.

Le nombre de médecins participant aux gardes diminue constamment : la permanence des soins ambulatoire repose en moyenne sur 1 médecin sur 3, le conseil de l'ordre reçoit des déclarations de non volontariat à la PDS et examine régulièrement des demandes d'exemption pour raisons médicales.

---

<sup>1</sup> MGL = médecins généralistes libéraux



#### 4- LES MEDECINS EN FORMATION DANS LA SUBDIVISION DES ANTILLES ET DE LA GUYANE

La formation médicale se déroule dans un cadre conventionnel avec l'université de Bordeaux 2. Seuls le PCEM 1 et le troisième cycle peuvent être menés dans l'inter région. En 2006, 75 des **715 étudiants** de première année (soit 10,5% des inscrits) répartis sur les 3 campus, vont ainsi poursuivre leur formation du PCEM 2 au DCEM 4 à Bordeaux (jusqu'au concours de fin de 2<sup>ème</sup> cycle, soit l'examen classant national ou ECN).

Le troisième cycle démarre après cet ECN. Il correspond à la gestion de flux d'internes au sein des services hospitaliers agréés en vue de leur formation pratique.

La faculté AG n'ayant pas la capacité de former les internes à l'intégralité du cursus des spécialités autres que la médecine générale et la gynécologie-obstétrique, certains étudiants sont dans l'obligation de compléter leur parcours par le choix de stages inter-CHU, soit à Bordeaux (une convention le prévoit dans la limite de 2 semestres) ou dans d'autres facultés, sous réserve de l'obtention des accords prévus par la réglementation. C'est la raison pour laquelle, le choix de l'ouverture de postes au concours de fin de deuxième cycle est aussi dépendant des possibilités d'accueil et d'encadrement.

Les Antilles Guyane reçoivent régulièrement des internes d'autres facultés métropolitaines (hors subdivision), attirés certes par l'éventail des pathologies, les possibilités d'accéder à une palette de services saturés ailleurs (pédiatrie, gynécologie – obstétrique..) mais aussi par la compétence reconnue de certaines équipes. Néanmoins, les demandes de stages inter-chu ne peuvent être toutes honorées.

Dans tous les cas, les centres hospitaliers de rattachement, principalement les CHU de FDF et de PAP (et le CHU de Bordeaux pour la période où ils y sont) procèdent à la rémunération des internes à partir d'un budget versé par l'ARH quand ils sont en services. Pendant leur parcours de stage extra hospitalier, les crédits de rémunération proviennent du budget de l'Etat. Il en est de même pour ce qui concerne le financement des honoraires des maîtres de stage, omnipraticiens libéraux, qui les encadrent.

La qualité de la formation est relativement préservée, alors que les équipes universitaires sont très peu nombreuses. Ces résultats encourageants témoignent de la mobilisation des praticiens hospitaliers en CHU et en CH.

Toutes les techniques et spécialités ne pourront aisément être développées dans l'inter région en raison des contraintes naturelles et des effets de seuil d'activité.

L'enjeu de la formation consiste à terme à identifier aux Antilles Guyanes des filières de prise en charge d'excellence autour de spécialités qui répondent en priorité aux besoins de santé de la population, à faciliter l'installation des médecins, garantir la stabilité des effectifs, sans pour cela faire de ces jeunes médecins uniquement des spécialistes de l'Outre-mer .

**4-1- La démographie des internes Antilles Guyane au 1<sup>er</sup> janvier 2007 est l'une des plus faibles de France : presque tous les indicateurs sont au rouge.**

**4-1-1. Nombre d'internes par niveau d'études en novembre 2006 :**

Les données de la faculté ont été transmises à la DSDS puis à l'ONDPS. La durée de la spécialité de médecine générale est de 6 semestres (3 ans). Le nombre total d'internes en Antilles-Guyane est de 183 versus 95 à la Réunion. L'inter région concentre environ **1% des inscriptions en DES toutes spécialités confondues.**

	1 <sup>ère</sup> Année	2 <sup>ème</sup> Année	3 <sup>ème</sup> Année (ECN 2004)	4 <sup>ème</sup> Année	5 <sup>ème</sup> Année	Total
<b>Médecine générale</b>	34	23	16			<b>73</b>
<b>Autres Spécialités</b>	25	25	32	22	6	<b>110</b>

Tableau 4-1-1 (Source faculté de médecine des AG)

L'effectif des inscrits de la 3<sup>ème</sup> année de médecine générale est le plus faible de tous, il correspond en fait aux premiers résultats du nouveau concours national (ECN) instauré par l'arrêté du 16 janvier 2004, où le nombre d'internes issus ayant choisi notre subdivision était particulièrement bas (13 par rapport aux 66 postes offerts).

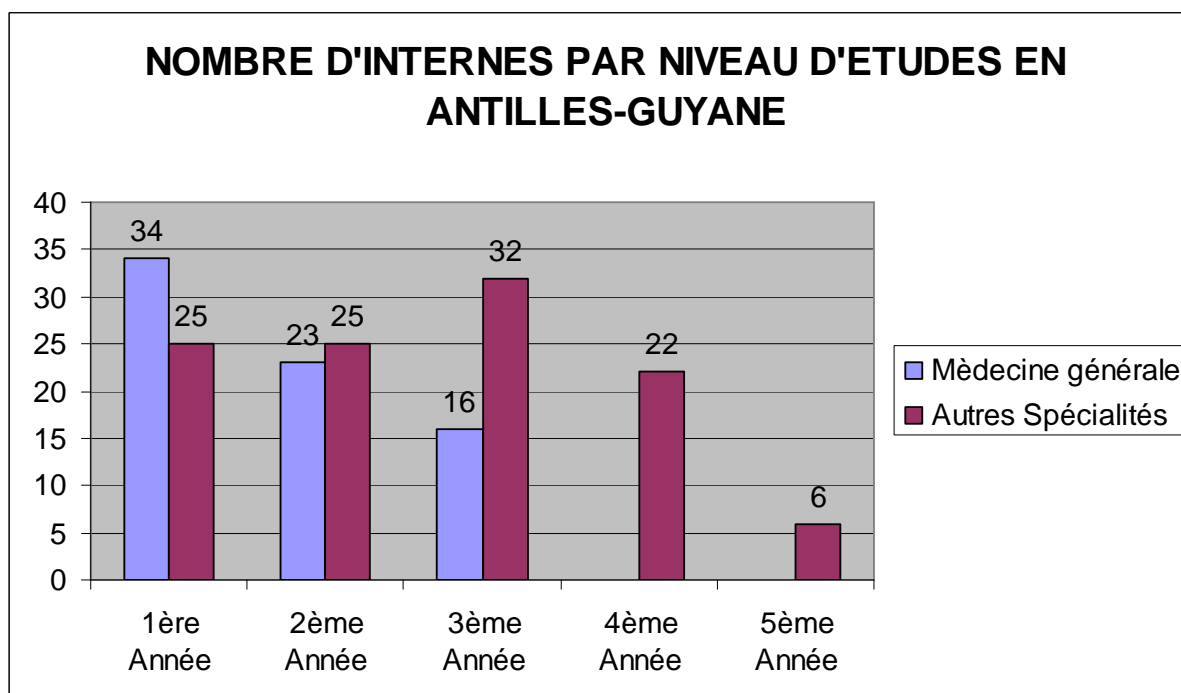


Tableau 4-1-1 bis (Source faculté de médecine des AG)

#### 4-1-2 La densité des internes dans l'inter région est l'une des plus basses de France :

La densité des internes dans l'inter région est inférieure à 2 pour 10 000 habitants (**1,76/10 000**). C'est l'une des plus basses après la Réunion et avant la région Centre, la moyenne nationale est de **2,30**.

	1ère Année	2ème Année	3ème Année	4ème Année	5ème Année	Total
Toutes spécialités confondues	59	48	48	22	6	183
Pour 10 000 habitants	0,57	0,46	0,46	0,21	0,06	1,76

Tableau 4-4-2 (Source faculté de médecine des AG)

#### 4-1-3- Les internes de 1<sup>ère</sup> année sont peu nombreux :

Quelque soit le point de vue adopté : ensemble des diplômés d'études spécialisées (DES), 1<sup>ère</sup> année et 1<sup>ère</sup> année hors médecine générale, les Antilles Guyane font là aussi partie des régions les moins dotées à côté de la Réunion, le Centre.

#### 4-2- Les capacités d'encadrement sont plus faibles qu'ailleurs :

##### 4-2-1- le nombre de médecins séniors pour 10 000 habitants

Il tient compte des effectifs des services hospitaliers agréés par la commission de subdivision, par conséquent de la couverture des services par les praticiens hospitaliers et les praticiens universitaires de chacune des régions AG. Cet indicateur constitue un indicateur du potentiel médical d'encadrement et d'accueil en stage hospitalier.

602 médecins hospitaliers séniors peuvent encadrer les internes, soit un ratio évalué à un peu moins de **6 médecins séniors pour 10 000 habitants et à 3 médecins séniors par interne**.

L'inter région se situe à la borne basse de la densité moyenne métropolitaine, celle-ci oscillant entre 6 à 10 pour 10 000 habitants, et non pas aux chiffres indiqués par le rapport national (8 pour 10 000).

##### 4-2-2- le nombre d'enseignants pour 10 000 habitants est particulièrement bas, et inégal entre services de l'inter région

Cet indicateur reflète la capacité universitaire pour enseigner, il est de **0,39 enseignant pour 10000 habitants**.

Là aussi, les Antilles Guyane sont très mal situées et occupent toujours la queue du peloton avec les régions Centre et Picardie, mais les rapports entre elles ne sont pas les mêmes puisque les Antilles et la Guyane comptent deux fois moins d'enseignants que celles-ci.

	Nombre d'enseignant	Nombre pour 10 000 habitants
Antilles Guyane	40	0,39
Centre		Moins de 1 (0,80)
Limousin		2
Ile de France		2,5

Le nombre de postes de professeurs des universités est supérieur en Martinique (8 à FDF, 4 en PAP), à l'inverse de celui des chefs de cliniques des universités (3 à FDF, 11 à PAP).

4-2-3- le nombre d'enseignants par poste d'interne est le plus faible de France après la Réunion :

Il y a **0,22 enseignant par poste d'interne.**

Cet indicateur illustre bien la difficulté de dérouler un cursus complet en Antilles Guyane. Le dispositif de formation est perfectible : création ou ré équilibrage territorial des postes universitaires, ou plus large ouverture de terrains de stage dans des établissements de métropole, sachant que les capacités de formation se réduisent dans toutes les régions du fait de l'augmentation régulière du numerus clausus.

***L'inter région présente un double handicap : une densité médicale et une densité d'internes faibles. Les Antilles Guyane sont la 2<sup>ème</sup> région la moins dotée en internes après la Réunion et avant la région Centre.***

***Sur les critères retenus pour évaluer les capacités d'enseignement, la situation des Antilles Guyane est sans commune mesure avec celle des régions les moins dotées de France.***

4-2-4- le post internat dans les Antilles-Guyane

Nous disposons de peu d'informations sur la politique de création de postes universitaires en Antilles Guyane. La lettre annuelle commune des 3 centres hospitaliers fait des propositions pour la répartition des valences entre CHU inter régionaux dans la perspective de l'identification de pôles érigés dans la complémentarité.

*Dans l'une de ses notes à la conférence nationale de santé, la représentante de la CRS de Martinique, rappelait le 29 novembre 2007, les conséquences de ce qu'elle appelait le « sous développement chronique de l'UFR Antilles Guyane, et reprenait à son compte les propositions de la communauté médicale : « création d'au moins 3 postes par CHU, création de postes de chefs de clinique dans chaque service doté de PU, renforcement des équipes de recherche s'intéressant aux problématiques régionales , création du PCEM 2 puis du DCEM 1, ouverture de postes à l'internat dans toutes les spécialités, augmentation du nombre de postes hospitaliers d'internes, création d'un CHU à Cayenne ».*

4-3- **Pourtant l'augmentation du nombre d'internes dans la subdivision a été constante :**

L'évolution du numerus clausus sur ces dernières années est constante. Le NC est passé de 10 en 1999 à 32 en 2003 puis de 48 en 2004 à 75 en 2006.

	Médecine	Odontologie	Sages-femmes	Masso - kinésithérapie	ergothérapie	Psychomotricité
1998-1999	10	2	<b>Filières non ouvertes au concours du PCEM 1</b>			
1999-2000	14	3				
2000-2001	15	3				
2001-2002	25	3				
2002-2003	32	5	23	20	5	5
2003-2004	48	6	23	19	5	5
2004-2005	68	7	23	20	5	5
2005-2006	75	7	24	20	3	5
2006-2007	77	11				
2007-2008	77	11	24	20	3	5
<i>Ouverture du PCEM 2 à la Guadeloupe en septembre 2008</i>						

Tableau 4-6 : source UFR

Le NC de 2006 représente 10,5 % des inscrits de première année. Le taux national est voisin de 15%.

Le nombre de postes offerts en sortie d'ECN est fixé annuellement par arrêté ministériel. 91 postes sont ouverts (66 de médecine générale et 25 de spécialités autres que la médecine générale). Ce nombre ne pourra être augmenté sans garantie de :

- L'amélioration des capacités d'encadrement universitaire au plan régional,
- L'ouverture plus large et plus diversifiée de terrains de stage vers d'autres services hospitaliers extra régionaux,
- la meilleure occupation des postes de médecine générale
- la budgétisation des postes proposés
- et l'obtention de bons résultats que laisse augurer l'ouverture du PCEM 2 à la rentrée 2008.

Les postes de médecine générale ont été plutôt mieux choisis dans l'inter région qu'ailleurs : **57,5% versus 37% à la même période**. Il est tout de même à noter en novembre 2008 un accroissement en métropole du taux d'occupation des postes à 88%, là où nous n'atteignons que 80%.

Les internes de spécialité hors médecine générale partagent leur cursus entre les Antilles Guyane, Bordeaux ou Paris pour la plupart. La spécialité de néphrologie est sinistrée, peut être plus qu'ailleurs puisque l'insuffisance rénale chronique et ses facteurs de risque posent des problèmes de santé publique majeurs dans nos régions.

La recherche des inscriptions de DES au conseil de l'ordre des médecins n'a pas été faite. Il serait par ailleurs intéressant de connaître les diplômés AG par spécialité puis d'évaluer les écarts ou pas d'avec les inscrits à l'ordre des médecins.

**Mais, l'impact sur les effectifs de la création en 1998 de la première année de médecine pourra être approché à partir de 2008, date à partir de laquelle on devrait avoir les premiers diplômés (même si le recul n'est pas suffisant).**

## 5- SYNTHESE DES CONSTATS :

Le comité se satisfait de la prise en compte, même partielle, des préconisations formulées en 2004 : augmentation du numéris clausus de plus 27 étudiants entre 2004 et 2006, meilleure couverture des postes de MG offerts en sortie d'ECN. Le flux des départs et des arrivées de PU /PH mérite d'être affiné en lien avec l'université et les CHU. Il est à noter que l'ouverture du PCEM 2 est effective en octobre 2008.

Le comité régional observe une augmentation du nombre de dentistes qui reste néanmoins le plus faible de France. Ils sont installés en priorité dans les villes de Basse-Terre et de Pointe-à-Pitre.

L'augmentation des effectifs est bien plus sensible ces 7 dernières années chez les médecins généralistes installés en Guadeloupe.

Cette croissance des effectifs ne permet toujours pas de combler le double handicap qui pèse sur l'inter région, qui ne permet pas de lutter contre les principales affections qui touchent la population des Antilles Guyane et de la Guadeloupe en particulier, et encore moins d'affronter les enjeux du vieillissement qui se profile.

En effet, la densité médicale est toujours l'une des plus faibles de France. Les médecins de premier recours peu nombreux, inégalement répartis ont tendance à s'éloigner de certaines zones (le Nord Grande-Terre, le Nord Basse-Terre, la Côte sous le Vent..).

Ce sont les bassins les plus éloignés des grandes agglomérations, qui connaissent des difficultés économiques, subissent le poids du vieillissement de leur population, souffrent de l'insuffisance des moyens de transports et qui connaissent une sous densité médicale.

Alors que 2 zones étaient reconnues zones déficitaires en 2004, elles sont **en 2008** au nombre de **8<sup>2</sup>**.

La faiblesse du premier recours nuit au 2<sup>ème</sup> recours. 80% des actes réalisés dans les services d'urgence concernent des soins non urgents. La permanence des soins de ville est relativement préservée ; elle repose sur un dispositif en équilibre fragile car le nombre de médecins non volontaires augmente. La proportion des médecins de garde varie de 15% à 70% selon les secteurs.

Le nombre d'internes en formation est faible, dans un contexte où la faculté de médecine des Antilles Guyane subit peut être encore plus que les autres la concurrence des grandes villes universitaires.

La situation en AG permet encore à l'interne de satisfaire sa maquette de médecine générale à la différence de nombreux services de métropole.

Malgré tout, les capacités de formation se réduisent : par insuffisance quantitative, voire qualitative de services hospitaliers agréés (peu de disponibilité des médecins..).

Les taux d'encadrement par interne ou rapporté à 10 000 habitants sont sans rapport avec les taux de métropole ; le nombre de postes vacants au CHU est de 15% (a subi une diminution de quelques points). Seul un effort de rééquilibrage des régions les plus dotées vers la nôtre et/ou une politique volontariste de création de postes seraient de nature à inverser ces données.

---

<sup>2</sup> Critères de détermination des zones déficitaires (arrêté 2007-12 du 8 janvier 2007 du directeur de la mission régionale de santé) : la densité médicale, éloignement des établissements de soins de référence, situation de double insularité, vieillissement de la population. Les communes concernées à cette date : la Côte sous le vent (Pointe-Noire, Bouillante, Vieux-Habitants), Côte au Vent (Capesterre Belle Eau), Sud Basse-Terre (Vieux-Fort), Nord Basse-Terre (Deshaies, Sainte-Rose), Marie-Galante (Capesterre et Saint-Louis), la Désirade, Les Saintes (Terre de Bas)

## 6- LES PROPOSITIONS ET RECOMMANDATIONS POUR REpondre AUX BESOINS :

Le comité régional reprend les propositions formulées en 2004 et avance d'autres pistes. Elles se déclinent ci après :

### 6-1- Harmoniser les données de démographie médicale entre les 4 principales sources de données dont l'INSEE :

Mesure fondamentale. Les valeurs se révèlent en effet différentes selon la source. Un travail d'actualisation des fichiers est à mener de part et d'autre.

Il convient de vérifier la réalité de la situation de la médecine de premier recours.

Un modèle de projection démographique inter régional sera à construire sur proposition du responsable du SESAG.

### 6-2- Développer la formation initiale :

- poursuivre l'accroissement du numérus clausus de fin de PCEM 1 , le porter au moins dans un premier temps au taux moyen observé au niveau national (15% du nombre d'inscrits) puis à 100 dans les 4 ans à venir ;
- poursuivre la montée en charge de la formation médicale en s'appuyant sur le plan santé outremer en cours d'élaboration ; le PCEM 2 a ouvert en 2008, le DCEM 1 devrait suivre dès 2009 dans le cadre de la mise en œuvre du processus Licence-Master-Doctorat (LMD) ;
- attirer les internes de l'ECN vers la région AG afin qu'ils occupent les postes de médecine générale offerts à la sortie de l'ECN ;
- améliorer l'encadrement universitaire des terrains de stage et créer les postes nécessaires, notamment des postes d'assistants spécialistes pour renforcer les capacités pédagogiques et de formation pratique des services ;
- ouvrir sous conditions des terrains de stage dans les établissements de santé privés (surtout pour la chirurgie) quand la réglementation le permettra ;
- développer des stages hors CHU, des stages à l'étranger toujours après une stricte vérification des conditions d'encadrement pédagogique
- mise à niveau des équipements (locaux, matériels de télé enseignement conséquents) ;

### 6-3- renforcer l'attractivité de la Guadeloupe et la stabilité des effectifs :

- attribuer les aides prévues à l'installation (en référence au décret du 28 novembre 2003 et des dispositions prises par la MRS) pour un exercice en zone déficitaire ;
- diffuser largement cette information et en faciliter l'accès, sur initiative de la MRS ;
- mettre en place des mesures incitatives : de la part des collectivités territoriales, mesures pour la formation continue (télé formation en référence au plan santé outremer, abonder les crédits de formation médicale continue), mesures financières....

- Développer le post internat : DESC de médecine générale, post internat de médecine générale, création de postes de chefs de clinique, assistants, PU/PH,

#### 6-4- promouvoir la médecine générale de premier recours et s'appuyer sur l'URMLG

- promouvoir l'exercice regroupé de médecins, de dentistes, de pharmaciens et autres professionnels au sein de cabinets de groupe par exemple ; dispositif prôné en particulier dans le Nord Grande-Terre et le Nord Basse-Terre,
- inciter l'ouverture des MMG à d'autres professionnels en particulier de l'éducation pour la santé, et créer des maisons de santé pluridisciplinaires ;
- proposer, en lien avec les ordres, l'URML et les collectivités territoriales des mesures incitatives pour attirer les internes de MG, et faire en sorte qu'ils s'installent ;
- développer les stages ambulatoires et extra hospitaliers dans les zones de sous densités médicales, proposer à ces maîtres de stages une rémunération correcte versée dans des délais raisonnables pour faciliter leur adhésion à la démarche ;
- améliorer l'accueil des stagiaires en stages ambulatoires et extra hospitaliers
- développer les relations entre médecins de 1<sup>er</sup> recours et médecins spécialistes des CH par le biais de l'internet, promouvoir les téléconsultations en finançant une partie des équipements des médecins (aises européennes notamment)
- allonger les plages d'ouverture des cabinets en favorisant l'exercice regroupé, la création de maisons de santé pluridisciplinaires en particulier dans le Nord Grande-Terre et le Nord Basse-Terre, y compris en réfléchissant sur de nouvelles vocations à donner aux MMG.

### **7- INFORMATIONS RELATIVES AUX ORIENTATIONS DU PROGRAMME DE TRAVAIL DE L'ONDPS POUR 2008-2009 :**

Le comité régional:

- devrait être chargé de transmettre un avis au ministre sur la formation de personnels médicaux et paramédicaux (numerus clausus et quota), ainsi que sur la formation des internes par spécialité et par région avec des prévisions pluriannuelles, sur cadrage national
- contribuerait au suivi de l'accès économique aux soins
- aurait des compétences dans le domaine des coopérations entre professionnels de santé ( ?)

#### **TRAVAUX ENVISAGES :**

- poursuite de l'exploitation du questionnaire sur les internes en médecine, groupe de travail en coopération avec les régions ;
- définition d'une méthodologie permettant une prévision pluriannuelle de la répartition des internes par région et par spécialité
- avec l'INCA, collaboration sur l'analyse des effectifs et des métiers du diagnostic des tumeurs

- approfondissement de l'analyse sur la périnatalité et élargissement éventuel à la santé des enfants
- analyse de la profession de masseur-kinésithérapeute. Les modalités diverses d'exercice de cette profession
- la médecine en Europe : état des lieux, déroulement des études et conditions d'installation et d'exercice.

#### 8- **ETUDES REGIONALES A MENER EN 2009**

- Recensement des diplômés et des inscrits à l'Ordre par région et par spécialités. En cours :
- ***Exploitation régionale*** des résultats du rapport 2006-2007 Décembre 2008
- Commentaires des résultats régionaux des ECN après transmission des données (exploitation DREES ) premier trimestre 2009
- Pour 4 régions, lancement d'une enquête auprès des médecins. Synthèse des effectifs et des structures engagés dans la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Publication Juin 2009 par l'ONDPS.
- Les ***projections*** des effectifs de médecins (DREES). Démarche à définir pour analyser la situation régionale démographique médicale actuelle par rapport aux résultats régionaux de ces projections. Définir un modèle régional.