

ETAT DES LIEUX DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION  
DANS LES SECTEURS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAL

**RAPPORT DEFINITIF**



Mars 2008

# SOMMAIRE

AVANT PROPOS.....	3
INTRODUCTION.....	4
<b>CHAPITRE I : SYNTHÈSE DE L'ÉTAT DES LIEUX .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1. LES DÉTERMINANTS DES POLITIQUES D'EMPLOI .....</b>	<b>8</b>
1.1.1. LES ÉQUIPEMENTS .....	8
1.1.2. LES PROFESSIONNELS.....	17
<b>1.2. POLITIQUES DE FORMATION.....</b>	<b>28</b>
1.2.1. SECTEUR SANITAIRE .....	28
1.2.2. SECTEUR MÉDICO-SOCIAL.....	29
1.2.3. LA VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE (VAE) .....	30
1.2.4. FORMATION EN ALTERNANCE.....	30
<b>CHAPITRE II : ÉVOLUTION PRÉVISIBLE DES BESOINS .....</b>	<b>32</b>
<b>2.1. LES BESOINS EN PERSONNEL.....</b>	<b>33</b>
2.1.1. DANS LE DOMAINE SANITAIRE.....	34
2.1.2. DANS LE DOMAINE MÉDICO-SOCIAL.....	38
<b>2.2. LES BESOINS EN FORMATION.....</b>	<b>42</b>
2.2.1. ÉVOLUTION DES SYSTÈMES DE FORMATION PROFESSIONNELLE .....	42
<b>CHAPITRE III - ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC : QUELLES STRATÉGIES POUR LA FORMATION DANS LES SECTEURS SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIAL.....</b>	<b>46</b>
<b>3.1. LES PROJECTIONS.....</b>	<b>47</b>
3.1.1. LES BESOINS EN PERSONNEL.....	47
3.1.2. CAPACITÉS DE FORMATION ACTUELLES .....	50
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>51</b>
<b>CHAPITRE IV - ANNEXES .....</b>	<b>52</b>
<b>ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES.....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXE 2 : RÉUNIONS ORGANISÉES.....</b>	<b>54</b>
<b>ANNEXE 3 : HÉBERGEMENTS PERSONNES ÂGÉES PUBLICS ET PRIVÉS.....</b>	<b>56</b>
<b>ANNEXE 4 : LISTE DES FORMATIONS AU NIVEAU NATIONAL SECTEUR SANTÉ.....</b>	<b>58</b>
<b>ANNEXE 5 : FORMATION AU NIVEAU NATIONAL SECTEUR MÉDICO-SOCIAL.....</b>	<b>60</b>
<b>ANNEXE 6 : OBJECTIFS QUANTIFIÉS .....</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXE 7 : ORIENTATIONS STRATÉGIQUES.....</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRE ANONYME.....</b>	<b>65</b>
<b>ANNEXE 9 : SIGLES .....</b>	<b>66</b>

## AVANT PROPOS

Cette étude se déroule dans un contexte fortement marqué par l'accent mis sur la pénurie annoncée de personnel soignant, dans les hôpitaux notamment. A cause des départs à la retraite prévisibles d'ici une dizaine d'année, mais aussi et surtout à cause d'une gestion imprévoyante des besoins en personnels et d'une politique de formation inadaptée.

La campagne nationale d'information et de promotion des métiers hospitaliers, lancée par le Ministère de la Santé en février 2008, se fonde sur la prévision dans les cinq ans à venir, d'un nombre de recrutements concernant le personnel non médical estimé à environ 140 000 agents dans la fonction publique hospitalière et 50 000 pour les établissements privés.

D'ici à 2015, pour les infirmiers les départs à la retraite devraient concerner 50% d'entre eux et pour la même échéance les aides-soignants seront près de 57 % à être partis à la retraite.

En Martinique, l'INSEE estime que d'ici à 2010, près de 12 400 emplois devraient se libérer dans la fonction publique dont 27 % dans le secteur de la santé et de l'action sociale. Pour le personnel soignant martiniquais cela se traduira dans les hôpitaux par le départ de 10% des infirmiers et aides soignants à la retraite sur cette période.

## INTRODUCTION

### 1. La démarche

La démarche suivie consiste à sérier l'ensemble des facteurs influant la politique d'emploi dans ces deux secteurs et à analyser les effets prévisibles de leurs évolutions en termes de recrutements, de remplacements ou de créations de postes.

Ces besoins en personnel, évalués et quantifiés chaque fois que possible ou estimés sur la base de projections pour les cinq ans à venir, dépendent pour leur satisfaction dans une large mesure à l'appareil de formation existant.

Les éléments tirés de ce rapprochement entre besoins en personnel et capacité de formation doivent permettre de dégager les stratégies les plus adéquates pour adapter l'offre de formation en tenant compte de tous les éléments externes qui régulent le marché du travail dans les secteurs sanitaire et médico-social.

Les paramètres considérés sont essentiellement :

- ▶ L'impact des politiques publiques nationales et régionales dont la principale finalité est de prendre en compte les évolutions de l'environnement sanitaire et social avec notamment le problème du vieillissement de la population ; les évolutions des besoins de la société ; l'exigence accrue de qualité et de sécurité.
- ▶ La situation critique de la démographie professionnelle avec un nombre important de départ à la retraite annoncé pour ces prochaines années.
- ▶ En matière de formation, la question de l'adéquation des besoins en personnel et des besoins en formation devra tenir compte des paramètres suivants, que sont :
  - la mobilité professionnelle observée entre la Martinique et la Métropole
  - Les capacités réelles de l'appareil de formation à offrir des conditions matérielles satisfaisantes aux différents étudiants (locaux, terrain de stage,..)
  - Des difficultés de recrutement que connaissent les établissements

### 2. Limites et difficultés

Cette démarche soumet quelques difficultés et un certain nombre de limites :

- ▶ il n'existe pas à ce jour d'étude sectorielle de référence sur les questions abordées ;

- ▶ le souci d'illustrer de façon précise les propositions faites à partir des situations réelles se heurte aux difficultés des établissements sollicités à fournir des renseignements exploitables, faute souvent d'outils de prévision, tel que la GPEC<sup>1</sup> ;
- ▶ il a été souvent nécessaire de focaliser les analyses sur quelques établissements, notamment les plus importants, pour lesquels nous avons la certitude des renseignements fournis.

Enfin, le constat de l'absence de projections fiables a conduit à limiter les prévisions à la période des cinq années 2007/2012.

### 3. Justification

Le parti pris adopté est cependant justifié, par le souci constant de fournir des éléments, les plus proches de la réalité et les plus pertinents pour permettre de sortir des généralités. Par ailleurs cette étude met l'accent sur le besoin urgent dans ce secteur d'étude collaborative impliquant les différents organismes régionaux (DSDS, ARH, CGSS, ORS, consultants...) De telles collaborations seraient bénéfiques pour une meilleure exploitation des connaissances et des compétences disponibles sur l'ensemble des professions de santé et sur le fonctionnement et les régulations de l'offre de formation et de soins.

### 4. La méthode

En terme de méthodologie, pour compenser les handicaps soulignés dans la démarche, nous avons tentés de recueillir toutes les informations disponibles, en faisant une revue complète de la littérature grise disponible (notes, études statistiques, rapports, etc.)

De même, nous avons sollicités les organismes de tutelles des deux secteurs pour qu'ils nous fournissent les fichiers disponibles et les renseignements complémentaires souhaités.

Tous ont accédé à nos demandes et doivent en cela être remerciés. Cette étude a soulevé par ailleurs, un intérêt bien réel de mesurer précisément dans un secteur à fort taux d'emploi les perspectives de création et de renouvellement. Gageons que chacun aura le souci de réaliser le travail de recueil et d'analyse nécessaire qui permettra dans un futur rapproché de disposer d'une information plus pertinente permettant de réviser et d'adapter les politiques en cours.

Nous avons également mené un certain nombre d'entretiens auprès d'informateurs clés, notamment les directeurs et responsables des ressources humaines dans les différentes structures. Egalement auprès des responsables syndicaux.

---

<sup>1</sup> Voir liste des sigles - annexe 9

Il a été nécessaire pour étayer l'analyse de partager les vues avec ces mêmes informateurs dans le cadre de réunions techniques afin de dégager un consensus sur des aspects controversés des politiques d'emploi ou de formation.

Enfin, deux enquêtes ont été menées. L'une, par la DSDS auprès de l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux de manière à compléter l'information disponible sur les prévisions d'emploi et de départ à la retraite. L'autre, avec moins de succès auprès d'une promotion d'infirmiers et d'aides soignants, pour analyser les parcours professionnels depuis l'obtention de leur diplôme. Sur ce dernier point, nous avons retenu de conduire une enquête postale dont le retour obtenu n'aura pas permis de tirer des enseignements significatifs, sauf à encourager à la mise en place d'une véritable étude de cohorte pour étudier le taux de « fuite » des diplômés.

## CHAPITRE I : SYNTHÈSE DE L'ÉTAT DES LIEUX

## 1.1. LES DETERMINANTS DES POLITIQUES D'EMPLOI

Ces déterminants sont principalement, les équipements existants qui sont arrêtés dans le cadre d'une planification sanitaire (Schéma régional d'organisation sanitaire) ou médico-sociale (Schéma d'organisation Médico-social) ; les professionnels qui interviennent aussi bien au niveau du secteur libéral que dans le cadre de la fonction publique hospitalière ou territoriale et enfin les établissements qu'ils soient financés par l'Etat ou le Conseil Général.

### 1.1.1. Les équipements

#### LE SECTEUR SANITAIRE

Tableau 1 : Lits et places établissements public de santé de Martinique (au 01.01.2006)

Etablissements	Soins de courte durée		Soins de suite et de réadaptation	Unités de soins de longue durée	TOTAL
	Lits	Places			
<b>CHU de Fort-de-France</b>	839		30 lits réadaptation	150	1019
. Médecine	459	35			
. Chirurgie	270				
. Obstétrique	75				
<b>CH. du Lamentin</b>	259		30 lits soins de suite	30	319
. Médecine	137	12			
. Chirurgie	58				
. Chirurgie ambulatoire	8				
. Obstétrique	40	4			
<b>CH. de Trinité</b>	228			30	258
. Médecine	127				
. Chirurgie	56				
. Obstétrique	45				
<b>CH. du Marin</b>	20		30 lits soins de suite		50
. Médecine	20				
<b>CH. du Carbet</b>	27		88 lits réadaptation 6 places SSR		121
. Médecine	27				
<b>CH. du Saint-Esprit</b>	55		19 lits soins de suite		74
. Médecine	55				
<b>CH. du Trois-Ilets</b>			50 lits soins de suite		50
. Médecine					
<b>CH. de Lorrain/Basse Pointe</b>			85 lits soins de suite		85
. Médecine					
<b>CH. de St Joseph</b>	45				45
. Médecine	45				
<b>CH. de Saint-Pierre</b>			30 lits soins de suite		30
. Médecine					
<b>CH. du François</b>	15				15
. Médecine	15				

Tableau 2 : Lits et places dans les établissements psychiatriques

(Au 01.01.2006)

Etablissements	Unités de soins de longue durée	Soins de courte durée	Soins de suite et de réadaptation	Total
		En nombre de lits		
CH COLSON Psychiatrie générale . Hospitalisation complète Psychiatrie infanto juvénile	187	339		339
CLINIQUE SAINT-PAUL Psychiatrie adulte . Hospitalisation complète Psychiatrie enfants . Hospitalisation complète	40	55 80 10		135

Tableau 3 : Lits et places dans les établissements privés de santé

(Au 01.01.2006)

Etablissements	Soins de courte durée		Soins de suite et de réadaptation	TOTAL
	Lits	Places		
<i>Clinique Sainte-Marie</i> . Médecine . Chirurgie . Chirurgie ambulatoire . Obstétrique	170		15 lits réadaptation 15 places SSR	200
<i>Clinique Saint-Paul</i> . Médecine . Chirurgie . Chirurgie ambulatoire . Obstétrique	93		40 lits soins de suite 15 lits réadaptation	148
<i>La Valériane</i> . SSR			79 lits soins de suite 10 places SSR	89
<i>HAD les 3 S</i>		60		60

**Tableau 4 : Taux d'équipement en lits et place en court séjour hospitalier  
(Pour 1000 habitants)**

Services	Martinique	Métropole
Médecine (y.c. HAD)	2,24	2,10
Chirurgie	1,37	1,65
Gynécologie Obstétrique	0,53	0,38

Source : DRASS-SAE- DSDS

**Tableau 5 : Taux d'équipement en soins de suite Et de réadaptation (moyen séjour)  
(au 01.01.2006)**

EQUIPEMENT Lits et places	Martinique	Métropole Taux au 01/01/2005
<b>Taux d'équipement pour 1000 habitants</b>		
Réadaptation fonctionnelle	0,46	0,54
Equipement global	1,17	1,58

**Tableau 6 : Taux d'équipement en psychiatrie infanto juvénile et en psychiatrie générale  
(au 1.01.2006)**

Discipline psychiatrie	Martinique	Métropole
<b>Taux d'équipement en Psychiatrie infanto juvénile pour 1000 enfants de 0 à 16 ans inclus</b>		
Lits d'hospitalisation complète	0,00	0,17
Equipement global (lits et places)	0,30	0,92
<b>Taux d'équipement en Psychiatrie générale pour 1000 habitants de plus de 16 ans</b>		
Lits d'hospitalisation complète	0,98	1,21
Equipement global (lits et places)	1,24	1,65

Le secteur public est prépondérant dans toutes les activités, qu'il s'agisse du court séjour, de la psychiatrie, du moyen et du long séjour.

Les lits de court séjour sont bien représentés en Martinique : un taux supérieur à la Métropole pour ce qui concerne la médecine et la gynécologie obstétrique, légèrement inférieur pour la chirurgie.

La psychiatrie accuse un retard important, tant au niveau de l'hospitalisation des enfants que des adultes.

Le taux d'équipement en soins de suite, notamment la réadaptation fonctionnelle se rapproche de la Métropole mais globalement la situation n'est pas encore satisfaisante.

### LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

#### □ Accueil des personnes âgées

Tableau 7 : Lits ou places installés au 01.01.2006 publics ou privés

ETABLISSEMENTS	Lits ou places installés
<b>Maison de retraite</b>	
. nombre d'établissements	30
. nombre de lits	1100
<i>dont section de cure médicale</i>	400
<b>Logement foyer</b>	
. nombre d'établissements	2
. nombre de logements	67
<i>dont section de cure médicale</i>	
<b>Dont EHPAD (en maison de retraite et foyer logement)</b>	
. nombre d'établissements	30
. nombre de lits	810
<b>Hébergement temporaire.</b> nombre de lits	
<b>Accueil de jour</b> . nombre de places	
<b>Services de soins à domicile</b>	
. nombre de services	6
. nombre de places	180
<b>Soins de longue durée</b>	
. nombre de lits	170
<b>TOTAL LITS/PLACES</b>	<b>2260</b>
<b>TOTAL ETABLISSEMENTS</b>	<b>62</b>

Source : DSDS/ STATISS 2007

**Tableau 8 : Taux d'équipement pour l'accueil des personnes âgées**  
(Au 01.01.2006 pour 1000 habitants de 75 ans et plus)

Equipement	MARTINIQUE	METROPOLE Taux au 01.01.2005
<b>Taux d'équipement en structures d'hébergement complet pour personnes âgées</b>  (lits maison de retraite, logements de logements foyers, et lits hébergement temporaire)	50,53	121,19
<b>Taux d'équipement en places de services de soins à domicile</b>	7,79	16,62
<b>Taux d'équipement en lits médicalisés</b>  (lits de section de cure médicale en maison de retraite et logements foyers, lits d'EHPAD, lits de soins de longue durée)	59,75	95,29

Source : DRASS Enquête EHPA-FINESS-SAE-  
DSDS Service Statistique STATISS Antilles Guyane 2007

□ **Accueil des adultes handicapés**

**Tableau 9 : Lits ou places installées par catégorie d'établissement au 1.01.2006**

ETABLISSEMENTS		Lits ou places installés
<b>Etablissements d'hébergement</b>		
Foyer d'hébergement	nombre établissement	1
	nombre lits	56
Maison accueil spécialisée	nombre établissement	1
	nombre lits	40
Foyer de vie	nombre établissement	2
	nombre lits	25
Foyer d'accueil médicalisé	nombre établissement	
	nombre lits	
<b>Etablissements de travail protégé</b>		
Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ex CAT)	nombre établissement	6
	nombre places	242
Entreprise adaptée (ex-atelier protégé)	nombre établissement	4
	nombre places	144
<b>TOTAL LITS/PLACES</b>		<b>507</b>
<b>TOTAL ETABLISSEMENTS</b>		<b>14</b>

Source : DSDS/ STATISS 2007

**Tableau 10 : Taux d'équipement au 01.01.2006 par catégorie d'établissement**  
(lits ou places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans)

ETABLISSEMENTS	TAUX D'EQUIPEMENT MARTINIQUE	TAUX D'EQUIPEMENT METROPOLE
Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S)	0,19	0,53
Foyer de vie	0,12	1,23
Foyer d'accueil médicalisé	0,00	0,37
Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ex-C.A.T)	1,15	3,12
Entreprise Adaptée (ex - atelier protéger)	0,69	0,55

Source : STATISS 2007 Outre-mer

□ Accueil enfance et jeunesse handicapées

Tableau 11 : Nombre d'établissements et places par catégorie d'établissement  
(Au 1.01.2006)

ETABLISSEMENTS	Lits et places installés
<b>Instituts médico éducatifs</b>	
nombre d'établissements	9
nombre de places	440
<b>Etablissements enfants ados polyhandicapés</b>	
nombre d'établissements	1
nombre de places	20
<b>Etablissements pour déficients sensoriels</b>	
nombre d'établissements	1
nombre de places	70
<b>SESSAD*</b>	
nombre de services	2
nombre de places	580
<b>TOTAL LITS/PLACES</b>	<b>530</b>
<b>TOTAL ETABLISSEMENTS</b>	<b>11</b>

Source : DSDS STATISS/2007 Outre-mer

DEFICIENCES	Martinique	Métropole
	Nombre de Places, lits	Nombre de Places, lits
Déficients intellectuels	440	62 791
Polyhandicapés	20	7 122
Déficients psychiques		16 816
Déficients moteurs		7 013
Déficients sensoriels	70	8 341
Autres déficiences		1 780
<b>Taux d'équipement global en lits- places d'enfants handicapés/1000 jeunes de - 20 ans</b>	<b>9.51</b>	<b>8.64</b>

Source : DRASS Enquête EHPA-FINESS-SAE

DSDS Service Statistique STATISS Antilles Guyane 2007

### □ Protection de l'enfance

Tableau 12 : Lits et places installés par catégorie d'établissements au 1.01.2006  
Taux d'équipement

ETABLISSEMENTS	LITS/ PLACES TAUX D'EQUIPEMENT
<b>Etablissements aide sociale à l'enfance</b>	
Foyer de l'enfance	80
Maison d'enfants à caractère social	400
<b>Taux d'équipement</b>	
Lits établissements de l'aide sociale à l'enfance / 1000 jeunes de – de 20 ans	4,11 contre 4,40 en métropole

Source : DSDS STATISS/2007 Outre-mer

### □ Hébergement et réadaptation sociale

Tableau 13 : Lits, places installés par catégorie d'établissement au 1.01.2006-  
Taux d'équipement

ETABLISSEMENTS	NOMBRE LITS/PLACES	METROPOLE
<b>Etablissements pour adultes et familles en difficultés</b>		
Centre hébergement réadaptation sociale, CHRS	35	31 272
Centre accueil demandeur d'asile, CADA		15 677
Autre centre d'accueil		8 743
Centre provisoire d'hébergement		1 337
<b>Taux d'équipement en lits de CHRS</b> pour 1000 adultes de 20 à 59 ans	<b>0,17</b>	<b>0,95</b>

Source : DSDS /STATISS 2007 Outre-mer

## □ Accueil des enfants d'âge préscolaire

**Tableau 14 : Places installées par catégorie d'établissement au 1.01.2006-  
Taux d'équipement**

ETABLISSEMENTS	PLACES INSTALLEES
Crèches collectives	1 780
Crèches parentales	
Haltes garderies	58
Haltes garderies parentales	
Accueil polyvalent	95
<b>Taux d'équipement en accueil collectif</b> pour 1000 enfants nés au cours des 3 dernières années	123 contre 108 en métropole
Garderies et jardins d'enfants	480
Crèches familiales places	20
enfants inscrits	22

Source : DSDS/STATISS 2007 Outre-mer

L'offre médico-sociale est largement déficitaire ; l'accueil des personnes âgées se situe à 53 places pour 1000 habitants ce qui représente moins de la moitié de la moyenne nationale.

Pour ce qui est de l'accueil des handicapés, on constate un déficit important en structures concernant : les ESAT, les Maisons d'accueil spécialisés et également les structures accueillant des enfants.

## 1.1.2. Les professionnels

### a) Les problèmes de recrutement

Les établissements connaissent des difficultés en matière de recrutement particulièrement en ce qui concerne les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. Chaque établissement emploie des stratégies propres pour attirer et fidéliser les personnels :

- Promotion professionnelle
- Bourses d'étude avec l'obligation de revenir travailler sur place
- Politique active de communication et de présence lors des salons et manifestations professionnels

Cela aboutit parfois à un certain « nomadisme » d'agents qui ne souhaitent s'engager ni pour des termes trop longs ni pour des situations de travail trop contraignantes.

### b) La mobilité

D'après les données publiées par l'Observatoire national des professions de santé, Rapport annuel 2005) il semble que la moitié des promotions sorties à l'école d'infirmiers dans les Départements d'Outre mer n'exerçait pas dans ces départements, cinq ans après avoir obtenus leur diplôme sur place.

### c) Les contraintes liées à la tarification

#### **Tarification liée à l'activité et nouvelle gouvernance :**

Les modalités de financement des établissements publics de santé ont été profondément modifiées depuis 2004 avec l'adoption de la tarification à l'activité. Avant cette date, les ressources allouées aux établissements étaient reconduites par rapport au budget de l'année précédente dans le cadre d'une dotation globale. Les recettes étaient donc assurées quelle que soit l'activité de l'établissement. Avec la T2A, les ressources sont désormais calculées à partir d'une estimation d'activités et de recettes. C'est désormais le niveau de l'activité qui génère les recettes, lesquelles autorisent l'engagement des dépenses.

#### **Les conséquences en matière d'organisation interne et de management :**

Les établissements hospitaliers sont confrontés à la recherche de façon continue de l'efficacité et de l'optimisation des moyens. Ils doivent désormais s'attacher à mieux connaître leurs activités et leur coût tout en gardant en perspective les exigences de la qualité et de la sécurité des soins.

La Tarification à l'activité renforce l'autonomie financière des établissements puisque le budget n'est plus limitatif. Cependant, les ressources doivent être conformes aux missions et aux objectifs fixés ; cette grande marge de manœuvre laissée aux établissements fait intervenir dans leur gestion les notions de gouvernance, de stratégie et la mise en place d'outils de pilotage. Il s'agit de prendre les bonnes décisions en répartissant le pouvoir au sein de l'hôpital, mais aussi de définir les orientations et de privilégier les axes qui méritent d'être développés ou renforcés et d'y affecter les ressources nécessaires.

Le manque de réactivité et d'anticipation dans ces domaines peut être rapidement sanctionné, parce que la seule variable d'ajustement risque de devenir les dépenses de personnel, ce qui se heurterait à la nécessité d'être attractif et surtout de fidéliser les personnels.

### LE SECTEUR SANITAIRE

Il s'agit essentiellement :

1. des personnels travaillant dans le secteur hospitalier public et privé et dans les SSIAD<sup>2</sup>;
2. des professionnels libéraux ;
3. des professionnels paramédicaux travaillant le secteur social et médico-social ;
4. et pour une faible proportion des professionnels travaillant dans la fonction publique de l'Etat (ex : Education Nationale) ou dans certains organismes privés

Le tableau ci-après résume l'évolution des principales catégories professionnelles concernées par l'étude de 1990 à 2006.

**Tableau 15 : Evolution des professionnels de santé exerçant à titre libéral ou salarié**

PROFESSIONS	1990	2000	2006	VARIATION
Infirmiers diplômés d'Etat	1155	1650	1822	+ 58 %
Infirmiers de secteur Psychiatrique	330	270	250	- 24 %
Sages femmes	107	136	172	+ 61 %
Masseurs kinésithérapeutes	75	191	276	+ 268 %
Orthophonistes			54	
Pédicure podologue			36	
Pharmaciens	175	229	303	+ 73 %
Manipulateurs ERM			136	

Source : DSDS/ STATISS

### Les professionnels des hôpitaux publics et privés

Les hôpitaux interviennent de façon décisive dans la politique de l'emploi dans ce secteur :

- La fonction publique hospitalière, principal employeur représente près de 8000 agents non médicaux au total dont plus de 4000 soignants.
- Le secteur privé 357 soignants

*Exemple* : sur 2793 infirmiers inscrits à la Martinique salariés et libéraux, 1577 travaillent en établissements publics hospitaliers (hôpitaux : CHU, Colson, Lamentin et Trinité), et pour les sages-femmes sur 149 inscrites (CHU, Lamentin et Trinité) 102 travaillent en établissements publics.

<sup>2</sup> Voir liste des sigles en Annexe 9

Tableau 16 : Les personnels de santé des hôpitaux

		Hôpitaux* (Effectif)	Nombre de poste depuis 5 ans	Prévision départ à la retraite pour les 5 ans à venir
Hôpital public I *	<b>Total personnel soignant</b>	<b>3109,19</b>	<b>464,50</b>	<b>282,00</b>
	Infirmiers	1577,92	265,50	155,00
	Sages-femmes	102,91	4,50	12,00
	Aides-soignants	1167,06	137,50	111,00
	Masseurs-kinésithérapeutes	25,30	8,00	4,00
	Manipulateur radio	112,00		
	Auxiliaire de puériculture	73,00		
	Puéricultrice	51,00	49,00	
Hôpital public II **	<b>Total personnel soignant</b>	<b>737,22</b>	<b>27,00</b>	<b>180,00</b>
Hôpital privé	<b>Total personnel soignant</b>	<b>357,83</b>	<b>9,47</b>	<b>9,00</b>
<b>TOTAL</b>		<b>4204,24</b>	<b>500,97</b>	<b>471,00</b>

\* Hôpitaux : C.H.U. – Lamentin – Trinité – Colson

\*\* Hôpitaux : Carbet – Saint-Esprit – Marin – Lorrain – Saint-Joseph – Saint-Pierre – François – Trois-Ilets

Aux effectifs hospitaliers, il faudrait ajouter les personnels qui exercent dans les SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile). On compte actuellement 20 infirmiers et 40 aides-soignants pour 80 places.

### Les professionnels libéraux

Tableau 17 : Evolution des professionnels de santé exerçant à titre libéral de 1990 à 2006

PROFESSIONS	1990	2000	2006	VARIATION
Infirmiers diplômés d'Etat	290	470	719	+ 147 %
Masseurs kinésithérapeutes	72	169	231	+ 220 %
Pédicures podologues			32	
Orthophonistes			47	

Source : DSDS/ STATISS

Densité infirmiers libéraux : 113 pour 100 000 habitants, ce qui nous situe au 6<sup>ème</sup> rang au niveau national.

Densité infirmiers offrant des soins de proximité : 152 pour 100 000 habitants, ce qui nous situe au 3<sup>ème</sup> rang

Activité moyenne des infirmiers libéraux : nombre moyen de coefficient d'actes 180 045, soit au 2<sup>ème</sup> rang au niveau national.

Tableau 18 : Répartition géographique des professionnels de santé libéraux (2eme trimestre 2007)

Commune	Population Estim. au 31/12/05	Sages femmes	Infirmières	Kinés	Pédicures	Orthophoniste	Orthoptistes	Ambulance	TOTAL GENERAL
Bellefontaine	1 585		4						4
Case-pilote	4 223		6	2	1	1			10
Fort-de-France	98 082	3	172	60	11	13	2	7	268
Saint-Joseph	16 490	1	14	4	1			1	21
Schoelcher	21 707	3	20	18	3	1	1	2	48
François	19 273	1	23	10	3	7		2	46
Vauclin	8 126		23	5		2		1	31
Ducos	15 866	1	31	6	1	2		1	42
Lamentin	36 508	1	43	19	6	4	1	3	77
Saint-Esprit	8 572		15	3	1			1	20
Ajoupa Bouillon	1 835		2						2
Basse Pointe	4 341		15	9				2	26
Grand Rivière	917		1						1
Lorrain	9 731		11	10		1			22
Macouba	1 425								0
Marigot	3 775		4					2	6
Marin	7 560	3	10	8	2	3		1	27
Rivière-Pilote	13 566		21	6	1			1	29
Sainte-Anne	4 356		3	3				1	7
Sainte-Luce	8 006		27	8	1	3		1	40
Anses -d'Arlet	3 597		5	2					7
Diamant	4 217		10	9					19
Rivière-Salée	12 764	2	23	6	2	3		2	38
Trois-Ilets	5 309		10	9	1				20
Carbet	3 433		6	3				1	10
Fds Saint Denis	980								0
Morne Rouge	5 627		7	2		1		1	11
Morne Vert	1 953								0
Prêcheur	1 916		2						2
Saint-Pierre	4 602		13	9		2			24
Gros-Morne	11 065		19	4				1	24
Robert	22 110		48	11	2	2		1	64
Sainte-Marie	20 918	1	24	6	3	1		2	37
Trinité	13 384	4	21	7	1	3		2	38
<b>Total Général</b>	<b>397 820</b>	<b>20</b>	<b>633</b>	<b>239</b>	<b>40</b>	<b>49</b>	<b>4</b>	<b>36</b>	<b>1 021</b>

Source : Service statistiques CGSS

Le protocole d'accord entre l'UNCAM<sup>3</sup> et les syndicats des infirmiers et infirmières libéraux du 19 avril 2007 aborde le problème des déséquilibres entre les départements s'agissant de la densité des infirmiers libéraux et la mise en place d'un dispositif de régulation démographique, notamment en ce qui concerne les installations nouvelles.

Cette régulation devra être faite en fonction d'un diagnostic qui sera établi par région après la mise en place des outils réglementaires et législatifs nécessaires.

La Martinique faisant partie des territoires à forte densité, ne manquera pas d'être concernée par ces perspectives nouvelles qui à terme aboutiront à la possibilité d'ouverture de nouveaux cabinets uniquement en remplacement des infirmiers libéraux mettant fin à leurs activités.

<sup>3</sup> Voir liste des sigles en annexe 9

**Personnels sanitaires du secteur médico-social****Tableau 19 : Personnels de la fonction publique territoriale**

Psychologue	59
Sage-femme	21
Puéricultrice	54
Infirmier	81
Kinésithérapeute	10
Auxiliaire de puériculture	244
Auxiliaire de soins	14
Aide soignant	49
Psychomotricien	29
Orthophoniste	1
Ergothérapeute	4
<b>TOTAL</b>	<b>566</b>

**Tableau 20 : Personnel paramédical du Conseil général**

Psychologue	6	
Sage-femme	19	3
Infirmier	42	4
Puéricultrice	24	3
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>10</b>

**Tableau 21 : Personnel des établissements sous compétence du Conseil Général**

Aide soignant (AS)				
Aide Médico Psychologique (AMP)	86,90	0,00	41,00	127,90
Auxiliaire Puériculture (AP)				
(Psychologue, Psychomotricien, Puéricultrice)	4,30	0,17	11,67	16,14

**Tableau 22 : Personnel des établissements sous compétence de l'Etat**

<i>PARAMEDICAL</i>	
Psychologue	27,31
Psychomotricien	18,54
Orthophoniste	6,32
Ergothérapeute	4,58
Kinésithérapeute	5,96
Infirmière	16,97
Aide-soignant	34,04
Puéricultrice	2
<b>TOTAL</b>	<b>115,75</b>

***Autres catégories***

Sont concernés les professionnels de l'Education Nationale (62 postes d'infirmières). Les professionnels attachés aux organismes privés notamment du secteur industriel et commercial.

Sont également concernés les ambulanciers, dont 150 exercent dans les entreprises de transports sanitaires et 40 dans les établissements publics.

**LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL**

Regroupe :

- Les agents travaillant dans la fonction publique territoriale en particulier les effectifs du Conseil Général, principal employeur dans ce domaine ;
- les agents travaillant dans les établissements sociaux et médico-sociaux, sous compétence de l'Etat ou sous compétence du département ;
- Les agents travaillant dans le secteur associatif ;
- les agents exerçant dans les services de l'état, dans les hôpitaux et les organismes privés ;
- les agents du service social de l'éducation nationale [32] et des hôpitaux [40].

L'étude a concerné l'ensemble des structures sociales qui ont été interrogées. L'hétérogénéité des données recueillies ne permettait pas une exploitation rationnelle. Nous avons donc retenu de présenter les résultats concernant les trois plus importants organismes du secteur.

L'un qui relève de la catégorie des établissements :

- l'ADAPEI, qui gère plus de 16 structures ;

et les deux autres du secteur associatif :

- l'ADARPA, spécialisé dans les services à la personne
- l'ADAFAE, spécialisé dans les interventions sociales.

**La fonction publique territoriale**

Le secteur médico-social représente 707 agents pour la filière médico-sociale et 413 pour le paramédical et sages-femmes. Sur ces agents, le Conseil Général totalise 52% des agents de la filière médico-sociale, 92% des assistants socio-éducatifs.

**Tableau 23 : Effectif catégorie sociale**

CATEGORIE	EFFECTIF
Conseiller socio-éducatif	14
Assistant socio-éducatif	184
Educateur de jeunes enfants	21
Moniteur éducateur	27
Agent spécialisé des écoles maternelles	400
Agent social	61
<b>TOTAL FILIERE SOCIALE</b>	<b>707</b>

Conseil Général

Tableau 24 : Personnel socio- éducatif

METIER	EFFECTIF	DEPART A LA RETRAITE DANS LES 5 ANS
<i>EDUCATIF</i>		
Conseiller socio-éducatif	10	
Assistant de service social	95	9
Educateur spécialisé	27	3
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>12</b>

Source : Conseil général Martinique (novembre 2007)

Etablissements

□ **Sous compétence du département**

Tableau 25 : Effectif des établissements et services sociaux (Équivalent temps plein)

METIERS	Personnes âgées	Personnes handicapées	Enfance	TOTAL GENERAL
Animations service social (Animateur, assistants sociaux)	19,51	2,00	9,00	30,51
Personnels éducatifs (Educateur spécialisé, Moniteur éducateur)	0,00	2,00	170,49	172,49
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>19.51</b>	<b>4.00</b>	<b>179.49</b>	<b>203</b>

Source : Conseil général Martinique (novembre 2007)

□ **Sous compétence de l'Etat**

Tableau 26 : Effectif des établissements

METIER	EFFECTIF
Moniteur éducateur	30
Moniteur Adjoint d'animation	2
Chef éducateur	1
Animateur	1
Educateur technique	9
Educateur technique spécialisé	4
Educateur en langue des signes	2
Auxiliaire de vie sociale	18,51
Educateur technique qualifié	2
Educateur spécialisé	75,38
AMP	76,85
<b>TOTAL</b>	<b>221,74</b>

Source : DS DS

Analyse de quelques cas :**a) Une association gestionnaire d'établissements médico-sociaux : l'ADAPEI**

A la lecture des informations transmises, il apparaît que cette structure connaîtra durant les cinq prochaines années un nombre restreint de départ à la retraite et il n'est pas prévu de création de postes durant cette même période.

**Tableau 27 : Les personnels de l'ADAPEI au 31 décembre 2007**

METIER	EFFECTIF	DEPART A LA RETRAITE DANS LES 5 ANS A VENIR
<i>EDUCATIF</i>		
Educateur spécialisé	51	6
Moniteur éducateur	30	1
Moniteur Adjoint d'animation	3	
Aide Médico psychologique	97	4
Animateur	8	
Educateur technique	3	
Educateur technique spécialisé	7	1
<b>TOTAL</b>	<b>199</b>	<b>12</b>
<i>PARAMEDICAL</i>		
Psychologue	11	
Psychomotricien	10	
Orthophoniste	1	
Ergothérapeute	4	
Kinésithérapeute	4	1
Infirmière	8	2
Aide-soignant	15	
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>3</b>

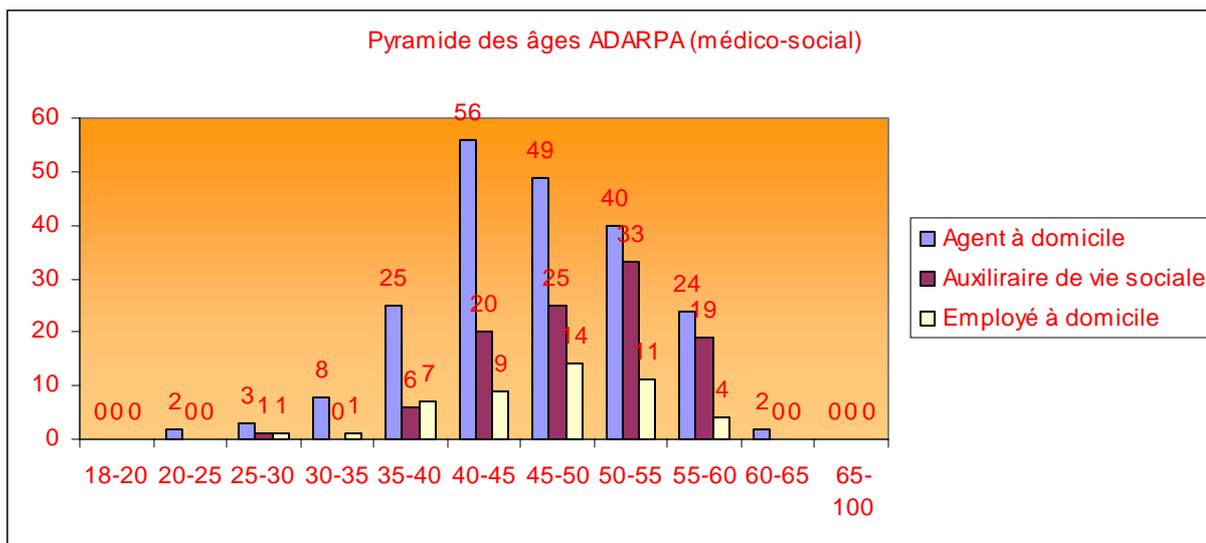
Source : ADAPEI

**b) Deux associations de services à la personne : ADARPA et ADAFAE**

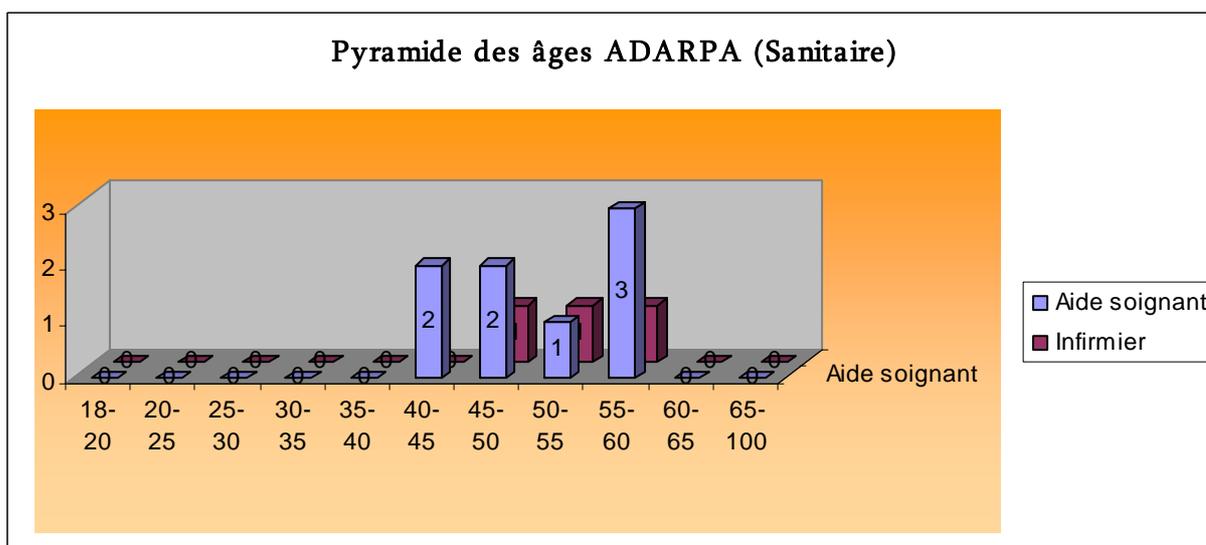
Aucune de ces deux structures n'envisagent de création de poste durant les cinq prochaines années. Compte tenu de la pyramide des âges de leurs effectifs, elles auront à connaître des départs à la retraite durant les cinq prochaines années.

**Tableau 28 : Effectif ADARPA**

METIERS	EFFECTIF
Agent à domicile	234
Employé à domicile	58
Auxiliaire de vie sociale	105
<b>TOTAL</b>	<b>397</b>



Source : ADARPA



Source : ADARPA

Tableau 29 : Les personnels de l'ADAF AE au 31 décembre 2006

METIER	EFFECTIF
<i>EDUCATIF</i>	
Technicien de l'intervention sociale et familiale	81
Auxiliaire de la vie sociale	23
Equipe animation	11
Clubs et équipes de prévention	34
<b>TOTAL</b>	<b>149</b>

Source : Bilan social ADAFAE

L'analyse de la pyramide des âges des personnes employées par cette structure indique à priori qu'une trentaine de personnes serait susceptible de partir à la retraite dans les 5 années à venir.

Concernant le recrutement, les principaux responsables d'établissement de ce secteur ne signalent pas de difficultés particulières de recrutement, lequel est effectué en majeure partie sur place.

## 1.2. POLITIQUES DE FORMATION

### 1.2.1. Secteur sanitaire

- ❑ **les formations au niveau national** (*voir liste en annexe 4*)
- ❑ **Les formations locales**

Le nombre de place offert aux étudiants martiniquais n'a pas connu d'évolution sensible durant les 5 dernières années. Seule la capacité d'accueil de l'école des infirmiers de Fort-de-France a été modifiée puisque qu'elle été portée en 2003 de 42 à 84 places.

La création de l'école de kinésithérapeute en 2002 a fixée le nombre de place à 20, non modifié à ce jour de même que la formation d'aides-soignants et de sages-femmes.

**Tableau 30 : Formation paramédicale et sage-femme**

FORMATION	MINISTERE DE TUTELLE	ETABLISSEMENTS	DUREE	QUOTAS 2007/2008	EFFECTIFS REELS
Infirmiers	Santé	IFSI	3 ans	252	279
Aide-soignant	Santé		10 mois	45	43
Sage-femme	Santé	Lycée Frantz Fanon	10 mois		20
Infirmier de bloc opératoire	Santé	CHU de Fort-de-France	4 ans	96	79
Kinésithérapeute	Santé	Hôpital du Lamentin	10 mois	24	15
Auxiliaire de puériculture	Santé	Ecole Fort de France	4 ans	60	63
Technicien en Analyses biomédicales	Educ. Nat. Ou santé	AFPA	41 semaines		20
Manipulateur ERM			Lycée Bellevue	3 ans	
			3 ans		15

**Diplôme d'état d'ambulancier** : Un dossier de création et d'agrément pour un institut de formation d'ambulancier est en cours d'étude.

## 1.2.2. Secteur médico-social

- Les formations au niveau national (voir liste en annexe 5)
- Les formations locales : elles n'ont pas connu de modification de leurs capacités au cours des cinq dernières années

Tableau 31: Les formations aux métiers sociaux éducatifs

FORMATIONS	MINISTERE DE TUTELLE	ETABLISSEMENTS	DUREE	EFFECTIF	
				Quotas ou Moyenne	Effectif réel**
. Educateur spécialisé	Santé	IFMES	3 ans	20	71
. Assistant de service social			3 ans	20	92
. Educateur de jeunes enfants			3 ans	20	65
. Moniteur Educateur			2ans	20	44
. Technicien de l'intervention sociale et familiale			2 ans	20	29
. Aide médico psychologique			17 mois	20	18
. Auxiliaire de vie sociale (AVS)	Santé	IFMES	1 an	20	22
		AFPA	1 an		14
		Fédération des Associations et Clubs du 3 <sup>ème</sup> Age	1 an		15
		MIC Formation	1 an		15
CAP Petite enfance	Santé	GRETA	2 ans		50
		MIC Formation			15
		Quid Formation			15
. Mention complémentaire Aide à Domicile	Educ. Nat.	GRETA			50
		AMEP Raynal Sarcus			15
. Diplôme Aide à Domicile		Lycées de Pointe des Nègres		1 division de 20	20
. BTS Economie Vie familiale et sociale				1 division de 20	20

Les capacités de l'appareil de formation doivent tenir compte de deux éléments importants que sont la VAE et les formations en alternance.

### 1.2.3. La Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)

La VAE permet de faire reconnaître l'expérience professionnelle afin d'obtenir un diplôme, un titre ou un certificat de qualification professionnelle. C'est un droit ouvert à tout salarié, non salarié, demandeur d'emploi, agent public, à une seule condition : justifier de trois années d'expérience professionnelle en continue ou en discontinue en rapport avec le contenu du diplôme de qualification envisagée.

*\* Voir liste des diplômes concernés en annexe.*

S'agissant de la Martinique, la situation à ce jour est la suivante, diplômes :

- ▶ **Assistante sociale** : 22 dossiers présentés : 2 admis partiellement et 2 admis en totalité.
- ▶ **Aide-soignant** : 17 dossiers présentés, 15 admis partiellement et 2 admis en totalité
- ▶ **Auxiliaire de vie sociale** : 72 dossiers présentés : 29 admis partiellement et 41 admis en totalité
- ▶ **Médiateur** : 26 dossiers présentés, 10 admis partiellement et 10 admis en totalité
- ▶ **Educateur Spécialisé** :
  - Pour 2006 - 61 dossiers présentés : 10 admis partiellement et 12 admis en totalité
  - Pour 2007 - 83 dossiers présentés : 14 admis partiellement et 7 admis en totalité

Dans les années à venir, le nombre de personnes admises à se présenter à la VAE devrait augmenter de façon sensible, notamment dans le secteur social permettant certainement d'intégrer nombre d'aides éducateurs dans les carrières de vie sociale ou d'éducateurs avec cependant un coût financier que doivent supporter les candidats dans leur préparation.

Concernant le secteur sanitaire, la nécessité apparaît d'un accompagnement au niveau des établissements de santé pour permettre au candidat au diplôme d'aide-soignant et dans l'avenir, d'infirmier, d'aborder dans de bonnes conditions le parcours nécessaire à l'obtention de ces diplômes.

### 1.2.4. Formation en alternance

**PACTE<sup>4</sup>** : en 2006 un nouveau mode de recrutement dans les corps et cadre d'emploi de catégorie C des trois fonctions publiques a été mis en place. Il s'agit du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'Etat, ouvert aux jeunes de 16 à 26 ans. C'est un contrat de droit public alternant formation et stage et permettant

---

<sup>4</sup> Voir liste des sigles en Annexe 9

d'intégrer la fonction publique en qualité de fonctionnaire titulaire après une vérification d'aptitude.

Ce dispositif intéressera plus particulièrement dans le secteur sanitaire : les aides-soignants et dans le secteur social : les auxiliaires de vie sociale.

Une mention spéciale doit être faite concernant l'institut de formation aux carrières administratives sanitaires et sociales associant en partenariat le Ministère de l'Emploi, le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Outre-mer, l'ANT, la Mairie et l'hôpital de Dieppe. Cet Institut situé dans la ville de Dieppe accueille essentiellement des jeunes originaires des départements d'Outre-mer, résidants dans leur département et accessoirement quelques jeunes originaires de la région de Dieppe.

L'IFCASS assure la préparation au concours suivants :

■ ***Dans le domaine sanitaire :***

- Concours d'entrée dans les écoles d'infirmières
- Concours d'entrée dans les écoles d'aides-soignants

■ ***Dans le secteur social :***

- Concours d'entrée dans les écoles d'assistantes service social
- Moniteur éducateur
- Educateur de jeunes enfants

Les candidats subissent sur place (en général à la DSDS) les épreuves de sélection et ceux dont le dossier est retenu peuvent être pris en charge par l'ANT.

La durée de la scolarité à l'IFCASS est actuellement de 9 mois.

Chaque année, près d'une trentaine de candidats sont admis à cet institut avec une priorité pour la préparation aux écoles d'infirmières, de sages-femmes et d'assistantes sociales.

## CHAPITRE II : EVOLUTION PREVISIBLE DES BESOINS

## 2.1. LES BESOINS EN PERSONNEL

Plusieurs éléments rentrent ici en ligne de compte :

- ◆ L'impact des politiques publiques mises en œuvre par le schéma d'organisation sanitaire et médico-sociale, les départs à la retraite et l'environnement général.
- ◆ Les prévisions de créations de postes liées aux activités nouvelles inscrites dans le cadre de schémas de planification, sont données par les établissements à titre indicatif et doivent tenir compte de leur capacité à se projeter dans l'avenir avec des instruments de prévision suffisamment pertinents pour appréhender la production des activités liées aux thématiques des schémas qu'ils ont choisis de traiter dans le cadre de leurs orientations stratégiques.

*Dans le domaine sanitaire*, nous avons retenu les établissements les plus importants que sont : le CHU de Fort-de-France, les centres hospitaliers de Trinité, Lamentin et Colson.

*Dans le secteur Médico-social*, les schémas d'organisation sont en cours d'élaboration. Pour estimer les besoins en personnel on peut s'appuyer sur les prévisions de création de structures et les estimations de besoin en personnel. Celles-ci peuvent être précises dans certains cas, pour d'autres elles découleront de négociations avec les différentes autorités de tutelle en fonction des enveloppes budgétaires nationales ou régionales.

### 2.1.1. Dans le domaine sanitaire

#### EVOLUTION DU CONTEXTE

##### *Evolution de la demande de soins*

Le patient acteur de sa propre santé demande à être mieux informé et associé aux décisions le concernant. Il exprime des exigences de qualité de la prise en charge. Certaines populations vont demander des dispositifs d'accompagnement spécifiques : les personnes âgées, les personnes handicapées, les malades mentaux et les populations précaires.

##### *Evolution de l'offre de soins*

#### Le SROS <sup>5</sup>

Les orientations du SROS ont pris en compte les plans nationaux arrêtés par le gouvernement et le parlement (plans : CANCER, maladie d'Alzheimer, handicapés, etc.) mais aussi les recommandations figurant dans le PRSP<sup>6</sup> de la Martinique. Il comporte donc pour la période 2006/2011, les réponses les plus adaptées afin de répondre aux besoins de la population dans les domaines suivants :

##### *1°) la qualité et la continuité des soins dévolus aux personnes âgées*

Grâce à un maillage géographique de l'offre de soins en cohérence avec l'équipement médico-social, apparaît à côté de la coordination et de la meilleure utilisation des équipements existants, la nécessité de créer des structures nouvelles :

- un service de géronto-psychiatrie au CHU de Fort-de-France
- création de lits de gériatrie au centre hospitalier de Trinité
- création de lits de soin de suite et de soin de longue durée
- augmentation du nombre de place de SSIAD<sup>7</sup>
- un EPHAD<sup>8</sup>

##### *2°) Politiques de santé mentale et de toxicomanie :*

Il s'agit de renforcer les moyens existants, d'assurer une meilleure répartition des activités entre les différents établissements dans un souci de complémentarité et de répondre aux besoins particuliers de la prise en charge notamment, des urgences, des adolescents et de la toxicomanie.

Concernant les créations de services nouveaux, on peut citer :

- organisation des urgences psychiatriques au CHU de Fort-de-France
- création de service de psychiatrie intersectorielle

---

<sup>5</sup> Définition : voir liste des sigles en Annexe 9

<sup>6</sup> Idem

<sup>7</sup> Idem

<sup>8</sup> Idem

- création d'un service de géro-psycho-geriatrie (déjà cité)
- augmentation de la capacité du SMPR<sup>9</sup>
- en matière de toxicomanie : création de lit de soin aigu pour les conduites addictives
- enfant adolescent : prise en charge des urgences par la création d'un POSU<sup>10</sup>, création d'hôpitaux de jour au centre hospitalier de Trinité.

### *3°) Soins de suite et de réadaptation, rééducation fonctionnelle*

L'accent a été mis sur la nécessité de développer les soins de suite et de réadaptation, véritables enjeux de santé publique, de même que les lits de réadaptation et de réinsertion des patients nécessaires à leur environnement familial et social. D'où une approche qualitative et quantitative des besoins, qui se traduisent par un nombre important de créations.

A partir des orientations thématiques du SROS, la régulation et la répartition de l'offre de soins au-delà des critères de lit doivent se faire en volume d'activité à répartir sur les territoires de santé. Dès lors, la planification se fera non seulement sur la structure de production (les lits) mais essentiellement sur l'activité produite laquelle donnera lieu à une rémunération directe, la T2A permettant des moyens de recettes et donc des créations de poste éventuelles.

Les possibilités de contractualisation avec les ARH<sup>11</sup> sur les crédits MIGAC<sup>12</sup> ne représentent plus qu'environ 10% des crédits nécessaires à la mise en œuvre des orientations retenues par les établissements.

### *Les objectifs quantifiés*

Voir annexe 6.

### *Le CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens)*

Prévu par le décret du 2 novembre 2006, le CPOM porte sur l'ensemble des activités des établissements de santé. Il détermine pour chaque structure ses orientations stratégiques, les missions correspondant au thème du SROS, le MIGAC qu'elle assure, les modalités de participation au programme de santé publique et de prévention ainsi que les conditions d'accès et de continuité des soins. Il fixe également les transformations d'activité, les actions de coopération. En outre, le CPOM fixe l'objectif à la sécurité des soins et à l'amélioration de la qualité.

---

<sup>9</sup> Voir définition en Annexe 9

<sup>10</sup> Idem

<sup>11</sup> Idem

<sup>12</sup> Idem

Concernant la Martinique, l'ensemble des établissements ont signé en 2007 leurs contrat d'objectifs et de moyens pour une durée de cinq ans qui reprennent les préconisations du SROS qu'ils ont intégrées dans le cadre de leur projet médical à partir d'estimations d'activités qui ne se traduisent pas cependant de façon systématique par des créations de lits supplémentaires, notamment en ce qui concerne les activités : de médecine, de chirurgie, de néonatalogie.

En matière de psychiatrie, afin d'atteindre les objectifs opérationnels quantifiés, sont prévus la création de plus de 155 lits et places se répartissant entre le futur établissement de Mango Vulcin et Fort-de-France et plus de 25 lits en psychiatrie infanto juvénile.

Pour les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle, il est prévu une augmentation de capacité de 43 lits (soins de suite) et 69 lits (rééducation fonctionnelle).

Les orientations stratégiques concernant le CHU, les hôpitaux du Lamentin et de Trinité sont décrites en annexe 7.

### **IMPACT SUR LES BESOINS**

Les établissements interrogés dans le cadre de l'enquête sur les postes à venir n'ont pas fait état de nombre important de postes à créer sur la période de 2007/2012. Il faut tenir compte à cet égard, de la prudence affichée eu égard aux contraintes, à la tarification liée à l'activité. Une partie, néanmoins, des postes nécessaires à la mise en œuvre des contrats d'objectifs et de moyens devra être financée par l'ARH dans le cadre de l'enveloppe MIGAC<sup>13</sup>, mais cette dotation risque d'être relativement faible (entre 10 et 12%) étant entendu que selon le système en vigueur, se sont les tarifs qui ont vocation de financer les dépenses.

Néanmoins l'analyse détaillée des différents contrats permet de dégager les prévisions suivantes :

---

<sup>13</sup> Voir liste des sigles en Annexe 9

Tableau 32 : Prévision de création de poste dans le secteur sanitaire (SROS)

ETABLISSEMENTS	CREATIONS
<i>SECTEUR PUBLIC</i>	
Hôpital de Colson	<b>60</b> dont 30 infirmiers 30 aides soignants
CH du Lamentin	<b>84</b> dont 5 cadres infirmiers 37 infirmières 4 Masseurs-kinésithérapeutes
CH de Trinité	<b>80</b> dont 38 infirmiers 30 aides-soignants
CHU de Fort-de-France	<b>69</b> dont 38 infirmiers 13 Aides soignants
<i>SECTEUR PRIVE</i>	<b>27</b> créations infirmiers
<b>TOTAL</b>	<b>320 créations de poste, soit :</b> <b>- 175 infirmiers</b> <b>- 73 aides-soignants</b>

Les secteurs les plus concernés sont :

- la psychiatrie : 53 postes,
- les soins de suite et de réadaptation : 34 postes,
- les urgences : 27 postes,
- insuffisants rénaux (secteurs privés) : 27 postes,
- et la gériatrie : 10 postes.

### LES DEPARTS A LA RETRAITE

#### ■ *Pour le secteur libéral :*

Les estimations faites par les services statistiques de la DSDS considèrent qu'à l'horizon 2030 en fonction de l'augmentation de la population et des densités des différentes professions, les évolutions des besoins supplémentaires des professionnels de santé par rapport à la situation actuelle vont enregistrer des créations uniquement au niveau : des kinésithérapeutes (+99), orthophonistes (+36), manipulateurs de radio (+96), tandis que pour les infirmiers il est attendu une réduction des effectifs de 333 et de 2 pour les sages-femmes.

Pour ce qui est de la situation actuelle et des projections qu'elle permettrait, le seul élément à partir duquel une estimation peut être faite concerne l'âge moyen des infirmiers exerçant en libéral qui est de 45 ans.

#### ■ *Pour le secteur public et salarié :*

Ces mêmes estimations estiment pour le même horizon un besoin de 1511 infirmiers, 131 sages-femmes et 45 masseurs-kinésithérapeutes supplémentaires.

Pour la période 2007-2012, les prévisions établies par les établissements publics et privés du secteur hospitalier interrogés donnent un chiffre pour le secteur soignant de 471, soit 11% du total des effectifs des agents hospitaliers concernés.

## **2.1.2. Dans le domaine médico-social**

### ÉVOLUTION DU CONTEXTE

En l'absence de schémas d'organisation sociale et médico-sociale en cours de révision, sont pris en compte, les autorisations accordées à ce jour et les éléments figurant au Programme d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) arrêtés par la DSDS en 2006.

De ces éléments, on peut déduire que le secteur médico-social devrait faire l'objet d'une plus grande attention dans les prochaines années en raison de la pression des besoins en terme de prise en charge dans de nombreux domaines.

Cela devrait se traduire par la création de nouveaux établissements et par la modernisation des structures existantes qui induiront des besoins nouveaux de personnel et même de formation, quand bien même les effectifs ne réclameront pas la création de nouvelles filières, mais la mise au point de modules spécialisés dans la formation des éducateurs par exemple.

Cela concernera également l'amélioration des conditions d'accueil des personnes handicapées et des personnes âgées. Plusieurs projets de création d'EPAHD sont à l'étude, qui devraient générer nécessairement des créations d'emplois, notamment pour ce qui concerne les aides soignants et les auxiliaires de vie dans les cinq prochaines années.

Tableau 33 : Prévisions de création de lits et places dans le secteur médico-social

SECTEUR ACTIVITE	CREATIONS
<i>PERSONNES AGEES</i>	<p><b>Année 2008</b></p> <p>202 places d'EHPAD soit 92 créations 28 extensions 82 transformations de Maisons en retraite</p> <p><b>Année 2009</b></p> <p>315 places d'HEPAD soit 60 pour Hôpital de Colson 80 pour CH du Lamentin 5 pour CH du Prêcheur 80 pour CHU de Fort-de-France 60 pour CH du Lorrain 30 pour CH du Gros-Morne</p>
<i>HANDICAP</i>	<p><b>Année 2007</b></p> <p>MAS de Colson</p> <p><b>Année 2008</b></p> <p>Etablissement d'éducation spéciale soit 10 places IMPRO 43 places d'IME 10 places SESSAD 20 places d'Itep 10 places SAMSAH</p>
<i>TRAVAIL PROTEGE</i>	<p><b>Année 2009</b></p> <p>67 places d'ESSAT Hébergement médicalisé : 1 MAS pour polyhandicapés de 40 places 1 FAM de 60 places</p>

### *Impacts sur les besoins*

Dans ce domaine, les prévisions de création de poste liées aux autorisations prévues dans ce secteur ne sont pas quantifiées par les différents établissements, sauf le Centre hospitalier de Colson qui pour les différentes structures envisagées qui sont :

- la création d'un foyer d'accueil médicalisé de 60 places,
- la création d'un EPHAD de 60 places,
- la création d'un MAS de 60 places
- d'un centre d'hébergement de réinsertion sociale (CHRS)

a prévu un effectif de 92 agents dont 30 infirmiers, 30 aides-soignants et 12 éducateurs.

Pour les autres EPHAD prévus qui totalisent 457 lits, on pourrait à partir du ratio agent/lit de 0,55 faire une projection globale de 251 agents.

### *Les départs à la retraite*

Nous disposons des éléments suivants :

- ◆ S'agissant des établissements retenus comme illustration, on peut enregistrer les départs à la retraite déclarés par l'ADAPEI 15 agents, soit 4% du total, la pyramide des âges de l'ADARPA et celle de l'ADAFEA.
- ◆ S'agissant de la fonction publique territoriale, les prévisions de départ à la retraite pour les agents du secteur médico-social qui représentent 767 personnes, font état de 22 % des agents à l'horizon 2011, 27% à l'horizon 2013 et 36% à l'horizon 2015. Donc, des départs importants dans une fourchette de 200 et 280.

Nous disposons également des prévisions de départ du Conseil Général 22 agents, soit 10% du total.

### *Vieillessement de la population*

Le phénomène de vieillissement de la population est à prendre en compte en considération dans l'analyse des besoins. Selon une étude de l'INSEE, en 2010, un martiniquais sur cinq aura plus de 60 ans et la proportion des plus de 75 ans aura crû de 42% par rapport à 1999.

En 2030, la Martinique sera le plus vieux département de France. Le corollaire à ce vieillissement est la croissance attendue du nombre des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés. De 4800 personnes concernées en 1999, les estimations pour 2010 font état de près de 7000 personnes. Cela entraîne un développement sans précédent des services à la personne, rendu possible notamment par la montée en charge régulière du nombre de personne percevant l'allocation de l'APA.

**Tableau 34 : Evolution de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie)**

ANNEE	2002	2003	2004	2005	2006	2007	EVOLUTION ENTRE 2002 et 2007
<b>BENEFICIAIRES</b>	<b>1 598</b>	<b>3 391</b>	<b>3 865</b>	<b>4 124</b>	<b>4 617</b>	<b>5 250</b>	<b>+ 229 %</b>

Source : Conseil Général Martinique

*Lecture* : Le nombre des bénéficiaires de l'APA a plus que triplé en cinq ans. En 2002 le nombre de ces bénéficiaires étaient de 1598 contre 5 250 en 2007 soit une évolution de + 229 %.

*Information* : Les établissements de service aux personnes agréés pour l'accueil de moins de 25 places peuvent bénéficier directement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Aujourd'hui, 50 associations de service à la personne sont bénéficiaires de l'APA conformément à la liste des agréments simple et de qualité fixée par le législateur.

### *Le marché de l'emploi*

L'enquête 2006 sur les emplois salariés (ASSEDIC) précise que « *après une année 2004 à la baisse, le secteur de l'éducation, la santé et l'action sociale confirme son avancé en 2006 avec un taux d'évolution de 3,4% : les activités de santé intervenant à un taux de 13,3%* ».

L'enquête « *Besoins de mains-d'œuvre 2007* » (ASSEDIC) révèle que parmi les profils les plus recherchés, 14% des projets de recrutement sont constitués par le secteur social et médico-social, parmi les 15 métiers rassemblant le plus grand nombre de projets de recrutement figurent notamment les services à la personne et en particulier les aides à domicile et les aides maternelles.

L'examen des données statistiques de l'ANPE Martinique 2006-2007 permet de retenir que sur la totalité des demandes d'emploi (7885), les intervenants à domicile représentent 32,13% de la totalité et les agents des services aux collectivités 32,1%.

Concernant les offres d'emploi, les emplois proposés concernent :

- Les intervenants à domicile : 24,36%, avec le commentaire suivant : « *la demande de ces métiers est forte compte tenu du vieillissement de la population : métier à surveiller* ».
- Vient ensuite les agents des collectivités : 17,90%
- Les intervenants auprès des enfants : 16,93%
- Et les éducateurs : 13,27%

### *Les phénomènes d'exclusion*

En 2005 plus de 95000 personnes ont bénéficiées de prestations sociales et familiales, soit une progression de 2% par rapport à 2004. Les Allocataires du RMI passent de 28200 en 1995 à 32500 en 2005.

#### **Quelques indicateurs de précarité** (source : *Statiss en Antilles/Guyane 2007*)

- Nombre d'allocataires du RMI pour 1000 personnes de 20 à 59 ans en Martinique, il est de 155% contre 33,1% en Métropole, en Guadeloupe 147,2 % et en Guyane 131%.
- L'allocation de parent isolé pour 1000 personnes : en Martinique 41,4% contre 12,2 % en Métropole, 46% en Guadeloupe et 68,1 % en Guyane.
- L'allocation d'adultes handicapés pour 1000 personnes : en Martinique 24,8% contre 16,8 en Métropole, 24,7% en Guadeloupe et 14,7 en Guyane.
- La couverture maladie universelle pourcentage de couverture de la population : en Martinique de 28% contre 6,7 en Métropole, en Guadeloupe 28% et 35,6 en Guyane.

## 2.2. LES BESOINS EN FORMATION

### 2.2.1. Evolution des systèmes de formation professionnelle

Problématique :

- la réforme dans l'enseignement supérieur sur la base du LMD aura un impact sur l'enseignement professionnel du secteur santé, la régionalisation de la formation sanitaire et sociale pose le problème de l'articulation entre les filières santé et sociale d'une part et d'autre part, celle de la cohérence entre les systèmes de formations universitaires et les systèmes de formations propre à la fonction publique hospitalière,
- le développement de la VAE,
- les évolutions en cours exigent de nouvelles compétences pour tous les métiers.

#### PROBLEMES DE CAPACITE ET DE QUOTAS

##### *Dans le secteur sanitaire*

Le nombre de place des formations paramédicales est déterminé de la façon suivante :

- quotas soumis au niveau ministériel : infirmières, kinésithérapeutes, orthophoniste, psychomotriciens ; à charge pour les régions de répartir les capacités sur le territoire.
- Numerus clausus : les sages femmes
- Capacité d'accueil : cadres de santé, infirmiers spécialisés, manipulateurs radio, ergothérapeutes, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers ; autorisé par le président du Conseil Régional qui agrée les écoles.

##### *Dans le secteur social*

Les formations sociales : les régions ont la responsabilité de l'ensemble des formations de façon générale. Elles recensent les besoins, agréent et financent les établissements étant entendu que l'état conserve la délivrance des diplômes et le contrôle des organismes de formations.

Capacité et quota en l'état actuel des choses semblent être satisfaisants aux yeux des autorités de tutelles responsables de ces différents secteurs. Un certain nombre d'éléments sont à prendre en considération pour apprécier la situation :

### 1°) la mobilité professionnelle :

On observe en ce qui concerne notamment les infirmiers que 5 ans après l'obtention de leur diplôme plus de la moitié de ces personnels n'exercent plus dans le département.

A l'inverse, un nombre important de recrutement est constaté en provenance de la Métropole avec le risque déjà signalé de créer parfois un phénomène de nomadisme. Même si les établissements hospitalier connaissent des difficultés de recrutement, plus particulièrement les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes (ce qui est un problème national).

### 2°) La flexibilité

Les différentes observations liées à la mise en place de la T2A, aux difficultés de recrutement permettent de relever l'installation progressive dans le secteur hospitalier d'une certaine flexibilité qui se traduit par des propositions de postes de contractuels, des retards à la titularisation, autant d'éléments qui viennent alimenter en retour les départs des professionnels vers la Métropole ou vers les pays européens.

### 3°) Bourses d'études et aides financières en Métropole

Le département de la Martinique, essentiellement en ce qui concerne les formations sociales, et la région dans les deux secteurs, financent un nombre important d'aides aux jeunes martiniquais qui ne pouvant trouver sur place des places dans les différents instituts de formation sont obligés d'effectuer leur scolarité et parfois leur stage dans les écoles de Métropole.

Ces aides sont accordées sans obligation de revenir travailler à la Martinique au terme de leurs études –nous avons relevé que dans certaines régions de France, ces aides étaient conditionnées par l'obligation d'exercer les différentes professions pendant une durée de 3 à 5 ans dans la région considérée et sans que soit précisé le mode d'exercice, salarié ou non, secteur public ou privé-.

Les établissements hospitaliers de la Martinique interrogés seraient prêts dans certaines conditions à s'inscrire dans ces perspectives de contrat de retour qui leurs permettraient dans une certaine mesure de faciliter leur besoin en recrutement. Le problème qui se poserait alors est celui de la participation de ces établissements aux financements du dispositif.

*Les aides aux étudiants en métropole.***Tableau 35 : Aides financières versées par le Conseil régional**

FILIERE	ANNEE		
	2005-2006	2006-2007	2007-2008
ELEVES INFIRMIERS	110	99	103
SAGE-FEMME	36	43	31
MASSEUR KINESITHERAPEUTE	15	13	7
<b>TOTAL</b>	<b>161</b>	<b>155</b>	<b>141</b>

Source : Conseil régional Martinique

**Tableau 36 : Allocations mensuelles versées par l'ANT**

METIERS	2006
INFIRMIERS	107
AIDE-SOIGNANT	18
AMBULANCIER	5
<b>TOTAL</b>	<b>130</b>

Source ANT

*Les aides aux étudiants***Tableau 37 : Aide financière du département allouée aux étudiants en formation dans le secteur social entre 2002 et 2007**

METIER	MARTINIQUE	METROPOLE	TOTAL
. Assistant de service social	43	36	79
. Educateur spécialisé	38	2	40
. Educateur de Jeunes Enfants	23		23
. Moniteur Educateur	5		5
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>38</b>	<b>147</b>

Source : Conseil Général Martinique

**Tableau 38 : Aides financières versées par le Conseil Régional dans le secteur social  
Entre 2005 et 2008**

FILIERE	ANNEE		
	2005-2006	2006-2007	2007-2008
ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL	52	54	54
AUXILIAIRE DE VIE	18	13	18
EDUCATEUR JEUNES ENFANTS	25	25	26
EDUCATEUR SPECIALISE	52	58	45
MONITEUR EDUCATEUR	27	23	29
TECHNICIEN DE L'INTERVENTION SOCIALE ET FAMILIALE	24	23	24
<b>TOTAL</b>	<b>198</b>	<b>196</b>	<b>196</b>

Source : Conseil Régional Martinique

**Tableau 39 : Allocations mensuelles versées par l'ANT  
secteur médico-social 2006/2007**

METIERS	2006
. Assistant de service social	19
. DEAVS	1
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>

Source ANT

#### 4°) Limite de l'appareil de formation

La possibilité d'augmenter les capacités se trouve confrontée, pour ce qui concerne les formations de santé, à l'impossibilité d'accueillir un nombre plus élevé d'étudiants en stage de formation dans des conditions compatibles avec le bon déroulement de leur étude : actuellement les responsables de l'école des infirmiers considèrent que l'on ne peut dépasser les promotions des 84 étudiants, soit près de 220 sur trois ans.

## CHAPITRE III - ELEMENTS DE DIAGNOSTIC : QUELLES STRATEGIES POUR LA FORMATION DANS LES SECTEURS SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL

## 3.1. LES PROJECTIONS

### 3.1.1. Les besoins en personnel

Les besoins en personnel pour la période 2005/2012 se présentent soit à partir d'éléments chiffrés, soit à partir de prévisions ou de tendances fortes.

#### ELEMENTS CHIFFRES

##### *Secteur sanitaire*

Les estimations faites dans le domaine hospitalier public par les établissements les plus importants : CHU de Fort-de-France, Centres hospitaliers du Lamentin, Trinité, Colson, soit près 75% du total se résument ainsi :

- Besoins liés aux activités nouvelles : 373
- Besoin liés aux départs à la retraite : 488

Soit au total 861(*voir tableau ci-dessous*)

##### *Secteur médico-social*

Créations liées aux activités nouvelles : 0  
Départ à la retraite : 83

Tableau 40 : Projection identifiée des créations à venir et des départs à la retraite

SECTEUR	CREATION DE POSTE	DEPART A LA RETRAITE
<i>SANITAIRE</i>		
<b>Hôpital</b>	<b>313 postes</b> dont 174 infirmiers 73 aides-soignants 4 kinésithérapeutes	<b>471 départs</b> dont 155 infirmières 12 sages-femmes 111 aides-soignants
<b>Médico-social (Colson)</b>	30 infirmiers 30 aides-soignants	
<b>Conseil Général</b>		<b>10 départs</b> dont 4 infirmières 3 sages-femmes
<b>ADARPA</b>		<b>4 départs</b> dont 3 aides-soignants 1 infirmier
<b>ADAPEI</b>		<b>3 départs</b> dont 1 kinésithérapeute 2 infirmières
<b>TOTAL</b>	<b>373 créations de poste à venir</b>	<b>488 départs à la retraite</b>
<i>MEDICO-SOCIAL</i>		
<b>Conseil Général</b>		<b>12 départs</b> dont 9 assistants de service social 3 éducateurs spécialisés
<b>ADAFAE</b>		
<b>ADAPEI</b>		<b>30 départs</b>
		<b>12 départs</b> dont 6 éducateurs spécialisés 1 moniteur éducateur 4 aides-médico psychologiques 1 éducateur technique spécialisé
<b>ADARPA</b>		<b>29 départs</b> dont 5 employés à domicile 24 auxiliaires de vie sociale
<b>TOTAL</b>		<b>83 départs à la retraite</b>

### *Prévisions*

Les prévisions liées aux activités nouvelles dans le secteur sanitaire ne peuvent être chiffrées à ce jour de façon précise, deux considérations interviennent à ce niveau :

- La réalisation effective des activités, dans les différentes disciplines annoncées par les établissements publics de santé, doivent être à l'origine des recettes permettant la création de moyens nouveaux en personnel essentiellement.
- La détermination par les agences régionales de l'hospitalisation des enveloppes destinées à financer les missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation qui en règle générale ne dépasse pas 10% des crédits sollicités et sont négociés chaque année.

S'agissant du secteur médico-social, l'estimation faite à partir des prévisions de création de lits d'EPHAD permet d'avancer le chiffre de 251 créations.

Pour le secteur des handicapés, le schéma médico-social actuellement en cours de réflexion devra servir de base aux engagements que pourraient prendre l'Etat et les départements pour assurer le financement des moyens nouveaux nécessaires à sa réalisation et qui font l'objet de programmations annuelles.

### *Les tendances*

Ont été retenues à ce titre :

- Les prévisions de départ à la retraite dans la fonction publique territoriale, faisant état entre 2011 et 2015 d'environ 280 à 300 agents sans précisions sur la répartition.
- Le vieillissement du professionnel de santé : l'âge moyen actuel doit être pris en considération pour :

Les infirmiers salariés et libéraux : 45 ans,

Les sages-femmes : 46 ans,

Les kinésithérapeutes : 37 ans,

Les Manipulateurs radio : 49 ans

- Les besoins en personnel liés à l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'APA dans le secteur des services à la personne.

### 3.1.2. Capacités de formation actuelles

L'appareil de formation est satisfaisant pour répondre sur les 5 années à venir dans le domaine sanitaire aux prévisions de création de poste liées aux activités nouvelles, notamment pour celles qui ont pu être identifiées et aux départs à la retraite.

S'agissant du secteur social, l'évolution du contexte permet d'avoir des prévisions relatives aux créations de structures nouvelles pour les secteurs où le département enregistre des taux d'équipements insuffisants mais aussi, grâce aux tendances qui se dégagent concernant les services liés à la personne, *exemple* : les auxiliaires de vie.

S'agissant des autres paramètres qui rentrent en ligne de compte, une fois intégrées les données que nous avons rappelées concernant : la mobilité professionnelle ; la flexibilité du monde du travail dans le secteur hospitalier avec ses incidences de recrutement ; les limites de l'appareil de formation, il convient de se poser la question de l'adéquation nécessaire entre besoin de formation et besoin en personnel.

La réponse à cette question permettant d'adapter les capacités de formation avec l'introduction ou non des possibilités qui devront être offertes aux étudiants martiniquais d'obtenir sur place des diplômes professionnels dans les secteurs qu'ils ont choisis, ce qui éviterait leur départ en Métropole avec les conséquences financières signalées pour les collectivités.

L'éventuelle augmentation des quotas devra tenir compte des contraintes financières de la région, des contraintes physiques (des locaux) et des contraintes pédagogiques que sont les terrains de stage.

En l'état actuel des choses et dans cette perspective, l'augmentation de capacité peut paraître possible pour les formations sociales et médico-sociales tout en tenant compte ainsi que cela a été signalé de l'impact sur les politiques de formation, de la validation des acquis et des formations en alternance.

## CONCLUSION

Les constats suivants ont été faits :

Des perspectives intéressantes de création d'emploi dans le secteur sanitaire et social avec les réserves signalées, même si elles ne sont pas de la même importance que celles annoncées au niveau national notamment en ce qui concerne les départs à la retraite dans le secteur hospitalier.

Les incertitudes liées à l'incidence de la T2A et à l'absence de planifications actuelles sociale et médico-sociale invitent à la prudence.

L'appareil de formation semble pouvoir satisfaire au besoin actuel avec les contraintes signalées et en l'absence d'adéquations automatiques révélées entre formation et emploi.

Il apparaît nécessaire de faire les recommandations suivantes :

- 1°) approfondir les enquêtes concernant les départs à la retraite et les modes de recrutement dans les secteurs considérés ;
- 2°) approfondir avec les établissements hospitaliers, les conditions de contrat de retour pour les étudiants qui continueraient à bénéficier d'aides financières des collectivités ;
- 3°) dans la perspective de l'adoption du plan régional de formation sanitaire et social il paraît nettement souhaitable d'associer étroitement les collectivités territoriales : Région, Département, les représentants de l'Etat et les partenaires sociaux pour coordonner les dispositifs de formation et mieux cerner les besoins à venir.

## CHAPITRE IV - ANNEXES

## ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Institutions	Nom et Prénom	Fonction
<b>SERVICES PUBLICS ET COLLECTIVITES</b>		
<b>DSDS</b>	Mr Robert RILOS	Inspecteur des affaires sanitaires et sociales
<b>CONSEIL GENERAL</b>	Mr Joseph PEDRON	Directeur des services sanitaires et sociaux
<b>CONSEIL REGIONAL</b>	Mme Francine CARIUS	Présidente de la Commission Formation Professionnelle
<b>DTEFP</b>	Mme DUBERNARD	Inspecteur
<b>INSEE</b>	Mr Jérôme HARMOIS	Directeur
<b>ANPE</b>	Mme Magali ETIENNE	Directrice
<b>ASSEDIC</b>	Mme Martine CHONG-WA-NUMERIC	Directrice
<b>ARH</b>	Mme Jeanne-Marie GERCE	Chargée de mission
<b>ANT</b>	Mme Viviane NAQUIN	Déléguée régionale
<b>LES HOSPITALIERS PUBLICS</b>		
<b>CHU de Fort-de-France</b>	Mr Jacques LAHELY	Directeur des Ressources Humaines
<b>Centre Hospitalier de Trinité</b>	Mr MOUCH	Directeur des Ressources Humaines
<b>Centre Hospitalier du Lamentin</b>	Mme Juliette NAPOL	Responsable du Service Ressources Humaines
<b>Centre Hospitalier du Marin</b>	Mr Daniel JOSEPH	Directeur
<b>HAD</b>	Mme Marie-Claude BABIN	Directrice
<b>CENTRES MEDICO-SOCIAUX &amp; ASSOCIATIONS</b>		
<b>ADAPEI</b>	MR Daniel BONHEUR	Directeur
<b>ADAFAE</b>	Mme Monique MARTIAL	Directrice
<b>ADARPA</b>	Mr APANON	Directeur
<b>Fédération des Associations et clubs du 3<sup>ème</sup> âge</b>	Mr BARCLAY	Président

## ANNEXE 2 : REUNIONS ORGANISEES

### 1. Groupe de travail Sanitaire

#### GRUPE DE TRAVAIL "SANITAIRE" REUNION DU 17 JANVIER 2008

Organismes	Nom	Prénom	Présent	Absent excusé	Absent non excusé
Lycée Pointe des Nègres	HIERSO	Alain			X
DSDS	FLOCAN	Francette	X		
DSDS	RAPON	Paulette	X		
Syndicat Interhospitalier	DIJON	Thierry	X		
CHU de Fort-de-France	ABRAMOVICI	Valérie	X		
Ecole de Sages-Femmes	FRANCOIS-EUGENE	Sonia		X	
Cosinus Conseil	Clodion	Marcel	X		
Cosinus Conseil	Jaccoulet	Emmanuel	X		
Cosinus Conseil	Villeronce	Claude	X		

### 2. Groupe de travail Médico-social

#### GRUPE DE TRAVAIL "MEDICO-SOCIAL" REUNION DU 16 JANVIER 2008

Organismes	Nom	Prénom	Présent	Absent excusé	Absent non excusé
Conseil Général	ROBINEL	Raymond	X		
AMDOR	KNEUR	Paulette	X		
DSDS	BARREGE	Pierre		X	
Cosinus Conseil	Clodion	Marcel	X		
Cosinus Conseil	Jaccoulet	Emmanuel	X		
Cosinus Conseil	Villeronce	Claude	X		

### 3. Réunion avec les établissements sanitaires

#### Réunion du 24 JANVIER 2008

Organismes	Nom	Prénom	Présent	Absent excusé	Absent non excusé
Ctre Hospitalier du François	GRANVILLE			X	
Ctre Hospitalier de Trinité	EGOUY	Jacques			X
Ctre Hospitalier du St Esprit	SERVILLO	Pascale	X		
Ctre Hospitalier du Marin	BASTOL	Marlène		X	
Ctre Hospitalier du Lamentin	LOUEMBA		X		
Ctre Hospitalier de Colson	MONTOUT	Yolaine	X		
Cosinus Conseil	JACCOULET	Emmanuel	X		
Cosinus Conseil	VILLERONCE	Claude	X		

**4. Réunion avec les établissements médico-sociaux****Réunion du 23 JANVIER 2008**

Organismes	Nom	Prénom	Présent	Absent excusé	Absent non excusé
ADAFAE	MARTIAL	Monique		X	
ADAPEI	ELOISE		X		
ADARPA	APANON	Jacques		X	
OMASS	LARCHER				
COSINUS CONSEIL	JACCOULET	Emmanuel	X		
COSINUS CONSEIL	VILLERONCE	Claude	X		

**5. Réunion avec les CCAS****Réunion du 1ER FEVRIER 2008**

Organismes	Nom	Prénom	Présent	Absent excusé	Absent non excusé
CCAS	Ducos	TEROSIER			X
CCAS	Fort-de-France	HIERON	X		X
CCAS	Lamentin	DALU		X	
CCAS	Marin	HENRIOL			X
CCAS	Sainte-Marie	CHARPENTIER		X	
CCAS	Schoelcher	CHALONS			X
CCAS	Trinité	RAMASSAMY			X
CCAS	Vauclin	LAGANO-VALLEE			X
COSINUS CONSEIL		JACCOULET	X		
COSINUS CONSEIL		VILLERONCE	X		

## ANNEXE 3 : HEBERGEMENTS PERSONNES AGEES PUBLICS ET PRIVES

### Hébergements pour personnes âgées

STATUT PUBLIC		
ETABLISSEMENTS		CAPACITE AUTORISE
<b>USLD</b>	. CHU de Fort-de-France	150
	. Lamentin	30
	. Trinité	30
	. CH du Saint-Esprit	0
<b>Hospice</b>	. Lorrain/Basse-Pointe	12
<b>Maison de retraite</b>	. Emma Ventura	256
	. Marin	88
	. Saint-Esprit	33
	. Trois Ilets	24
	. François	20
	. Saint-Joseph	16
	. CH Lorrain/Basse-Pointe	0
<b>Foyer Logement (CCAS de FDF)</b>	. La Yole Gran Moun	52
<b>Maison de retraite Autonome</b>	. Anses d'Arlets (Les Madrépores)	42
	. Robert (Les Filaos)	42
	. Prêcheur	30
<b>TOTAL</b>		<b>825</b>

STATUT PRIVE ASSOCIATIF		
ETABLISSEMENTS		CAPACITE AUTORISE
. OMASS ( Lamentin)		80
. Gliricidias		80
. Logis Saint Jean		40
. Bethleem		39
. Le Beau Séjour		60
. Terrevillage		84
. Maison de retraite "Les orchidées"		0
. EHPAD Ducos		0
. Maison de retraite pour prêtres âgés		
<b>Foyer Logement</b>	. Fleurs des pitons Carbet	42
<b>TOTAL</b>		<b>425</b>

STATUT PRIVE LUCRATIF	
ETABLISSEMENTS	CAPACITE AUTORISE
. Foyer Tahitha	15
. Foyer Maman Créole	12
. La joie de vivre	13
. Le bel âge	5
. Family Home	8
. Le Flamboyant	8
. Maninou	7
. Le village	20
. EPHAD L'Oasis	39
. Le temps de vivre (résidence caraïbe)	40
. Résidence l'Age d'or	24
<b>TOTAL</b>	<b>191</b>

## ANNEXE 4 : LISTE DES FORMATIONS AU NIVEAU NATIONAL SECEUR SANTE

Profession de santé	Ministère de tutelle	Mode d'entrée	Institution assurant la formation	Institution délivrant le diplôme	Niveau de concours, de recrutement	% de bacheliers scientifiques	Durée des études	Diplôme	Homologation	Expérience
Sage-femme	S,EN	Q	Ecole	Université	PCEMI	99	5	Etat	-	
Infirmier	S	Q	Institut (pu, pr)	DRASS	Ep. niv. Bac	30-40	3+	Etat	III	
Masseur - Kinésithérapeute	S	Q	Université Institut (pu,pr)	DRASS	PCEMI ou Ep. niv. Bac	93,5(*)	3	Etat	III	Plus de 15 universités
Ergothérapeute	S	Ca	Université Institut (pu,pr)	DRASS	PCEMI ou Ep. niv. Bac	98	3	Etat	III	Bordeaux, Lyon, Nancy, Créteil (IUP)
Psychomotricien	S, EN	Q	Université Institut (pu,pr)	DRASS	PCEMI ou Ep. niv. Bac	56(*)	3	Etat	III	Bordeaux
Orthophoniste	EN	Q	Université	Université	Ep. Niv. Bac	65-70	¾	Certificat de Capacité	-	Lille
Orthoptiste	EN	CA	Université	Université	Ep. Niv Bac	?	3	Certificat de Capacité	-	
Pédicure-podologue	S	CA	Institut (pu, pr)	DRASS	1 Ep. niv. Bac	?	3	Etat	III	
Manipulateur en électroradiologie	S, EN	CA	Institut Lycée	DRASS Lycée	2 Ep.niv. Bac Bac (dossier)	92 (*) 55 (*)	3 3	Etat DTS	III	
Audioprothésiste	EN	CA	Université	Université	2 Ep.niv. Bac Oral	50	3	Etat	-	
Opticien – lunetier	EN	CA	Lycée	Lycée	Bac (dossier)	50	2	BTS	-	
Diététicien (*)	EN	CA	Université (IUT) Lycée	Université Lycée	Bac (dossier)	70	2	DUT BTS	III	
Technicien en analyses biomédicales (*)	S, EN	CA	Université (IUT) Lycée Institut	Université Lycée DRASS	Bac (dossier) Bac (dossier) Ep. Niv. Bac	? ? 95	2 2 3	DUT BTS Etat	III	Grenoble (en 2003)

Quelques caractéristiques décrivant 11 formations de santé et deux professions rattachées

Symboles : EN = Education Nationale, S = Santé, NC – Numerus clausus, Q= quota, CA= capacité d'accueil, Instituts pu (= publics), pr (= privés), Ep. Niv. Bac= épreuves d'admission de niveau au plus égal au baccalauréat, DTS – Diplôme de Technicien Supérieur

Le pourcentage de bacheliers scientifiques est calculé sur les entrants (et non pas sur les candidats)

Durée des études : 3+ =37,5 mois, ¾= 3 années d'études étalées sur 4 années

Seules les estimations de % de bacheliers scientifiques, marquées d'un astérisque, correspondent à une valeur nationale. Sinon, ce sont des ordres de grandeur provenant de certains établissements

## ANNEXE 5 : FORMATION AU NIVEAU NATIONAL SECTEUR MEDICO-SOCIAL

PANORAMA DES FORMATIONS				
	Formation	Accès à la formation	Durée de la formation	Particularités
SANS LE BAC	Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS)	Examen permettant d'évaluer les pré-requis	500 h de formation théorique et pratique + 4 mois de stage sur une amplitude de 9 à 36 mois	Formation modulaire Accessible par la voie de la VAE
	Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique (CAFAMP)	Epreuves d'admission	350 h de formation théorique + 4 semaines de stages sur une amplitude de 2 ans	Formation uniquement accessible aux personnes en situation d'emploi
	Diplôme d'Etat relatif aux fonctions d'animateur (DEFA)	Justifier d'une expérience professionnelle dans l'animation + épreuves de sélection	1000 h de formation théorique + 4 mois de stage + 12 mois en situation d'animation.	Formation qui peut s'effectuer en cycle continu (sur 3 ans) ou en cycle discontinu
	Certificat d'aptitude aux fonctions de moniteur éducateur (CAFME)	Epreuves de sélection	950 h de formation théorique + 7 mois de stage sur une amplitude de 2 ans	Formation également accessible par la voie de l'apprentissage
	Diplôme de technicien de l'intervention sociale et familiale (DTISF)	Epreuves de sélection	950 h de formation théorique + 8 mois de stage sur une amplitude de 18 à 24 mois	
	Certificat d'aptitude aux fonctions d'éducateur technique spécialisé (CAFETS)	Posséder au minimum un CAP ou un BEP et justifier de 5 ans d'expérience professionnelle + épreuves de sélection	1030 h de formation théorique + 3 semaines de stage sur une amplitude de 3 ans	Formation uniquement accessible aux personnes en situation d'emploi
AVEC LE BAC	Diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants (DEEJE)	Epreuves de sélection	1200 h de formation théorique + 9 mois de stage sur une amplitude de 27 mois	
	Diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé (DEES)	Epreuves de sélection	1450 h de formation théorique + 15 mois de stage sur amplitude de 3 ans	Formation également accessible par la voie de l'apprentissage Accessible par la voie de la VAE
	Diplôme d'Etat d'assistant de service social (DEASS)	Epreuves de sélection	1740 h de formation théorique + 12 mois de stage sur une amplitude de 3 ans	Accessible par la voie de la VAE
AVEC UN DIPLOME SUPERIEUR AU BAC	Diplôme de conseiller en économie sociale et familiale (DCESF)	BTS économie sociale familiale	480 h de formation théorique + 360 h de stage sur une amplitude d'un an	
	Diplôme d'Etat de médiateur familial (DEMF)	Sélection organisé par les établissements de formation	490 h d'enseignement théorique + 70 h de formation pratique	Accessible par la voie de la VAE
	Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale (CAFERUIS)	Sélection organisé par les établissements de formation	400 h d'enseignement théorique + 420 h de formation pratique	Accessible par la voie de la VAE
	Diplôme supérieur en travail social (DSTS)	Sélection organisée par les établissements de formation	700 h de formation théorique	
	Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDES)	Epreuves de sélection	690 h de formation théorique + 175 h de stage	

## ANNEXE 6 : OBJECTIFS QUANTIFIES

## OQOS DECLINES PAR ETABLISSEMENT

	CPOM 2007		CPOM 2010	
	Mini	Maxi	Mini	Maxi
<b>CHU FORT DE France</b>				
médecine (séjours)	20 050	22 900	21 050	22 900
chirurgie (séjours)	9 500	11 325	10 335	11 350
SSR (journées)	7 400	9 300		11 076
<b>CH LAMENTIN</b>				
médecine (séjours)	6 760	7 300	6 895	7 458
chirurgie (séjours)	3 700	4 073	4 082	4 312
<b>CH TRINITE</b>				
médecine (séjours)	6 002	6 122	6 400	6 542
chirurgie (séjours)	1 569	1 596	1 748	1 797
<b>CH CARBET</b>				
médecine (séjours)	1 605	1 795	1 637	1 835
SSR (journées)	23 000	26 000	23 000	27 000
<b>HÔPITAL SAINT-ESPRIT</b>				
médecine (séjours)	850	930	900	950
SSR (journées)	10 300	11 000	10 700	11 300
<b>HÔPITAL MARIN</b>				
médecine (séjours)	900	1 095	1 061	1 119
SSR (journées)	6 000	6 300	8 857	9 300
<b>HÔPITAL TROIS-ILETS</b>				
SSR (journées)	13 500	14 500	13 900	15 500
<b>CHI LORRAIN/BASSE-POINTE</b>				
SSR (journées)	16 600	20 200	16 600	20 200
<b>HÔPITAL SAINT-JOSEPH</b>				
SSR (journées)	8 700	9 500	13 140	13 960
<b>HÔPITAL SAINT-PIERRE</b>				
SSR (journées)	8 000	8 700	8 800	9 300
<b>HÔPITAL FRANCOIS</b>				
médecine (séjours)	160	170	163	174
SSR (journées)	5 700	6 200	11 400	12 400
<b>CLINIQUE SAINTE-MARIE</b>				
médecine (séjours)	3 000	3 500	5 500	5 750
chirurgie (séjours)	5 500	6 000	8 400	10 000
SSR (journées)	520	540	600	650
<b>CLINIQUE SAINT-PAUL</b>				

médecine (séjours)	2 300	2 300		
chirurgie (séjours)	6 570	7 246	6 652	7 273
SSR (journées)	17 400	18 100	21 680	24 172

**LA VALERIANE**

SSR (journées)	30 300	32 250	30 300	32 250
----------------	--------	--------	--------	--------

**HAD LES 3 S**

places	45	50	45	60
--------	----	----	----	----

**CH COLSON****Journées et venues à échéance du SROS****Psychiatrie générale**

Hospitalisation complète	120 450	127 750		
Alternative à l'hospitalisation		32 000		
Hospitalisation à domicile	21 900	29 000		

**Psychiatrie infanto-juvénile**

Hospitalisation complète		7 300		
Alternative à l'hospitalisation		12 800		
Hospitalisation à domicile		10 950		

**HEMODIALYSE****STEER**

Nombre de patients	60	85	85	110
--------------------	----	----	----	-----

**ETEER**

Nombre de patients	42	56	70	79
--------------------	----	----	----	----

**ATIR**

Autodialyse	150	174	174	192
Dialyse péritonéale	40	43	40	55

**IRM (nombre d'implantations)**

CHU FORT DE France	1
IRMA	1

**SCANNER (nombre d'implantations)**

CHU FORT DE France	1
CH LAMENTIN	1
CH TRINITE	1
SOCIETE MONTGERALD	1

**GAMMA CAMERA (nombre d'implantations)**

CHU FORT DE France	1
--------------------	---

**PMA (nombre d'implantations)**

CLINIQUE SAINTE-MARIE	1
-----------------------	---

## ANNEXE 7 : ORIENTATIONS STRATEGIQUES

### CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2007/2011

#### Liste des orientations stratégiques : CHU de Fort-de-France

1. Orientation stratégique n°1 : déployer une offre de soins de proximité de qualité
2. Orientation stratégique n°2 : améliorer la prise en charge en hospitalisation programmée
3. Orientation stratégique n°3 : conforter les activités médicales de référence et pointe
4. Orientation stratégique n°4 : participer à l'offre de psychiatrie
5. Orientation stratégique n°5 : intensifier les coopérations
6. Orientation stratégique n°6 : développer les missions d'enseignements et de recherche

*Il en résulte une adaptation des structures et des effectifs aux nouvelles organisations en fonction des activités.*

#### Liste des orientations stratégiques : CH du Lamentin

1. Orientation stratégique n°1 : création d'une filière gériatrique complète au CH du Lamentin
2. Orientation stratégique n°2 : rentabiliser les investissements par une véritable complémentarité au sein du pôle MCO
3. Orientation stratégique n°3 : réussir la nouvelle organisation résultant du rapprochement du CHL et du CHS dans la Cité hospitalière de Mango Vulcin
4. Orientation stratégique n°4 : garantir l'équilibre d'exploitation du CHL en créant de nouvelles activités, conformes au SROS, au service de la santé publique.

#### Liste des orientations stratégiques : CHU Louis DORMERGUE Trinité

1. Orientation stratégique n°1 : L'HDJ en médecine complétant l'activité du pôle de spécialités médicales.
2. Orientation stratégique n°2 : l'ACA en chirurgie complétant l'activité du pôle chirurgical
3. Orientation stratégique n°3 : le pôle femme-mère
4. Orientation stratégique n°4 : le SSR polyvalent
5. Orientation stratégique n°5 : les soins palliatifs et d'accompagnement

6. Orientation stratégique n°6 : la filière gériatrique
7. Orientation stratégique n°7 : la filière spécialisée de neuro-vasculaire
  
8. Orientation stratégique n°8 : l'IRM en coopération avec le CH du Lamentin et le secteur privé
9. Orientation stratégique n°9 : le pôle urgence
10. Orientation stratégique n°10 : les consultations externes dont la consultation spécialisée du pied diabétique
11. Orientation stratégique n°11 : le SMUR Nord Atlantique
12. Orientation stratégique n°12 : le SSR spécialisé en alcoologie
13. Orientation stratégique n°13 : l'HDS en médecine complétant l'activité du pôle des spécialités médicales

## ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRE ANONYME

### QUESTIONNAIRE ANONYME (À retourner d'urgence avant le 04 février 2008)

- Infirmier (e)   
Aide-soignant (e)

#### **1. Situation antérieure à l'entrée à l'IFSI**

- Etudiant (e)  
 Promotion professionnelle  
 Promotion sociale  
 Autres - Précisez .....

#### **2. Activité professionnelle depuis l'obtention du diplôme :**

- Salarié (e)  
     Public  
     Privé  
 Libérale  
 Autres - Précisez .....

#### **Depuis :**

- moins de 6 mois  
 moins d'un an  
 moins de 3 ans  
 Autres - Précisez .....

#### **3. Position actuelle:**

- Lieu d'exercice :  Martinique  
                           Autres - Précisez .....

- Centre Hospitalier Public  
 Centre Hospitalier privé  
 Autres - Précisez .....

#### **4. Statut :**

- Remplaçant (e)  
 Titulaire  
 Contractuel (elle)  
 Autres - Précisez .....

## ANNEXE 9 : SIGLES

## LISTE DES SIGLES

Sigles	Définitions
APA	Allocation de perte d'autonomie
ARH	Agence Régional de l'Hospitalisation
CHRS	Centre d'hébergement de réinsertion sociale
DEAVS	Diplôme d'auxiliaire de vie sociale
GPEC	Gestion professionnel des emplois et des compétences
EPHAD	Etablissement pour l'hébergement des personnes âgées dépendantes
LMD	Licence, Master, Doctorat
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MIGAC	Mission d'intérêt générales et aide à la contractualisation
SMPR	Service médico-psychologique régional
PACTE	Parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'Etat
POSU	Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences
PRSP	Plan Régional de Santé Publique de la Martinique
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSIAD	Service de soin infirmier à domicile
SMPR	Service médico-psychologique régional
T2A	Tarifcation à l'activité
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie