

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
AVIS ET RAPPORTS DU
CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL
ET ENVIRONNEMENTAL

*L'OFFRE DE SANTÉ
DANS LES
COLLECTIVITÉS
ULTRAMARINES*

2009
Rapport présenté par
Mme Jacqueline André-Cormier

MANDATURE 2004-2009

Séance des 23 et 24 juin 2009

***L'OFFRE DE SANTÉ DANS LES
COLLECTIVITÉS ULTRAMARINES***

**Avis du Conseil économique, social et environnemental
sur le rapport présenté par M. Jacqueline André-Cormier
au nom de la section des affaires sociales**

(Question dont le Conseil économique, social et environnemental a été saisi par décision de son bureau en date du 8 juillet 2008 en application de l'article 3 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 modifiée portant loi organique relative au Conseil économique, social et environnemental)

SOMMAIRE

AVIS adopté par le Conseil économique, social et environnemental au cours de sa séance du 24 juin 2009.....	I - 1
Première partie - Texte adopté le 24 juin 2009.....	3
INTRODUCTION.....	5
I - AMÉLIORATIONS COMMUNES À PLUSIEURS COLLECTIVITÉS	7
A - PROMOUVOIR ET DÉVELOPPER LA PRÉVENTION ET L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ	7
1. Quelques définitions.....	7
2. Dispositif organisationnel en évolution.....	9
3. La politique de prévention Outre-mer : cohérence des actions.....	10
B - DÉVELOPPER LA TÉLÉMÉDECINE.....	16
1. Définition	16
2. Les différents actes de télémédecine	17
C - FAVORISER LA COOPÉRATION SANITAIRE RÉGIONALE INTERNATIONALE	23
1. Accès aux soins des personnes n'ayant pas de titre de séjour	24
2. Application du droit à l'accès aux soins Outre-mer	24
3. Mieux connaître les besoins de santé des populations immigrées	26
4. Développer l'accès à la santé dans les pays migrants.....	27
D - DÉVELOPPER LES COOPÉRATIONS ENTRE LES OUTRE- MER	27
1. Développer les coopérations régionales	27
2. Mettre en place une structure d'échange	28
E - AMÉLIORER LE RECRUTEMENT MÉDICAL	28
F - AMÉLIORER LE FINANCEMENT DES HÔPITAUX.....	29
G - DÉVELOPPER LE TRAVAIL EN RÉSEAU DE SOINS ET LES DÉMARCHES DE COOPÉRATION INTERPROFESSIONNELLE.....	29
H - AMÉLIORER LA GESTION DE LA GARDE ET DE L'URGENCE	30
I - REDÉFINIR LA FORMATION ET LA RÉGLEMENTATION D'EXERCICE DES INFIRMIERS	30

J - DÉVELOPPER LES OBSERVATOIRES DE LA SANTÉ	31
K - MODIFIER LES RÈGLES DE L'ÉTAT CIVIL	31
II - AMÉLIORATIONS PROPOSÉES PAR COLLECTIVITÉ.....	32
A - POLYNÉSIE FRANÇAISE.....	32
1. Améliorer les collaborations entre le Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF) et la Direction de la santé.....	32
2. Améliorer l'accompagnement des familles pendant les grossesses.....	32
B - NOUVELLE-CALÉDONIE	33
1. Développer, en collaboration entre le gouvernement et les provinces, un véritable schéma d'organisation des soins.....	33
2. Résoudre les difficultés d'accès aux soins principalement dues aux transports terrestres et aériens.	34
C - WALLIS ET FUTUNA.....	35
1. Entreprendre une réforme du système de santé et de protection sociale.	35
2. Mettre un terme aux retards de paiement conduisant à une dégradation de l'accès à l'offre de soins	36
3. Mettre en œuvre une politique de prévention volontariste	36
D - GUYANE	37
1. Améliorer les équipements sanitaires quantitativement et qualitativement.....	37
2. Développer les missions des centres de santé (PMI, Planification familiale, prévention).....	39
3. Mettre en place un vecteur hélicoptère pour la protection civile	40
E - MARTINIQUE.....	40
1. Améliorer la démographie médicale.....	40
2. Améliorer l'organisation des gardes et des urgences.....	41
3. Améliorer l'organisation hospitalière	41
F - GUADELOUPE	42
1. Poursuivre la modernisation des établissements et reconstruire le CHU	42
2. Mettre en place le dépistage précoce des cancers du sein et de la prostate.....	43
G - SAINT MARTIN.....	43
1. Développer la présence d'acteurs dans le secteur médico-social ...	43
2. Mieux sécuriser les évacuations sanitaires (EVASANS)	43
3. Faire progresser l'offre de soins hospitalière.....	44
4. Développer la coopération sanitaire avec la partie hollandaise de l'île.....	44

5. Améliorer la gestion des appels d'urgence du 15	45
6. Améliorer la présence et les prestations servies par la Caisse générale de Sécurité sociale de Guadeloupe (CGSS).....	45
H - SAINT-BARTHÉLEMY	46
1. Améliorer l'accueil des femmes enceintes de Saint-Barthélemy à Saint-Martin	46
2. Mieux sécuriser les évacuations sanitaires	46
3. Améliorer la prise en charge de la permanence des soins	47
4. Améliorer la présence et les prestations de la CGSS.....	47
5. Améliorer l'organisation de la médecine scolaire.....	48
I - SAINT-PIERRE ET MIQUELON	48
1. Poursuivre la réforme de l'organisation de l'offre de soins.....	48
2. Développer les missions de l'hôpital et son équipement.....	48
J - LA RÉUNION	50
1. Créer le pôle sanitaire de l'ouest	50
2. Envisager dans l'avenir la transformation du CHR en CHU.....	50
3. Lutter contre la violence faite aux femmes.....	51
K - MAYOTTE.....	51
1. Connaître la situation sanitaire de l'archipel et mesurer l'écart entre besoins recensés et offre de soins.....	51
2. Mesurer les besoins de la population réelle recensée et évaluer l'impact de l'immigration en provenance des îles voisines sur le secteur de santé	53
3. Développer l'offre de soins de ville	53
4. Développer l'évaluation et l'agrément des traducteurs	54
5. Étoffer le service médical de la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte	55
CONCLUSION.....	57
Deuxième partie - Déclarations des groupes.....	59
ANNEXE À L'AVIS.....	81
SCRUTIN.....	81

RAPPORT présenté au nom de la section des affaires sociales par Mme Jacqueline André-Cormier, rapporteure..... II - 1

INTRODUCTION.....	5
I - POLYNÉSIE FRANÇAISE.....	9
A - LE CONTEXTE	9
1. Situation géographique.....	9
2. Population.....	9
3. Statut et organisation.....	10
B - L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET LES DÉFIS À RELEVER	10
1. Une compétence gouvernementale.....	10
2. La Direction de la Santé	11
3. La politique de prévention.....	12
4. La Protection sociale généralisée (PSG).....	13
5. Les principales données en matière de santé	13
C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME.....	14
1. Un maillage du territoire assurant à tous une porte d'entrée au système de soins.....	14
2. Des projets ambitieux : nouveau centre hospitalier et contrats de projets	15
D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE	16
1. Les disparités géographiques : isolement et problèmes de transports.....	16
2. Difficultés de recrutement et statut des professionnels de santé.....	17
3. Une santé mentale en déshérence	19
4. L'accouchement : problèmes de famille et d'état-civil.....	19
II - NOUVELLE-CALÉDONIE	20
A - LE CONTEXTE	20
1. Situation géographique.....	20
2. Population.....	20
3. Statut et organisation.....	21
B - L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET LES DÉFIS À RELEVER	22
1. Une compétence provinciale confiée en partie au gouvernement...22	
2. La prévention : une préoccupation récente.....	22
3. Les principales données en matière de santé	23
4. Les évacuations sanitaires	24

VII

C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME	24
1. Une offre hospitalière de grande qualité.....	24
2. Un maillage du territoire assurant un accès aux soins à tous.....	26
D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE	27
1. Les disparités entre les provinces	27
2. Les transports publics, principaux obstacles à l'accès aux soins.....	28
3. L'absence de relève locale dans les professions de santé	29
III - WALLIS ET FUTUNA	29
A - LE CONTEXTE	29
1. Situation géographique.....	29
2. Population.....	30
3. Statut et organisation	31
B - UNE ORGANISATION ATYPIQUE DU SYSTÈME DE SANTÉ..	31
1. La gratuité des soins	31
2. L'organisation du système.....	32
3. Les pathologies rencontrées.....	33
4. Les évacuations sanitaires	33
C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME	33
1. Un programme d'investissements ambitieux.....	33
2. L'intégration de la culture locale au projet de santé.....	34
3. Le développement des compétences locales.....	34
D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE	35
1. L'inexistence de la prévention.....	35
2. Une démocratie sanitaire en panne.....	36
3. La gestion financière et ses conséquences sur l'offre de santé	36
4. Futuna, laissée pour compte ?.....	38
IV - GUYANE.....	38
A - LE CONTEXTE	38
1. Situation géographique.....	38
2. Population.....	39
3. Statut et organisation	40
B - L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET LES ENJEUX.....	40
1. Les professionnels de santé	40
2. Les équipements sanitaires	41
3. Les pathologies rencontrées.....	42
4. Les dépenses de santé.....	44
5. Les plans et projets développés	44
C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME	45

VIII

1. Un développement de la médecine curative	45
2. Un système de surveillance épidémiologique performant	46
D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE	46
1. Un déficit avéré sur les équipements	46
2. Une densité de professionnels de santé insuffisante	47
3. La faible structuration des actions de prévention	48
4. L'éloignement, inégalité fondamentale dans l'accès aux soins	50
V - MARTINIQUE	50
A - LE CONTEXTE	50
1. Situation géographique	50
2. Population	50
3. Statut et organisation	51
B - L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET LES ENJEUX	52
1. Les professionnels de santé	52
2. Les équipements sanitaires	52
3. Les pathologies rencontrées	52
4. Les dépenses de santé	53
5. Les plans et projets développés	54
C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME	55
1. Une offre de soins satisfaisante	55
2. Un partenariat volontaire des acteurs	56
3. Une surveillance épidémiologique ad hoc	56
D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE	57
1. Une démographie médicale et paramédicale insuffisante	57
2. Les lacunes des établissements	57
3. Une prévention insuffisante	58
VI - GUADELOUPE	59
A - LE CONTEXTE	59
1. Situation géographique	59
2. Population	59
3. Statut et organisation	60
B - L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET LES ENJEUX	60
1. Les professionnels de santé	60
2. Les équipements sanitaires	61
3. Les pathologies rencontrées	62
4. Les dépenses de santé	63
5. Les plans et projets développés	63

C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME	64
1. Planification volontariste et démocratie sanitaire	64
2. Un investissement important dans le développement de l'offre de soins	65
D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE	66
1. Les faiblesses de l'offre de soins	66
2. Une politique de prévention peu développée	68
VII - SAINT-MARTIN.....	69
A - LE CONTEXTE	69
1. Situation géographique	69
2. Population.....	70
3. Statut et organisation	70
B - L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTÉ.....	71
1. L'offre hospitalière.....	71
2. L'offre libérale	72
3. L'offre de complément	72
4. Les pathologies rencontrées.....	73
5. Les Évacuations sanitaires (EVASAN).....	74
C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME	74
1. Un hôpital en développement aux compétences reconnues.....	74
2. Une forte implication des services de l'État	75
D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE	77
1. Un déficit de formation des Saint-Martinois aux métiers de la santé	77
2. Une offre de soins hospitalière à développer.....	77
3. Une coopération sanitaire entre Saint-Martin et Sint Maarten très insuffisante	78
VIII- SAINT-BARTHÉLEMY.....	79
A - LE CONTEXTE	79
1. Situation géographique	79
2. Population.....	79
3. Statut et organisation	80
B - L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	81
1. L'offre hospitalière.....	81
2. L'offre libérale	81
3. Les pathologies rencontrées.....	82
4. Les Évacuations sanitaires (EVASAN).....	82
5. Le remboursement des prestations sanitaires	83

C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME	83
1. Le partenariat avec le Centre hospitalier de Saint-Martin	83
2. Un projet de construction et de rénovation en voie d'achèvement	83
D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE	84
1. La qualité des évacuations sanitaires	84
2. Les difficultés liées à la double-insularité	84
3. La spécificité des femmes enceintes.....	85
IX - SAINT-PIERRE ET MIQUELON.....	85
A - LE CONTEXTE	85
1. Situation géographique.....	85
2. Population.....	86
3. Statut et organisation	87
B - L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTÉ.....	88
1. Organisation de l'offre de santé.....	88
2. La santé, une compétence État	88
3. La prévention et l'éducation pour la santé.....	89
4. La protection sociale.....	90
5. Les évacuations sanitaires	90
C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME.....	91
1. Une planification sanitaire récente, rapide, en évolution constante	91
2. Le Centre hospitalier François Dunan (CHFD).....	91
3. Le Centre de santé	93
4. Miquelon	93
5. Des urgences régulées : la permanence des soins.....	94
6. Des filières de soins qui s'intensifient	95
7. La commission des Évacuations sanitaires (EVASAN)	95
8. La prévention.....	96
D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE	96
1. Les médecins généralistes insuffisamment accessibles	96
2. Les difficultés de recrutement	96
3. Les nouvelles technologies peu développées	97
4. L'orientation du service de médecine imprécise	97
5. Le champ de la santé mentale peu structuré	97
6. Les soins infirmiers de ville à réorganiser	97
7. L'absence d'un observatoire de la santé.....	98
8. Les services de l'État sous-dimensionnés.....	98
9. La politique de prévention.....	98
10. La place de l'usager dans la démocratie sanitaire.....	98

X - LA RÉUNION.....	99
A - LE CONTEXTE	99
1. Situation géographique.....	99
2. Population.....	99
3. Statut et organisation	100
B - L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET LES ENJEUX.....	100
1. Les professionnels de santé	100
2. Les équipements sanitaires et médico-sociaux	101
3. Les pathologies rencontrées.....	102
4. Quelques chiffres significatifs	103
5. Les plans et projets développés	104
C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME.....	105
1. Une offre de soins satisfaisante	105
2. Un système de surveillance épidémiologique performant	107
D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE	108
1. Des lacunes persistantes	108
2. Une prévention insuffisante.....	109
XI - MAYOTTE	112
A - LE CONTEXTE	112
1. Situation géographique.....	112
2. Population.....	112
3. Statut et organisation	113
B - L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET SES ENJEUX.....	113
1. L'organisation du secteur de la santé.....	113
2. Les équipements sanitaires	114
3. Des pathologies spécifiques.....	115
4. Le financement du secteur de la santé	115
C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME.....	116
1. Une offre de santé hospitalière en constante évolution	116
2. Une politique volontariste de l'État.....	117
D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE	118
1. Une forte immigration illégale insuffisamment prise en compte par les politiques de santé	118
2. De fortes contraintes pesant sur l'hôpital	119
3. Des réponses encore insuffisantes aux besoins de santé.....	120
4. Un secteur libéral quasi-inexistant	121

5. Une politique de prévention et un système d'éducation à la santé déficients.....	121
CONCLUSION.....	125
ANNEXES.....	127
Annexe n° 1 : Cartes géographiques.....	129
Annexe n° 2 : Liste des personnes rencontrées.....	165
TABLE DES SIGLES	181
BIBLIOGRAPHIE	183

AVIS

**adopté par
le Conseil économique, social et environnemental
au cours de sa séance du 24 juin 2009**

Première partie
Texte adopté le 24 juin 2009

Le 8 juillet 2008, le Bureau du Conseil économique, social et environnemental a confié à la section des affaires sociales la préparation d'un rapport et d'un projet d'avis sur *L'offre de santé dans les collectivités ultramarines*¹.

La section des affaires sociales a désigné Mme Jacqueline André-Cormier comme rapporteur.

*
* *

INTRODUCTION

La France est représentée par ses onze collectivités d'Outre-mer à travers le monde. Diverses et éparpillées, elles partagent néanmoins un certain nombre de points communs. Elles sont marquées par leur passé colonial et désavantagées par leur isolement.

Les pouvoirs publics doivent tout mettre en œuvre pour apporter aux populations ultramarines un accès à la santé aussi équitable et adapté que possible.

Dans sa saisine en date du 8 juillet 2008, le bureau du Conseil économique, social et environnemental s'est intéressé au sujet de la santé Outre-mer et a sollicité la section des affaires sociales sur *L'offre de santé dans les collectivités ultramarines*.

« *On tombe malade là où l'on est d'où l'importance du territoire, lieu où s'acquiert, se conserve et se retrouve la santé* » précise la saisine.

Les indicateurs de santé Outre-mer dressent une situation alarmante de l'état de santé des populations. La prévalence des maladies chroniques révèle que les territoires ultramarins ne sont certes pas des lieux où s'acquiert la santé. Ceci est souvent la conséquence d'une politique de santé quasi-exclusivement tournée vers le curatif, au détriment de la prévention.

Malgré un investissement important de l'État ces dernières années qui se traduit par des financements conséquents accordés aux établissements hospitaliers, l'accès à l'offre de soins est insuffisant dans l'Outre-mer français. La démographie médicale est toujours inférieure à celle de la métropole. Même si le rattrapage a été parfois spectaculaire dans ce domaine, il ne permet toujours pas un fonctionnement optimal du système de soins.

¹ L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public à l'unanimité des votants (voir le résultat du scrutin en annexe).

Le rapport sur lequel se fonde le présent avis présente chacun des territoires d'Outre-mer sous l'angle de la santé et met en évidence les spécificités qui sont à prendre en compte dans l'élaboration des politiques publiques de santé. La précarité, l'environnement régional, la pression migratoire, le risque de catastrophes naturelles, les épidémies, les maladies vectorielles et infectieuses, la prévalence de maladies chroniques qui côtoient des pathologies de pays en voie de développement sont autant de facteurs qui conduisent à envisager différemment la prévention, l'éducation à la santé et l'offre de soins destinées aux ultramarins.

Chacun s'accorde à penser que la politique de santé Outre-mer doit être organisée autrement. Cependant, les contraintes administratives et financières et le réflexe qui pousse à formater l'Outre-mer comme la métropole sont toujours très présents.

Le présent avis, qui s'appuie sur le rapport et sur les missions effectuées par le rapporteur, a pour ambition de formuler des propositions au gouvernement, mais aussi aux élus et à tous les partenaires qui interviennent dans le champ de la santé Outre-mer. Souhaitons qu'il permette de mieux prendre en compte les spécificités des collectivités ultramarines dans l'élaboration des politiques de santé et qu'il contribue à faire comprendre la complexité des situations de l'Outre-mer français.

I - AMÉLIORATIONS COMMUNES À PLUSIEURS COLLECTIVITÉS

A - PROMOUVOIR ET DÉVELOPPER LA PRÉVENTION ET L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

1. Quelques définitions

La santé a été définie par l'OMS en 1948 comme « *un état de bien-être complet, physique, mental et social et non pas seulement une absence de maladie* ».

1.1. La promotion de la santé : La charte d'Ottawa

La promotion de la santé se situe dans la double perspective de permettre aux populations d'améliorer leur propre santé en leur donnant les moyens d'un plus grand contrôle sur celle-ci et en faisant une ressource de la vie quotidienne, et non un but dans la vie.

La charte d'Ottawa en 1986 a favorisé un nouvel élan de la santé publique dans le monde. La paix, un abri, de la nourriture et un revenu ont été retenus comme des conditions préalables à la santé. La promotion de la santé vise l'égalité d'accès et d'information en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé des différentes populations et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités afin de réaliser pleinement leur potentiel santé. Les facteurs économiques, sociaux, culturels environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. De nombreux intervenants sont concernés : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales ou locales, l'industrie et les médias.

Les indicateurs de santé dans l'Outre-mer français sont alarmants. Les pathologies de civilisation, souvent plus aiguës que dans l'Hexagone côtoient des pathologies de pays en développement dont certaines sont directement liées aux problèmes d'hygiène, tels que l'absence d'accès à l'eau potable, le logement insalubre, l'environnement pollué par les décharges. Ces problématiques relèvent de la compétence de l'État et des collectivités.

La bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie.

La promotion de la santé repose sur cinq stratégies selon la Charte d'Ottawa :

- Élaborer une politique publique saine.
- Créer des milieux favorables.
- Renforcer l'action collective.

- Acquérir des aptitudes individuelles.
- Réorienter les services de santé.

1.2. L'éducation pour la santé

Le plan national d'éducation pour la santé (ministère de la Santé 2001) précise que « *l'éducation pour la santé (...) a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la Collectivité* ».

1.3. Santé publique et prévention

La politique de santé publique doit prioritairement s'attacher à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes atteintes d'un handicap ou d'une maladie chronique, mais aussi prévenir les facteurs de risques, sources de morbidité évitable et de mortalité prématurée importante, que ces facteurs soient dus à des comportements à risques ou à des motifs environnementaux. Au niveau national, 7 % des dépenses de santé sont consacrées à la prévention.

- La prévention se décline en quatre niveaux :
 - La prévention primaire : éviter l'apparition des maladies.
C'est l'ensemble des mesures qui visent à éviter ou à réduire la gravité des maladies ou accidents dans une population donnée et donc à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas. Elle se situe en amont de l'apparition des pathologies.
 - La prévention secondaire : éviter le développement de la maladie.
C'est l'ensemble des actes destinés à faire baisser la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire le nombre de malades en diminuant la durée de l'évolution et l'extension de la pathologie.
Elle se situe à l'extrême début de la maladie et prend en compte le dépistage précoce.
 - La prévention tertiaire : éviter les comportements à risques ou les récidives de la maladie.
Elle comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. Elle concerne principalement les personnes atteintes de maladies chroniques ou lourdes. C'est le champ de l'éducation thérapeutique du patient, qui a pour objet de former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre la conduite de sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. Ce processus continu fait partie intégrante des soins médicaux. L'éducation thérapeutique du patient comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au

traitement. Elle doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants.

- La prévention quaternaire.

Elle désigne les actions d'accompagnement de l'invalidité et du processus de mort. Elle concerne en particulier les soins palliatifs.

2. Dispositif organisationnel en évolution

En 2001, le plan national d'éducation pour la santé a été élaboré pour que chaque citoyen ait un accès à une éducation pour la santé de qualité. Le plan national comprenait quatre axes : la formation, la recherche, l'éducation pour la santé comme mission de service public ainsi que l'éducation thérapeutique du patient du fait de l'émergence forte des maladies chroniques et de la grande nécessité de les prendre en charge. Ce plan national d'éducation pour la santé était décliné sous forme de Schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS). Ces schémas devaient intégrer dans chaque région, dès août 2004, les dispositifs des Plans régionaux de santé publique (PRSPS) et les problématiques retenues par les Groupements régionaux de santé publique (GRSP).

En 2002, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a permis la création de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) qui a succédé au Comité français d'éducation pour la santé (CFES). Il est à noter que d'autres agences interviennent dans le champ de la prévention comme la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (MILDT) ou l'Institut national du cancer qui œuvre dans le champ du tabac de l'alcool et sur le thème du dépistage. Ces instances sont en grande partie financées par l'assurance maladie.

Les dispositifs organisationnels actuels sont en cours d'évolution avec le projet de loi Hôpital-patient-santé-territoire.

Le ministère de la Santé définit les objectifs de santé publique et élabore des programmes en s'appuyant sur les trois instances mises en place par la loi de santé publique de 2004. Ces organismes sont d'une part le Haut conseil de la santé publique qui définit les objectifs pluriannuels dans le champ de la santé publique, évalue leur réalisation et fournit expertises et conseils, d'autre part la conférence nationale de santé publique dont certains représentants sont issus des conférences régionales de santé, enfin le Comité national de santé publique qui traite des problèmes de santé impliquant l'intervention de plusieurs ministères comme les accidents de la route.

3. La politique de prévention Outre-mer : cohérence des actions

La prévention en matière de santé ne peut être réellement efficace que si les conditions de vie offertes à la population lui permettent d'éviter d'être exposée à un certain nombre de risques. La charte d'Ottawa rappelle d'ailleurs à ce sujet la nécessité d'établir une politique de santé publique qui s'accompagne du souci de créer des milieux de vie favorable à la santé, dépassant ainsi largement la seule politique de soins.

Le Conseil économique, social et environnemental souhaite rappeler que la prévention doit veiller à un accès égal pour tous pour être efficace et qu'elle relève d'une politique globale incluant l'éducation à la santé et la lutte contre la précarité et l'exclusion ainsi que la lutte contre l'exposition aux risques phytosanitaires. Les conditions de logement, en particulier, impactent directement la santé physique et mentale. Disposer d'un toit est une condition essentielle pour la santé. L'insalubrité de l'habitat, l'insuffisance d'hygiène et l'absence d'accès à l'eau potable influencent l'état de santé des populations de l'Outre-mer français et ont une responsabilité dans la propagation de diverses maladies. Par ailleurs, l'utilisation des produits phytosanitaires doit faire l'objet d'une réglementation précise et d'une surveillance accrue.

La précarité d'une grande partie de la forte proportion des jeunes de moins de 20 ans dans l'ensemble des collectivités appelle à des mesures urgentes et ciblées. La préservation de leur capital santé aidera à une insertion durable dans l'emploi. **Le Conseil économique, social et environnemental insiste sur l'urgence à développer une prise en charge et un suivi spécifique de cette jeunesse.**

Compte tenu de la précarité dans laquelle vivent certaines populations ultramarines, **notre assemblée demande aux pouvoirs publics de tout mettre en œuvre pour agir rapidement sur les déterminants de santé environnementaux.** Sont concernés par cette recommandation, l'État, les collectivités et les communes qui tous ont un rôle à jouer, à divers échelons certes, dans l'hygiène publique.

L'éducation à la santé vise à engager, de façon éclairée les personnes sur la préservation de leur capital santé en faisant la promotion de comportements individuels responsables. L'efficacité de la prévention se mesure sur une durée plutôt longue. Beaucoup d'actions d'éducation à la santé sont des investissements à productivité retardée. Lorsque l'on travaille sur des changements de comportements, les incidences sur les pathologies telles que l'hypertension artérielle, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, ou encore les cancers sont décalées dans le temps.

3.1. Organisation de la prévention en Outre-mer

L'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) est un établissement de santé publique créé par la loi du 4 mars 2002 pour mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre des orientations politiques fixées par le gouvernement. La loi du 9 août 2004 a prévu son implication dans les situations d'urgence et étendu ses missions à la formation à l'éducation à la santé. Les portes d'entrée de l'INPES dans les collectivités d'Outre-mer sont les Groupements régionaux de santé publique (GRSP).

Le but du GRSP est de mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le Plan régional de santé publique (PRSP). Il en fixe les conditions de réalisation et en assure la mise en œuvre. Il décide de la nature des actions envisagées, de leurs modalités de suivi ainsi que des partenariats éventuels et des financements prévus. Le GRSP favorise les coopérations et les rapprochements entre les acteurs.

Les GRSP sont présents dans chaque DOM et un représentant de l'INPES siège dans chaque conseil d'administration. Ces représentants ont une bonne connaissance des DOM et travaillent en binôme titulaire/suppléant sur chacun d'entre eux. Une convention existe avec la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie. Mayotte bénéficie de soutiens au travers des projets interrégionaux Réunion/Mayotte, mais ce soutien mérite d'être développé.

Aucun lien n'a encore été développé avec les collectivités de Wallis et Futuna, Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Saint-Pierre et Miquelon.

Une plateforme est en cours de développement entre l'INPES et les DOM. Elle vise à renforcer les compétences entre les personnes ressources chargées de la communication des DOM et de l'Institut ainsi qu'à structurer des politiques de communication sur des problématiques communes aux départements d'Outre-mer.

Le Conseil économique, social et environnemental souligne la pertinence d'une action transversale dans le domaine de l'éducation à la santé Outre-mer ainsi que la mise en réseau des DOM entre eux pour faciliter les échanges.

Il préconise que l'ensemble des collectivités d'Outre-mer soit intégré dans cette démarche. Il n'est pas équitable, en effet, que le bénéfice d'accompagnements stratégiques, méthodologiques et techniques dans le domaine de la prévention et l'éducation à la santé ne soit pas accessible à l'ensemble des ultramarins en fonction de leurs besoins.

Un conventionnement entre l'INPES et chacune des collectivités ultramarines s'impose donc. Ces accords, identiques à ceux conclus par l'INPES avec la Polynésie française et avec la Nouvelle-Calédonie pourraient reprendre les points suivants, pour chacun en ce qui les concerne :

- mettre en œuvre, pour le compte de l'État et de ses établissements publics, les programmes de santé publique ;
- exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire ;
- participer à la demande, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives ;
- établir des programmes de formation à l'éducation pour la santé.

Les indicateurs de santé Outre-mer, particulièrement alarmants sur des pathologies chroniques telles que le diabète, l'hyper-tension artérielle, l'obésité ou les maladies cardio-vasculaires révèlent l'inadaptation et l'insuffisance des politiques de prévention et d'éducation à la santé. Trop souvent, l'éducation en matière de prévention se résume à la seule information sur les risques que comportent certaines consommations. Une pédagogie de la prévention primaire est encore à élaborer. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces retards en territoire ultramarin :

- l'insuffisante adaptation des outils pédagogiques qui nécessite une meilleure prise en compte de leurs financements. La prévention, dans ces territoires, ne peut pas faire l'économie d'une approche historique et contextualisée des phénomènes culturels liés aux habitudes de consommation ;
- le nombre important de personnes relevant d'actions d'éducation à la santé renforcé, compte tenu de la précarité dans laquelle elles évoluent, est sous-estimé ;
- dans la plupart des collectivités, les associations porteuses de projets ne sont pas assez nombreuses selon les collectivités ;
- les acteurs de la prévention ne sont pas suffisamment professionnalisés ni spécialisés ;
- les approches sont bien ciblées pour les enfants et mériteraient d'être étendues à l'ensemble de la population ;
- « l'éducation thérapeutique » du patient, qui conditionne le suivi et le succès de traitements dont certains peuvent être longs et contraignants n'est pas assez développé ;
- les moyens humains et financiers sont trop dispersés. Le champ de la prévention manque de lisibilité territoriale, d'affirmation de priorités et de stratégie globales ;

- la difficulté des acteurs à s'identifier et à travailler ensemble.

Compte tenu des enjeux pour les populations de l'Outre-mer, **le Conseil économique social et environnemental demande que les pouvoirs publics accordent une priorité au développement de la prévention et de l'éducation à la santé Outre-mer.** Ce développement ne pourra pas se faire sans une politique volontariste et une coordination des services de l'État, des collectivités et des organismes d'assurance maladie.

3.2. Affirmer et clarifier le rôle de l'État et des collectivités territoriales

Le partage des compétences entre l'État et les départements, issu des lois de décentralisation, apparaît, d'un point de vue de la santé publique, à l'origine de certaines incohérences. Ainsi les collectivités sont responsables de la PMI et l'État de la médecine scolaire. Cette discontinuité dans les prises en charge est préjudiciable à un bon suivi de l'état de santé de l'enfant.

À l'instar de ce qui se passe à Saint-Martin, **le Conseil économique, social et environnemental propose, pour l'ensemble des collectivités d'Outre-mer, qu'une véritable coopération entre les services de la médecine scolaire et les services de la PMI soit établie.**

En ce qui concerne plus particulièrement la PMI, la forte précarité rencontrée dans certaines collectivités d'Outre-mer conduit un plus fort pourcentage de populations à fréquenter ces centres de proximité. Il en résulte un besoin de financement conséquent pour les conseils généraux des collectivités ultramarines qui doivent faire face au fonctionnement de ces structures, subissant ainsi une forte pression financière, source d'inégalité par rapport à des régions plus riches. Quand en métropole, les centres de PMI suivent environ 10 % à 20 % des grossesses, ce chiffre atteint plus de 42 % en Guadeloupe et 70 % à 80 % à Mayotte.

3.3. Renforcer la prévention relative aux grossesses précoces et développer l'éducation à la sexualité

Le nombre d'IVG et de grossesses précoces est très important sur l'ensemble de l'Outre-mer. Quelques chiffres en témoignent : à La Réunion, le nombre de grossesses précoces est huit fois supérieur à celui de la métropole ; en Guadeloupe, le nombre d'IVG se montait en 2008 à 4 000 pour 7 500 naissances. L'éducation à la sexualité et la planification familiale au sein de la PMI sont souvent le parent pauvre de la politique de prévention. Le nombre insuffisant de conseillers familiaux mais aussi d'effectifs médicaux et paramédicaux ne permettent pas d'accompagner convenablement les femmes et de répondre à la contraception d'urgence.

Le Conseil économique, social et environnemental suggère que l'État et les collectivités puissent réfléchir ensemble sur ces problématiques de l'éducation à la sexualité, de la prévention, de la PMI et de la planification familiale. Il faut notamment s'attacher à résoudre les difficultés financières de certains conseils généraux dans ce domaine afin de dégager des solutions viables et pérennes.

3.4. Renforcer le rôle de l'Éducation nationale

L'Éducation nationale a un rôle prépondérant à jouer dans la prévention. La médecine scolaire, en organisant des consultations médicales obligatoires particulièrement utiles pour les jeunes issus de milieux précaires, permet un dépistage des déficits sensoriels, une surveillance de la croissance et un accompagnement des troubles de l'apprentissage grâce à l'implication d'équipes pluridisciplinaires. Cependant, le nombre insuffisant de médecins scolaires et les difficultés matérielles liées aux consultations (locaux non adaptés) sont un frein au fonctionnement optimal des services de médecine scolaire et empêchent ces derniers d'intervenir suffisamment dans le champ de l'éducation pour la santé des jeunes en âge scolaire, alors même que le travail sur l'évolution des comportements se révèle essentiel.

L'Éducation nationale ne s'inscrit pas facilement dans les politiques de prévention et d'éducation à la santé décidées à l'échelon local et semble avoir des difficultés à partager sa légitimité éducative pour agir en synergie avec d'autres partenaires. Les initiatives demeurent très variables d'une académie à l'autre mais également d'un établissement à un autre. Elles dépendent en fait du dynamisme et du degré d'implication des acteurs de terrain.

Les directives du ministère de l'Éducation nationale invitent régulièrement les enseignants à s'approprier le champ de l'éducation à la santé. Cependant, l'absence d'obligation réelle d'intégrer les actions de l'éducation à la santé dans le cursus scolaire freine leur mise en œuvre effective même si chacun s'accorde à penser qu'elles ont leur légitimité dans les projets pédagogiques. De plus, les enseignants sont confrontés à une absence de formation sur ce sujet et à un manque d'outils pédagogiques.

L'orientation du projet académique de La Réunion qui a intégré « *l'éducation à la santé et la prévention des risques par l'acquisition des connaissances et le développement d'un esprit critique en vue d'adopter des comportements bénéfiques à la santé* » a retenu l'attention de notre assemblée. Le premier défi, pour une politique de prévention, est de lutter contre les inégalités sociales. Au regard de la précarité existant dans les DOM et des indicateurs de santé alarmants, l'école est le principal lieu où les jeunes peuvent avoir accès à une information scientifiquement validée. La santé est un capital qui s'entretient au quotidien, encore faut-il apprendre à le faire dès le plus jeune âge.

En partenariat avec l'IUFM, le rectorat de La Réunion a confié à une chargée de mission en éducation pour la santé la mise en place et le suivi d'un « passeport santé » pour les élèves du primaire. Le surpoids et l'obésité observés chez les jeunes réunionnais (un enfant sur quatre, comme aux Antilles) a amené à traiter prioritairement l'éducation nutritionnelle dans ce « passeport santé » à côté d'autres thèmes comme celui des addictions. Cinq établissements scolaires pilotes vont mettre en place ce « passeport santé » complété par des actions tournées vers les familles.

Compte tenu des indicateurs de santé connus en Outre-mer, le Conseil économique, social et environnemental estime nécessaire d'étendre l'expérience innovante conduite à La Réunion à l'ensemble des collectivités ultramarines et préconise la diffusion des contenus pédagogiques et des formations ad hoc. Jusqu'ici, peu d'actions s'inscrivant sur du long terme ont été mises en place avec une volonté aussi affichée de faire prendre conscience aux jeunes de l'importance de prendre soin de leur corps.

3.5. Promouvoir l'éducation thérapeutique du patient

Lorsque l'on travaille sur des changements de comportements, les incidences sur les pathologies telles que l'hypertension artérielle, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, ou encore les cancers sont décalées dans le temps. Les indicateurs épidémiologiques sont décevants voire alarmants sur l'Outre-mer français et l'éducation thérapeutique du patient devient une priorité compte tenu de la prévalence des pathologies chroniques comme le diabète et l'hyper tension artérielle.

Notre système de santé, essentiellement orienté vers le curatif, laisse peu de place aux actions d'éducation à la santé. Ces actions ne sont d'ailleurs pas codifiées par l'assurance maladie.

Le Conseil économique social et environnemental préconise le développement de l'éducation thérapeutique du patient, tant pour l'Outre-mer que pour la métropole, et demande une modification des actes de nomenclatures médicales au plan national afin que les actes relatifs à l'éducation thérapeutique du patient soient reconnus. Dans l'immédiat, des solutions peuvent être trouvées par la mise en place de réseaux de soins qui doivent s'intensifier rapidement Outre-mer pour répondre aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques et de leur vieillissement.

3.6. Développer la connaissance de l'étude épidémiologique des maladies à transmission vectorielle

Il convient d'insister sur la nécessité de développer une solidarité sanitaire internationale sur les maladies transmissibles dans les zones géographiques ultramarines. La santé des collectivités d'Outre-mer dépend de leur environnement. Les agents pathogènes, tout comme les vecteurs de maladies, ne connaissent pas de frontières.

Les pays membres de la Commission de l'Océan Indien (COI) qui regroupe les Comores, les Seychelles, la France par le biais de La Réunion et de Mayotte, l'Île Maurice et Madagascar) ont créé le Réseau de surveillance et d'investigation en matière de santé publique (RSIE). Cette instance est chargée de faire le lien entre les différents systèmes de surveillance épidémiologique existant dans les îles pour faciliter un partage de données et renforcer la prévention des épidémies dans la zone. Cette démarche devrait permettre, en cas d'épidémie, de gérer les situations d'urgence de santé publique et de réagir en apportant un appui d'expertise sur la région afin de limiter l'impact des maladies à potentiel épidémique élevé.

Le Conseil économique, social et environnemental estime que cette démarche structurée de coopération épidémiologique avec les pays avoisinants doit être étendue à l'ensemble des autres zones géographiques d'Outre-mer où elle existe déjà à l'état embryonnaire.

Il estime également que les propositions formulées en 2003 dans l'avis présenté par M. Guy Robert *La prévention en matière de santé*, en particulier celle sur le renforcement de la surveillance épidémiologique et le système d'alerte sanitaire ainsi que celle sur la mise en place de suivis de l'état de santé, doivent spécifiquement s'appliquer dans les collectivités ultramarines.

3.7. Renforcer la lutte anti-vectorielle

Notre assemblée estime nécessaire de promouvoir la lutte anti-vectorielle en lui donnant les moyens humains et techniques nécessaires pour éviter le risque de réintroduction de certaines maladies parasitaires (paludisme) ou l'apparition d'affections virales qui peuvent être gravissimes (chikungunya, dengue). Ceci implique la définition précise des responsabilités des différents acteurs.

B - DÉVELOPPER LA TÉLÉMÉDECINE

1. Définition

L'article 32 de la loi du 13 août 2004 dispose que la télémédecine « *permet entre autres d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie, mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical* ».

Le Conseil national de l'Ordre des médecins, dans un document en date de janvier 2009 relatif « *aux préconisations du Conseil national de l'Ordre des médecins sur la télémédecine* », retient la définition suivante : « *La télémédecine est une des formes de coopération dans l'exercice médical, mettant en rapport à distance, grâce aux technologies de l'information et de la communication, un patient (et/ou les données médicales nécessaires) et un ou plusieurs médecins et professionnels de santé, à des fins médicales de diagnostic, de décision, de prise*

en charge et de traitement dans le respect des règles de la déontologie médicale ».

L'isolement et l'éloignement des collectivités d'Outre-mer, les problèmes de démographie médicale, la prévalence des maladies chroniques ainsi que l'étendue de certains territoires faiblement peuplés font des entités ultramarines des lieux privilégiés de développement et d'évaluation de la télémédecine. Cet outil permet en effet de contourner la contrainte de la distance par la mise en relation de professionnels de santé entre eux ou de patients et de professionnels. Il modifie ainsi les conditions de l'exercice médical et étend l'offre de soins en garantissant à tous un meilleur accès au système de santé.

2. Les différents actes de télémédecine

Les définitions des principaux actes médicaux effectués par télémédecine ont été adoptées par de nombreux pays, en Europe notamment. Elles concernent la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance et la téléassistance, cette dernière n'étant pas toujours considérée comme un acte médical au sens strict.

- La téléconsultation consiste en un acte médical réalisé en présence du patient. Ce dernier peut dialoguer à la fois avec le médecin requérant et/ou le (les) médecin(s) qui assiste(nt) techniquement le confrère éloigné. Le médecin requis pour l'acte de télémédecine doit avoir accès à l'ensemble des informations médicales antérieures à la consultation. Ces dernières peuvent lui être transmises par le patient au cours de la consultation ou par le médecin qui assiste le malade. L'accès au dossier médical du patient est également nécessaire. Il est à noter que dans le cas de consultations spécialisées, un interrogatoire structuré et la bonne connaissance du dossier médical du patient autorisent des interventions d'excellent niveau, en particulier lorsqu'il s'agit de patients suivis pour des maladies chroniques.
- La télé-expertise est un acte médical au cours duquel échangent deux ou plusieurs médecins afin d'établir un diagnostic et/ou une thérapeutique sur la base de données cliniques, radiologiques ou biologiques consignées dans le dossier médical du patient et concourant à l'établissement du diagnostic et des indications thérapeutiques. Au cours de cet échange, le patient est absent. La télé-expertise est une pratique collective de la médecine illustrant les changements intervenus ces dernières années dans la pratique de la télémédecine. La médecine étant devenue hyperspécialisée, cet acte médical permet de rassembler plusieurs compétences autour du malade. Cependant, l'absence de définition des responsabilités en cas d'incident médical représente un frein certain à l'adhésion des praticiens. Ces responsabilités sont d'autant plus complexes que des médecins de statuts différents (privé, public, libéral...) interviennent dans la décision thérapeutique.

- La télésurveillance autorise le recueil de plusieurs indicateurs de surveillance pratiqué à domicile ou dans un centre de soins primaires par le patient lui-même ou par un auxiliaire de santé. Le médecin interprète à distance les données pour modifier éventuellement la prise en charge. À l'avenir, le médecin pourra déléguer à un autre professionnel de santé la conduite à suivre sous réserve de protocoles clairement établis. Le développement des maladies chroniques, particulièrement sensible Outre-mer, pose le problème de l'accès aux soins pour des personnes vivant dans des lieux isolés et nécessitant un suivi médical régulier. La télésurveillance est une réponse efficace et évite la multiplication des consultations, des déplacements souvent contraignants, ainsi que des séjours hospitaliers à répétition.
- La téléassistance correspond à l'acte médical à distance d'un médecin qui assiste un autre médecin pour la réalisation d'un acte médical ou chirurgical. Le médecin requis peut également aider un autre professionnel de santé, un secouriste ou plus généralement toute personne intervenant dans une situation d'urgence extrême.

2.1. Une réussite : la télé-médecine en Guyane

La Guyane a développé, en plus des téléconsultations spécialisées entre le CHAR et les centres de santé, la téléconsultation spécialisée aux urgences. Cette réponse apportée par la télé-médecine à la situation d'isolement sanitaire régional, mais aussi intra-départemental, est un modèle dont les autres collectivités d'Outre-mer et l'Hexagone pourraient utilement s'inspirer.

La Guyane, plus grand département français avec une superficie égale à un cinquième de l'Hexagone, voit sa population de 200 000 habitants inégalement répartie sur le territoire. Ce département a ainsi dû relever le défi de développer un mode d'accès aux soins au plus proche des lieux de vie des habitants, avec de fortes contraintes de distance et un faible réseau de communications terrestres.

Depuis 2001, le réseau de télé-médecine s'est progressivement développé en partenariat avec le Centre national d'études spatiales (CNES). Il relie actuellement seize postes et centres de santé isolés au Centre hospitalier Andrée-Rosemon (CHAR) de Cayenne, aux trois hôpitaux du littoral guyanais ainsi qu'au SAMU de la Martinique. Les téléconsultations, les télé-expertises, ainsi que les transferts d'informations, se font grâce à une liaison téléphonique satellitaire complétée par un site web sécurisé, à partir d'un système clients-serveurs par le logiciel Lotus Notes.

Chaque centre de santé dispose d'une valise de télé-médecine comprenant un PC portable, un électrocardiographe (ECG) numérique, un microscope, une webcam, un appareil photo numérique et un échographe. Les spécialités sollicitées à partir des centres de santé sont au principal la dermatologie, la parasitologie, la cardiologie (grâce à l'ECG numérique), mais également l'ophtalmologie, la gynéco-obstétrique, la pédiatrie, la toxicologie, l'imagerie

(neurochirurgie), la traumatologie, la diabétologie et la cancérologie. L'échange de données *via* la télémédecine permet de mieux contrôler et maîtriser les indications d'évacuations sanitaires et de ne faire appel aux moyens hélicoptés que quand ils sont vraiment justifiés, apportant ainsi au patient un réel supplément de confort et de réassurance.

Le SAMU de Cayenne récupère les données et coordonne l'ensemble des dossiers du réseau télémédecine de Guyane. Lorsque que le plateau technique de Cayenne ne permet pas la prise en charge du malade localement, le recours à la télémédecine permet d'orienter l'évacuation vers les Antilles ou vers la métropole.

La réussite de l'utilisation de la télémédecine dans l'organisation des soins en Guyane mérite d'être connue. **Notre assemblée propose que cette expérience de terrain profite d'une large diffusion et que les savoir-faire développés sur ce sujet fassent l'objet d'une nouvelle répartition des tâches médicales, organisationnelles, techniques et technologiques.**

2.2. Avantages de la télémédecine Outre-mer

Les besoins en télémédecine ne sont pas identiques sur l'ensemble du territoire national. Cet outil, en rapprochant l'expertise médicale au plus près des malades, contribue à la fois à une meilleure offre de soins dans les zones isolées et à une plus grande sécurité sanitaire.

L'organisation territoriale de la santé Outre-mer a été configurée par les contraintes géographiques fortes. Les plateaux techniques importants et la médecine la plus spécialisée sont concentrés dans les hôpitaux de références parfois très éloignés des établissements de proximité. Certains hôpitaux de références ne sont accessibles en intra-Collectivité que par voie aérienne, quand d'autres se situent en métropole ou en territoire étranger. L'isolement des collectivités d'Outre-mer a naturellement conduit vers une organisation graduée dans l'accès aux soins. Au sein de plusieurs entités ultramarines, les filières de soins développées sont clairement identifiées à partir des établissements de santé de proximité. Cette organisation, préconisée dans le rapport *Les missions de l'hôpital* de Gérard Larcher (2008), pose les bases favorables d'un développement de la télémédecine.

La mise en place de téléconsultations et de télé-expertises entre les établissements de références et les établissements de proximité (hôpitaux, centres de santé, maisons médicales, dispensaires) serait de nature à mieux accompagner ces derniers en évitant des transferts sanitaires inutiles. Le remplacement de consultations avancées par des téléconsultations spécialisées pourrait dans les années à venir apporter une réponse à une baisse de la démographie médicale particulièrement préoccupante Outre-mer.

Patients et professionnels de santé peuvent trouver un intérêt commun dans le développement de cet outil. L'accessibilité au bon traitement au plus près du lieu de vie du malade est un confort auquel vient s'ajouter une confiance renforcée par les prises en charge adaptées.

D'autres aspects viennent appuyer la nécessité du développement de la télémédecine Outre-mer. Ils peuvent se décliner pour l'essentiel comme suit :

- certains postes de médecins se situant en territoire isolé ne trouvent pas de postulants. C'est le cas en particulier dans certaines îles de la Polynésie française. La mise en place d'un lien par télémédecine avec l'hôpital référent de Tahiti serait de nature à rompre l'isolement professionnel grâce à la collaboration de plusieurs disciplines médicales ;
- l'une des inquiétudes des médecins, lors de l'exercice de leur pratique en territoire isolé, réside dans la perte potentielle de leurs compétences. La pratique de la télémédecine induit le partage des savoirs par l'instauration d'un dialogue médical. Il en ressort un développement du niveau de compétences et une meilleure qualité des pratiques professionnelles ;
- si la motivation principale pour un développement de la télémédecine Outre-mer est d'assurer une couverture sanitaire en territoire isolé, d'autres applications se dessinent. En effet, la télémédecine peut être envisagée comme une solution pour la prise en charge des maladies chroniques, maladies qui vont s'accroître avec le vieillissement des populations. La forte prévalence de l'hypertension artérielle et du diabète dans les entités ultramarines demande une adaptation de l'offre de santé. La télésurveillance apporte des réponses dans la prise en charge quotidienne adaptée des maladies chroniques. L'interprétation à distance d'indicateurs pertinents par un médecin permet de prévenir certaines complications et des hospitalisations à répétition.

Le rapport du ministère de la Santé en date de janvier 2009 sur *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins* insiste sur la nécessité du déploiement de la télémédecine en France. Dans les préconisations, les rapporteurs attirent l'attention des pouvoirs publics sur un développement prioritaire dans les territoires isolés.

Le Conseil économique, social et environnemental partage cette recommandation et demande que l'isolement de l'Outre-mer soit réellement pris en compte par les pouvoirs publics.

Le développement de la télémédecine Outre-mer qui jusqu'ici n'a pas fait l'objet d'une volonté politique doit être une priorité et faire l'objet d'une politique affichée et concertée entre les pouvoirs publics, les élus, les organismes d'assurance-maladie, les médecins, les professionnels de santé, sans oublier le concours des patients et de leurs représentants.

2.3. Problèmes liés aux coûts et aux infrastructures

La télémédecine récupère, transmet et gère des données médicales par la surface terrestre (fil, câble, fibre optique) ou par des satellites de communication. L'accès à un réseau sécurisé, autorisant l'acheminement des images et des dossiers ainsi que le stockage des informations est indispensable à la télémédecine. Or, les collectivités d'Outre-mer ne bénéficient pas toutes des mêmes avantages en haut débit ou en réseau satellite. La Guyane a bénéficié du support du CNES pour développer son propre réseau. Les collectivités les plus peuplées qui bénéficient du haut débit sont souvent celles qui sont dotées ou proches de structures de soins importantes. L'absence de haut débit et de très haut débit dans des entités très isolées comme les îles polynésiennes et Wallis et Futuna empêche la transmission de fichiers volumineux tels que les images numérisées. La sécurité dans le transfert des informations ne peut donc pas être assurée.

Le Conseil économique social et environnemental demande la poursuite accélérée du programme d'équipement en haut débit et très haut débit sur l'ensemble des territoires des collectivités ultramarines et le cas échéant en infrastructures de communication par satellite. Il convient de souligner que souvent, les populations les plus isolées auprès desquelles la télémédecine serait indispensable pour renforcer une offre de soins insuffisante, sont les moins bien desservies en haut et très haut débit.

L'identification et la mutualisation des expériences innovantes, le développement d'une politique publique de l'ingénierie en télémédecine ainsi que le soutien financier accordé aux collectivités les plus fragiles sont autant de moyens, **pour notre assemblée, de promouvoir un développement de la télémédecine Outre-mer.**

Cependant, le fonctionnement pérenne de cet outil ne se fera pas sans une détermination précise des coûts de l'acte de télémédecine lui-même et de l'équipement nécessaire à son exécution (station de visioconférence, salle dédiée à l'expertise, dépenses de maintenance et de coordination...).

Des réponses doivent être apportées rapidement à ces questions qui entravent le bon fonctionnement et le développement intensif de la télémédecine sur l'ensemble du territoire national.

2.4. Difficultés liées à la responsabilité

Le coût des infrastructures n'est pas le seul frein au développement de la télémédecine. Jusqu'ici, la mise en application de cet outil s'est surtout réalisée en milieu hospitalier ou inter-hospitalier, encadrant ainsi les risques juridiques potentiels. La loi du 13 août 2004 a reconnu la place de la télémédecine comme l'un des moyens d'action visant à une meilleure organisation dans la prise en charge des patients, ouvrant ainsi le champ d'exercice de cet outil à la coopération des établissements publics et privés, des praticiens libéraux et des autres professionnels de santé. Dès lors, il convient dans le processus de décision, de clarifier les responsabilités médicales et les responsabilités liées au matériel et au réseau de communication. L'usage de la télémédecine ne doit pas aboutir à une dilution des responsabilités. Sur ce sujet, notre assemblée rejoint la préconisation du Conseil national de l'Ordre des médecins suggérée dans son livre blanc en date de janvier 2009 « *La loi doit consolider l'existence de la télémédecine sur des bases juridiques affirmées. Elle doit permettre son développement par des conventions de coopération, entre professionnels comme entre établissements. Elle doit en assurer la sécurité par des protocoles de mise en œuvre sur les volets médicaux, techniques et financiers* ».

L'utilisation de la télémédecine Outre-mer se complique d'autant que les filières de soins peuvent être organisées avec des pays étrangers avoisinants. Ces États ont leur propre fonctionnement en matière de déontologie médicale. À titre d'exemple, dans le droit français, le médecin peut demander un avis à un confrère sans engager obligatoirement la responsabilité de ce dernier, alors que le médecin canadien requis est responsable des conseils donnés.

Le Conseil économique social et environnemental s'est déjà penché sur cette question puisque dans son rapport en date de 2002 *Santé et nouvelles technologies de l'information*, Mme Jeannette Gros « *invitait les pouvoirs publics français à travailler activement à la formalisation du projet de Charte internationale pour la télémédecine dans le but de promouvoir un code de bonnes conduites sécurisées des activités de médecine* ».

Notre assemblée invite à nouveau les pouvoirs publics à se saisir de ce dossier visant à améliorer la coopération internationale et l'échange de bonnes pratiques dans ce domaine au regard de l'importance des échanges des collectivités ultramarines avec des pays voisins tels que le Canada, les États-Unis, les pays de la Caraïbe, la Nouvelle Zélande ou l'Australie, sans que cette liste soit exhaustive.

2.5. Développer la formation à l'utilisation de la télémédecine

Les professionnels de santé sont les acteurs essentiels de la télémédecine. La plupart de ceux qui se sont approprié cet outil l'ont généralement fait sur le terrain en faisant appel à des personnes ressources très investies et motivées dans le transfert de compétences. Dans le cadre du développement des actions de la télémédecine, cette formation empirique doit être revue.

Le Conseil économique social et environnemental propose que la pratique de la télémédecine fasse l'objet d'une formation initiale et du développement professionnel continu des professionnels de santé, qu'ils exercent en secteur libéral ou public, qu'ils soient médecins ou paramédicaux. Cette formation ne devra pas se limiter au maniement des outils mais être également étendue aux nouvelles conditions de l'exercice médical apportées par cet outil, comme le travail en réseau et les nouvelles formes de partenariat. Ce dispositif de formation ne serait pas complet sans les dimensions humaines, juridiques, éthiques et déontologiques qu'il doit intégrer.

2.6. Maintenir une relation de confiance

Le développement de la télémédecine vise à améliorer la prise en charge des patients vivant dans des zones géographiques isolées et éloignées afin d'apporter une réponse sanitaire graduée et optimale. Cette politique s'inscrit dans le principe d'égalité à l'accès aux soins en rapprochant l'expertise sanitaire au plus près des lieux de vie des patients. Cependant, les mentalités évoluent beaucoup moins vite que le progrès technologique et l'utilisation de la télémédecine, particulièrement Outre-mer, nécessite la prise en compte des identités socioculturelles.

Le Conseil économique social et environnemental est très attentif au maintien de la relation de confiance entre le professionnel de santé et son patient. Afin de ne pas altérer cette relation, il convient de convaincre que l'utilisation de la télémédecine ne se substitue pas à la relation traditionnelle médecin/malade mais qu'elle la complète et l'améliore en permettant des échanges mieux documentés. Une telle appropriation ne repose pas uniquement sur le développement technique des systèmes et des dispositifs proposés, mais sur un véritable changement de mentalité. **Les progrès de la télémédecine sont récents et en pleine évolution. Notre assemblée recommande que sa mise en pratique soit accompagnée d'une campagne de sensibilisation et d'information du grand public. Il est indispensable de rappeler aux patients leurs droits, sur le respect desquels la mise en œuvre de la télémédecine reste fondée.**

C - FAVORISER LA COOPÉRATION SANITAIRE RÉGIONALE INTERNATIONALE

Deux types de coopérations sanitaires internationales existent entre les collectivités d'Outre-mer et les pays voisins :

- d'un côté, la coopération sanitaire relative à l'organisation de la filière de soins qui concerne le transfert de malades accueillis lors des évacuations sanitaires vers un plateau technique plus performant. Cette coopération est cadrée par des conventions fixant les modalités d'accueil des malades, la transmission d'informations médicales et le paiement des actes médicaux. Des accords semblables existent entre la Polynésie Française et la Nouvelle Zélande, la Nouvelle-Calédonie

et l'Australie, Saint-Pierre et Miquelon et le Canada. La Réunion quant à elle accueille des malades qui lui sont adressés par les pays voisins de la Zone Océan Indien tels que Madagascar, l'Île Maurice ou les Seychelles. Ces coopérations encadrées par des conventions font l'objet de négociations bilatérales et ne posent pas de problèmes majeurs entre les pays contractants ;

- la coopération sanitaire régionale avec les pays avoisinants se complique en revanche lorsque certaines collectivités françaises d'Outre-mer, soumises à une forte pression migratoire, soignent sans cadre juridique précis sur le sol français des personnes sans titre de séjour et originaires des pays de la zone géographique.

1. Accès aux soins des personnes n'ayant pas de titre de séjour

Dans le système français, le principe de financement de l'assurance maladie repose sur les cotisations sociales prélevées sur les revenus. Chaque individu reçoit des soins selon ses besoins. Depuis 2000, date de la mise en place de la Couverture maladie universelle (CMU), toute personne résidant légalement et depuis plus de 3 mois sur le territoire français a droit à la CMU dite de base qui couvre 65 % des frais de soins. Dans le cas où les personnes ont des revenus inférieurs à 587 euros par mois, elles peuvent bénéficier de la CMU complémentaire (CMU-C) qui couvre tous les frais avec exonération de toute avance.

L'Aide médicale d'État (AME) est réservée aux personnes sans titre de séjour mais présents sur le sol français depuis plus de 3 mois et ayant des revenus mensuels inférieurs à 587 euros. Ces personnes sont couvertes gratuitement à l'exception de la prise en charge des frais inhérents aux prothèses. Pour ce qui est des personnes n'ayant pas de titre de séjour depuis moins de trois mois, elles peuvent bénéficier d'une prise en charge gratuite des soins urgents. Ces soins sont ceux dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé d'une personne ou d'un enfant à naître. Ils peuvent être dispensés dans les établissements de santé publics ou privés dans le cadre d'une hospitalisation ou dans le cadre des actes et consultations externes, délivrance de médicaments comprise (circulaire du 7 janvier 2008 de la Direction de la Sécurité sociale du ministère de la Santé).

2. Application du droit à l'accès aux soins Outre-mer

La présence de personnes sans titre de séjour sur le sol de l'Outre-mer français est souvent mal ressentie par les populations locales et peut être source de conflits générés par un contexte local géographique, historique et culturel spécifique.

Le titre VI de la loi 2006-911 relative à l'immigration et à l'intégration comporte des dispositions relatives à l'Outre-mer. En prenant ces mesures, le législateur a reconnu le caractère particulier de certaines collectivités d'Outre-mer soumises à une forte pression migratoire sans commune mesure avec celle rencontrée dans d'autres régions de l'Hexagone. Cette pression s'explique par la prospérité relative des collectivités ultramarines par rapport à leur environnement régional, alors que ces mêmes entités sont souvent considérées comme bénéficiant d'un moindre niveau de vie par rapport à la métropole. Sont particulièrement concernées la Guyane, Saint-Martin, la Guadeloupe et Mayotte.

Dans les DOM, un observatoire de l'immigration évalue l'application de la politique de régulation des flux migratoires et des conditions d'immigration. Chaque observatoire, composé de représentants de l'État, des collectivités territoriales ainsi que des représentants des milieux économiques et sociaux, peut proposer au gouvernement les mesures d'adaptation rendues nécessaires par les caractéristiques et contraintes particulières de ces collectivités. À Mayotte, le sujet de l'immigration est intégré dans les États généraux de l'Outre-mer.

Dans les faits, l'ouverture des droits à l'accès aux soins pour les étrangers se révèle d'une application complexe dans les collectivités d'Outre-mer les plus concernées par l'immigration. Des délais d'attente d'ouverture de droits ou de remboursements de frais pouvant parfois atteindre plusieurs mois persistent et les améliorations amorcées doivent se poursuivre.

Les services sociaux sont insuffisamment présents pour accompagner les populations étrangères, souvent non francophones, vers l'accès à leurs droits. Fréquemment, cet accès est établi lors de soins, en dehors de toute logique préventive. À Mayotte, où le régime de protection sociale est actuellement en construction, la CMU et la CMU complémentaire tout comme l'AME n'existent pas. Le centre hospitalier également gestionnaire des dispensaires prend en charge sur ses fonds propres les non assurés sociaux grâce à une subvention de l'État. Des difficultés sont rencontrées lors d'évacuations sanitaires vers la métropole pour la prise en charge des malades, les établissements métropolitains ne voulant pas accepter les patients, y compris mineurs, sans avoir la garantie de paiement. Il en résulte au final une pression financière constante sur l'hôpital et les dispensaires exposés à des difficultés de trésorerie alors même que la fréquentation des établissements est surchargée.

Le Conseil économique, social et environnemental préconise que la réglementation applicable en France métropolitaine sur les conditions d'accès aux soins pour les personnes en situation précaire ou sans titre de séjour soit étendue à Mayotte. De plus, une attention particulière doit être apportée à faciliter les démarches et accompagner les personnes fragilisées par la précarité de leur situation sur l'ensemble des collectivités ultramarines. Une enquête de l'INSERM « Santé et migration à Mayotte » fait ressortir que seuls 11 % des migrants se sont installés pour une raison de santé et

que moins de 2 % des femmes ayant accouché ont fait ce choix pour des raisons sanitaires. La présence de personnes sans titre de séjour, non suivies sur le plan sanitaire, pose un problème en termes d'épidémies potentielles, particulièrement dans des zones géographiques où la menace des maladies infectieuses est très présente.

3. Mieux connaître les besoins de santé des populations immigrées

Dans des environnements régionaux où les mouvements de population interne et externe favorisent le risque de maladies épidémiques, il conviendrait d'apporter une plus grande vigilance à la veille sanitaire des populations les plus précaires. On ne peut soigner convenablement une population sans la connaître. Cette connaissance de l'état de santé des personnes sans titre de séjour pourrait également permettre de cibler les difficultés sanitaires des pays migrants afin d'orienter la coopération sanitaire régionale internationale entre les territoires d'Outre-mer français et leurs pays voisins.

Dans l'avis du Conseil économique social et environnemental de 2006 relatif à *La coopération sanitaire française dans les pays en voie de développement*, le rapporteur, Marc Gentilini, précisait que « *L'immigration, rarement volontaire, est un mal pour tous, migrants des pays d'origine ou population des pays d'accueil* ». Elle est le plus souvent la conséquence d'une contrainte économique ou politique.

Sans remettre en cause l'accès aux soins des personnes sans titre de séjour, notre assemblée estime qu'une meilleure connaissance de ces populations dans les collectivités d'Outre-mer, lors des parcours de soins, s'impose compte tenu des situations préjudiciables pour leur santé dans lesquelles elles évoluent et ceci qu'elles résident en territoire français depuis une longue période ou que leur immigration soit récente. Il est notoire que les personnes les plus précaires sont également les plus vulnérables aux épidémies et qu'elles ont un accès plus difficile aux structures de soins.

Alors même que le maillage sanitaire le permettrait, les systèmes d'information sanitaire des personnes sans titre de séjour font réellement défaut Outre-mer. L'accès aux soins tardif de ces populations s'explique à la fois par la crainte issue de leur absence de statut, par les difficultés liées à leur ouverture de droits, par un manque d'informations accessibles sur ce sujet, mais également par un fatalisme au regard de la maladie.

Le développement de l'outil informatique au service de la santé est encore trop souvent considéré comme secondaire et superflu.

Le Conseil économique social et environnemental préconise l'intensification et l'harmonisation des moyens informatiques sur l'ensemble des structures de soins Outre-mer (services d'urgence, hôpitaux, dispensaires, centres de soins...). La compatibilité des différents systèmes informatiques est le socle de base du développement de la télémédecine et donc de la coopération sanitaire.

4. Développer l'accès à la santé dans les pays migrants

Le Conseil économique social et environnemental s'est déjà positionné sur la coopération sanitaire française dans les pays en voie de développement dans l'avis présenté par Marc Gentilini en mai 2006. Sans reprendre l'intégralité des propositions toujours d'actualité, il semble cependant utile de rappeler que le rapporteur a suggéré d'utiliser la position géographique des collectivités d'Outre-mer pour le développement de la coopération régionale sanitaire vers les pays en développement de leur zone. Les collectivités d'Outre-mer et les pays voisins peuvent bénéficier de financements spécifiques par l'intermédiaire de l'Europe (FEDER, FSE, FED) et également du soutien financier de l'AFD.

Depuis quelques années, la coopération entre les COM et leurs voisins a considérablement progressé. Les départements français d'Amérique font partie de l'association des États de la Caraïbe et La Réunion a rejoint la Communauté de l'Océan Indien (COI). L'engagement multilatéral de la France par le biais de son Outre-mer dans les régions ultramarines ne doit cependant pas occulter les nécessaires maintien et développement de relations bilatérales sur des domaines précis qui répondent à des besoins bien identifiés des pays avoisinants auxquels notre pays peut apporter une expertise via son Outre-mer.

La lutte contre les maladies infectieuses, le développement et la nouvelle répartition des tâches médicales, la politique hospitalière, la formation médicale sont autant de thèmes de coopération de voisinage qui peuvent être initiés à partir de l'Outre-mer français.

Le Conseil économique social et environnemental préconise le développement de plateformes permanentes de coopération appuyées par l'utilisation de la télémédecine entre les collectivités d'Outre-mer et les pays voisins. La mise en place de structures permanentes dans les collectivités d'Outre-mer ayant en charge le suivi des actions et de leur financement serait à même d'harmoniser l'aide française sur le terrain, aide trop souvent éclatée entre l'AFD, le Ministère des Affaires étrangères (MAE) et les coopérations sanitaires développées au plan régional. Cette démarche apporterait de la cohérence dans les relations bilatérales.

D - DÉVELOPPER LES COOPÉRATIONS ENTRE LES OUTRE-MER

1. Développer les coopérations régionales

Certaines collectivités d'Outre-mer se situent dans la même zone géographique. C'est le cas des îles de la Caraïbe et de la Guyane, de Wallis et Futuna et de la Nouvelle-Calédonie ou encore de Mayotte et de La Réunion. Cette proximité a conduit naturellement à des coopérations dans le domaine de la santé, coopérations qui intègrent les formations, la veille sanitaire et la surveillance épidémiologique, le déplacement de spécialistes et l'accueil de malades évacués vers des hôpitaux référents.

Notre assemblée encourage les coopérations sanitaires entre les collectivités ultramarines d'une même zone géographique et préconise que les réflexions sur l'organisation sanitaire dépassent le cadre des seuls territoires pris un par un pour au contraire s'intégrer dans une logique environnementale régionale française. Plusieurs exemples dans ce domaine sont porteurs d'espoirs, à ce titre, la coopération entre les établissements hospitaliers des Antilles et de la Guyane visant au développement de pôles d'excellence qui se complètent est à mettre en exergue.

2. Mettre en place une structure d'échange

Les collectivités d'Outre-mer bien que différentes, doivent affronter des problématiques souvent semblables liées à l'isolement, au climat, aux pathologies rencontrées, à la démographie médicale insuffisante. Les réponses peuvent s'organiser à partir d'une réflexion commune à l'ensemble des collectivités et de transferts de compétences d'une entité à l'autre.

Notre assemblée propose qu'une structure dédiée à l'organisation de la santé Outre-mer qui regrouperait sous forme de volontariat, l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la santé, soit mise en place. Elle permettrait aux collectivités de mutualiser leurs expériences et de développer ainsi une coopération touchant l'ensemble des sujets transversaux tels que la télémédecine, les actions de prévention et d'éducation à la santé, la formation, le recrutement médical, la veille sanitaire, la permanence des soins, le développement de structures de soins de ville polyvalentes... Cette structure générerait un site internet dédié, développerait des plateformes d'échanges et proposerait des rencontres autour de problématiques communes.

E - AMÉLIORER LE RECRUTEMENT MÉDICAL

L'ensemble des collectivités d'Outre-mer présente une démographie médicale déficitaire. Chaque Collectivité innove pour attirer les professionnels de santé sur son territoire, particulièrement les médecins. Plusieurs incitations ont d'ores et déjà été développées récemment telles que la majoration des actes, les aides à l'installation, les indemnités de logement mais aussi la mise en place de bourses d'étude pour les étudiants en médecine sous réserve d'un engagement à exercer sur le territoire.

Pour notre assemblée, le recrutement médical sera également facilité par l'apport de nouvelles technologies comme l'utilisation de la télémédecine ainsi que par des plateaux techniques performants. Le développement de la formation universitaire dispensée dans les CHU, l'élargissement des stages pour les étudiants en médecine, la mise en place de pôles de compétences spécialisés devraient aussi compléter les conditions favorables à un recrutement médical Outre-mer.

À partir des besoins évalués pour les prochaines années, il serait opportun, pour le Conseil économique, social et environnemental, de continuer à regrouper en interrégional les formations nécessaires à la couverture de l'offre de soins.

La sécurisation des parcours professionnels des médecins doit aussi faire l'objet d'attention. **Les dispositifs de formation continue et d'évaluation des pratiques doivent être organisés et apporter un maintien des compétences comparable à ce qui est offert sur le sol métropolitain.**

Le recrutement de médecins étrangers peut également être envisagé comme cela est déjà le cas en Guyane, sous réserve de la maîtrise de la langue française et éventuellement des idiomes locaux.

Enfin, pour le Conseil économique social et environnemental, **une formation préparatoire à l'exercice médical Outre-mer s'impose.** Une connaissance du territoire, de la pratique professionnelle ainsi que du contexte économique social et environnemental et des spécificités culturelles permet de mieux appréhender les conditions de travail qui attendent le postulant. Cette formation préparatoire devra bien sûr être complétée par un accueil et un accompagnement à l'arrivée.

F - AMÉLIORER LE FINANCEMENT DES HÔPITAUX

Les établissements hospitaliers ultramarins subissent une pression financière importante en raison de leur isolement, des faibles bassins de population à desservir, de la grande précarité de la population qu'ils soignent dont une partie concerne des étrangers en sans titre de séjour, de la sur-rémunération accordée à certains salariés pour rendre les postes attractifs. À ces facteurs il faut ajouter l'exposition aux risques naturels (cyclones, risques sismiques et volcaniques).

Dans ce contexte, il est difficile pour les établissements hospitaliers d'Outre-mer d'atteindre un équilibre financier. Les plans de redressement se succèdent mais le problème est structurel, lié en fait aux créances irrécouvrables dont le montant pour les DOM représente 21 % du montant constaté pour la France entière.

Pour notre assemblée, la situation financière des établissements hospitaliers dans l'Outre-mer doit être prise en compte par une actualisation du coefficient géographique applicable et par une participation exceptionnelle aux créances irrécouvrables.

G - DÉVELOPPER LE TRAVAIL EN RÉSEAU DE SOINS ET LES DÉMARCHES DE COOPÉRATION INTERPROFESSIONNELLE

Les différentes offres médicales, médecins libéraux, hôpitaux, centres de santé, dispensaires... gagneraient à travailler en réseau de façon complémentaire, afin d'apporter une réponse la plus adaptée possible à la population.

H - AMÉLIORER LA GESTION DE LA GARDE ET DE L'URGENCE

L'isolement des collectivités d'Outre-mer et pour quelques unes d'entre elles, leur étendue conjuguée à un accès délicat de certaines de leurs zones les exposent à des difficultés dans l'organisation des urgences. Une démographie médicale défaillante perturbe la qualité de la permanence des soins qui relève parfois uniquement de l'activité des établissements publics.

Le Conseil économique, social et environnemental suggère qu'une réflexion soit conduite dans chaque Collectivité et dans chaque région d'Outre-mer, pour optimiser la réponse apportée dans le cadre des urgences afin que soient dégagées les coopérations indispensables entre les compagnies privées en charge des transports, la protection civile, le SAMU et l'armée. La mutualisation des financements mis à disposition des collectivités situées dans une même zone géographique peut aboutir à des investissements en vecteurs hélicoptères, en particulier dans les Caraïbes.

Pour notre assemblée, la rapidité dans les réponses aux urgences conditionne souvent la qualité de la prise en charge des soins. Le grand isolement de certaines îles polynésiennes ne doit pas ici être oublié et les liaisons assurées jusqu'à récemment par un vecteur hélicoptère doivent fonctionner à nouveau.

I - REDÉFINIR LA FORMATION ET LA RÉGLEMENTATION D'EXERCICE DES INFIRMIERS

L'éloignement géographique de certaines populations ultramarines regroupées en petites communautés pose le problème de la permanence des soins assurée par des infirmiers éloignés des plateaux techniques hospitaliers. Ces infirmiers, qui doivent faire preuve d'une grande compétence et d'un degré élevé d'autonomie, sont amenés à pratiquer des soins infirmiers et médicaux qui dépassent le champ de compétences actuellement dévolu à leur profession. Cependant, les conditions de leur exercice dans les lieux isolés de collectivités d'Outre-mer telles que la Guyane, la Polynésie française ou La Réunion n'ont pas encore fait l'objet des aménagements juridiques nécessaires.

Dans la revue de santé publique *Cairn Info*, les auteurs de l'article « L'exercice infirmier dans un contexte géographique d'isolement » insistent sur trois points pour faciliter l'exercice infirmier en milieu isolé :

- la modification du cadre juridique ;
- la formation préparatoire à la prise de fonction ;
- la supervision à distance par un médecin grâce au support des nouvelles technologies (télémédecine).

Le Conseil économique, social et environnemental tient à souligner la pertinence de ces propositions et souhaite que les pouvoirs publics engagent les réformes indispensables pour les faire aboutir.

J - DÉVELOPPER LES OBSERVATOIRES DE LA SANTÉ

Les observatoires de santé existent dans les DOM et en Polynésie française. Ces structures sont inexistantes à Wallis et Futuna, Mayotte, Saint-Pierre et Miquelon, Saint-Martin, Saint-Barthélemy et sont insuffisamment développées en Nouvelle-Calédonie. Le rôle des observatoires de santé est de fournir des informations utiles à l'élaboration des politiques de santé au plan local en prenant en compte la complexité des territoires. Ces observatoires sont des aides à la définition des politiques publiques de santé et intéressent les représentants de l'État dans les territoires, les collectivités et plus largement l'ensemble des décideurs et partenaires intervenant dans le domaine de la santé et qui peuvent solliciter études et travaux spécifiques.

L'absence de ces structures dans plusieurs collectivités d'Outre-mer ne permet pas une bonne connaissance de l'état de santé des populations et se révèle préjudiciable à la conduite éclairée des politiques publiques de santé.

Le Conseil économique, social et environnemental demande la mise en place d'un observatoire de santé dans chaque territoire d'Outre-mer. Les collectivités concernées par la création et le développement de ces structures peuvent développer ce projet en sollicitant un appui auprès de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS), de l'Institut national de veille sanitaire (INVS) et des autres régions ultramarines qui ont déjà développé ces structures.

K - MODIFIER LES RÈGLES DE L'ÉTAT CIVIL

Plusieurs îles relevant des collectivités d'Outre-mer, insuffisamment peuplées, ont recours aux maternités de proximité des îles voisines qui accueillent les parturientes. Si ces situations engendrent des contraintes familiales fortes, cependant nécessaires pour assurer la sécurité sanitaire, elles ne permettent pas aux mairies d'enregistrer les naissances des habitants relevant de leurs communes, seuls les décès étant consignés dans les registres.

Pour le Conseil économique, social et environnemental, une réforme de l'état civil autorisant les déclarations des naissances dans les communes de résidence des parents serait pertinente. Cette mesure, qui bénéficierait également aux communes de métropole connaissant la même situation, apporterait aux mairies une meilleure connaissance des familles et une dynamique leur permettant d'émarger à certaines aides.

II - AMÉLIORATIONS PROPOSÉES PAR COLLECTIVITÉ

Les propositions suivantes constituent des priorités sur lesquelles un coup de projecteur a besoin d'être donné afin d'inciter les différentes autorités responsables à les mettre en œuvre. Elles ne sont pas exhaustives.

A - POLYNÉSIE FRANÇAISE

1. Améliorer les collaborations entre le Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF) et la Direction de la santé.

La Direction de la santé, Direction centrale du ministère de la Santé de Polynésie française, représente l'autorité de santé. Elle développe une offre de soins et de prévention et représente le seul recours sanitaire pour certaines populations. Elle dispose d'une subdivision par archipel et gère plus d'une centaine de structures dispensatrices de soins préventifs et curatifs, sous la forme de postes de secours, de dispensaires, de centres de santé médicaux et infirmiers et d'hôpitaux périphériques. Ces structures permettent un maillage de l'offre de santé au plus proche des populations.

Le Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF) assure des activités de soins n'existant que sur Tahiti. L'offre de soins proposée est comparable à celle d'un CHU de métropole. Peu d'échanges existent entre les hôpitaux périphériques et le CHPF. Les remplacements et les déplacements sous formes de missions posent difficultés en raison des statuts différents des personnels.

Le Conseil économique, social et environnemental propose l'évolution vers un statut commun pour les professionnels de santé relevant des hôpitaux périphériques et le Centre hospitalier de Polynésie française et ceci afin de renforcer les synergies et inciter les médecins hospitaliers à s'impliquer dans les archipels pour y assurer des missions régulières. Cette avancée aurait le double avantage de proposer des consultations spécialisées et d'apporter un soutien aux personnels en poste qui subissent les conséquences de l'éloignement et de l'isolement. Dans une perspective de développement de la télémédecine, le CHPF pourrait être l'hôpital de référence dispensant appui, conseils et interventions afin de sécuriser les professionnels en place.

2. Améliorer l'accompagnement des familles pendant les grossesses

Les femmes enceintes vivant dans les îles éloignées sont évacuées vers Tahiti dès le huitième mois de leur grossesse afin de bénéficier d'un accompagnement médical pendant le mois qui précède l'accouchement et le mois qui suit la naissance. Cette contrainte trouve sa justification au regard de l'impossibilité de créer des maternités sécurisées dans les archipels en raison du faible nombre de population de chaque île et des difficultés liées au transport et à la prise en charge rapide de l'urgence. Une telle politique a permis d'assurer une meilleure prise en charge sanitaire de la mère et de l'enfant et s'est traduite par

une baisse de la mortalité infantile. Cependant, l'accompagnement social fait défaut tant auprès de la mère qui se trouve seule à Tahiti qu'auprès des aînés des enfants qui sont livrés à eux-mêmes pendant les deux mois d'absence. La création d'une maison d'accueil est en projet près du futur hôpital actuellement en toute fin de construction.

Pour notre assemblée, cette structure devrait être une priorité pour accueillir les futures mamans dans de bonnes conditions afin qu'elles ne soient plus dépendantes d'hébergements payants ou familiaux dont certains ne réunissent pas les conditions optimales d'hygiène et de sérénité pour accueillir une femme enceinte ou une maman avec un nourrisson.

Le départ de la mère pendant deux mois vers un lieu médicalisé peut provoquer l'éclatement du couple et des carences dans la prise en charge des enfants restés sur les îles. Aucun dispositif social relais n'a été pensé ni développé.

Afin de limiter les risques sociaux et familiaux, notre assemblée suggère que soit proposé, parfois imposé, un réseau d'accompagnement par un service social intégrant des aides à domicile pour assurer la prise en charge de la famille et le maintien de sa cohésion pendant l'absence de la mère. Ce réseau pourrait voir le jour sous une forme associative et bénéficier de financements mutualisés.

Enfin, une réflexion sur la création de centres de naissances plus proches des lieux de vie mériterait d'être conduite.

B - NOUVELLE-CALÉDONIE

1. Développer, en collaboration entre le gouvernement et les provinces, un véritable schéma d'organisation des soins

La médecine de proximité relève de la compétence des provinces en particulier au travers de la gestion des dispensaires. La gestion des hôpitaux ainsi que les projets hospitaliers sont confiés au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie qui veille à la complémentarité de l'offre de soins entre les cliniques privées et les hôpitaux et en assure le contrôle par l'intermédiaire de son ministère de santé et de la direction des affaires sanitaires et sociales.

Chaque province possède son observatoire de la santé, qui dans les faits, fonctionne peu. Il n'existe pas d'observatoire de la santé au niveau du territoire.

La politique de prévention est confiée à l'Agence sanitaire et sociale, établissement administratif, récemment créé pour gérer les fonds de la prévention et ceux destinés aux futurs projets hospitaliers. Cet établissement est placé sous la tutelle du gouvernement, les provinces peuvent bénéficier d'assistance et de formation à leur demande et sont représentées au sein du conseil d'administration.

Il résulte de cette organisation de la santé, un manque de lisibilité et un morcellement des responsabilités. Le recrutement pose problème puisque chaque province détermine ses propres conditions de recrutement, en fonction des ressources dont elle dispose, se livrant ainsi à une véritable concurrence. Les avantages accordés pour favoriser les installations ne sont pas harmonisés laissant les provinces du Nord et des Îles Loyauté face à une démographie médicale défaillante. La disparité des statuts des salariés pose également des difficultés dans la gestion des carrières des personnels. Certains relèvent du statut territorial et d'autres du statut hospitalier. Enfin, les conditions de remboursement des patients diffèrent aussi d'une province à l'autre.

Le Conseil économique, social et environnemental suggère qu'il soit procédé à une mise à plat de l'organisation de la santé en Nouvelle-Calédonie et qu'une démarche d'harmonisation au niveau du territoire soit initiée dans l'ensemble des domaines qui touchent la santé (cohérence entre la médecine hospitalière et l'ambulatoire, prévention, statut des personnels, recueil des données épidémiologiques...).

2. Résoudre les difficultés d'accès aux soins principalement dues aux transports terrestres et aériens.

Alors que des conventions existent entre le Centre hospitalier territorial (CHT) Gaston Bourret et les provinces dans lesquelles sont prévues l'organisation de consultations avancées de spécialistes, les vacations prévues sont rendues difficiles en raison de problèmes liés au transport. Pour les habitants de certaines zones géographiques, il est impossible d'effectuer l'aller et retour dans la journée pour réaliser des examens ou assister à une consultation. Les hébergements pour les patients ne sont pas organisés, y compris à l'issue d'une hospitalisation en l'absence de lits d'aval. Le coût des déplacements pour rejoindre les structures de soins et l'absence générale de centres d'hébergement à proximité rendent difficile l'accès aux soins.

L'organisation de la santé et le partage de compétences entre le gouvernement et les provinces prouvent ici leurs limites. **Pour le Conseil économique, social et environnemental, un schéma directeur intégrant l'accès aux structures de soins et l'accueil des patients dans une politique globale de l'offre de soins s'impose.**

C - WALLIS ET FUTUNA

1. Entreprendre une réforme du système de santé et de protection sociale.

Les soins sont entièrement gratuits à Wallis et Futuna pour l'ensemble des populations présentes sur le territoire. Cette organisation découle de l'article 68-I de la loi de finances de 1972. En l'absence d'organisme de Sécurité sociale, le financement du système de santé repose donc intégralement sur l'État puisqu'il n'y a pas de cotisations sociales. Le budget de la santé est financé par le secrétariat d'État à l'Outre-mer.

L'Agence de santé, clé de voûte du système de soins, dispose d'un statut d'établissement public national administratif. Dotée d'une autonomie administrative et financière, l'agence est dirigée par un conseil d'administration composé de 19 membres et présidé par le préfet. Un directeur en assure la gestion quotidienne. L'agence est placée sous la dépendance d'un conseil de tutelle constitué par les trois ministères en charge des finances, de la santé et de l'Outre-mer. Les missions de l'agence, fixées par décret, consistent en la mise en place d'un schéma d'organisation sanitaire et médico-social répondant aux besoins de la population sur les plans curatif, préventif et éducatif. L'agence gère en direct les hôpitaux et les dispensaires des deux îles.

Certains partenaires, au rang desquels les élus de l'Assemblée territoriale, peuvent légitimement s'inquiéter d'une concentration des pouvoirs et de l'ensemble des décisions entre les mains de la direction de l'Agence, le conseil d'administration étant réduit au rang de chambre d'enregistrement.

L'absence d'organisme de protection sociale et donc de cotisations sociales, la gratuité d'accès aux soins pour tous, y compris les personnes de passage et les fonctionnaires expatriés, impactent le budget nécessaire à l'organisation de l'offre de santé. Des représentants des assurés sociaux, hélas inexistantes, pourraient constituer un levier pour la prise de conscience des difficultés et seraient représentatifs de la population pour intervenir dans le débat sur l'orientation de la politique de santé. La gratuité des soins, les contraintes financières et budgétaires ainsi que l'absence de représentativité des assurés sociaux dans l'organisation sanitaire ne sont pas de nature à responsabiliser la population et à lui permettre d'effectuer des choix éclairés par le biais de la démocratie sanitaire.

Pour le Conseil économique, social et environnemental, une réforme du système de la santé et de la protection sociale est à entreprendre rapidement. Elle devra faire l'objet d'une large concertation et d'un débat entre l'État, la population et ses représentants. Préalable indispensable à une construction adaptée et évolutive d'un régime de protection sociale, ce débat devra notamment porter sur le fonctionnement de l'assurance maladie et ses implications financières pour informer la population des enjeux décisionnels.

2. Mettre un terme aux retards de paiement conduisant à une dégradation de l'accès à l'offre de soins

Malgré l'augmentation constante des dotations de l'Agence de santé attribuées par l'État, le budget consacré à la santé de Wallis et Futuna est peu compatible avec l'ampleur des défis à relever. Les lenteurs de paiement de l'Agence de santé existent toujours pour les partenaires extérieurs que sont la Caisse autonome de Sécurité sociale de Nouvelle-Calédonie (CAFAT), le centre hospitalier territorial de Nouméa et les professionnels de santé libéraux néo-calédoniens. Les plans d'apurement se succèdent sans qu'aucune solution de fond ne soit proposée. Le centre hospitalier territorial de Nouméa, s'il continue d'accueillir les malades évacués de Wallis et Futuna, a considérablement limité les missions avancées de spécialistes. Ces missions permettaient jusqu'ici la prise en charge locale de certaines pathologies qui sont maintenant évacuées et font dorénavant l'objet d'un diagnostic tardif. Leur attrition laisse entrevoir de graves conséquences sur l'état de santé des populations.

Le retour des consultations avancées tant vers Wallis que vers Futuna est une priorité pour notre assemblée. Il est en effet inacceptable que les populations supportent les conséquences directes, dans leurs accès aux soins, de dettes d'un organisme public. Rappelons que le budget consacré à la santé d'un Wallisien ou d'un Futunien est deux fois à deux fois et demie inférieur à celui consacré à un métropolitain.

3. Mettre en œuvre une politique de prévention volontariste

L'évolution du système de santé s'est traduite par une considération toujours plus importante accordée au curatif au détriment de la prévention et de l'éducation à la santé alors que le budget de la santé a plus que doublé en dix ans. L'unique conférence de santé qui s'est déroulée en 2005 était quasiment entièrement consacrée à la prévention, et bien que ses conclusions et recommandations aient été orientées vers ce champ, les budgets de l'agence de santé pour les années 2006, 2007 et 2008 font l'impasse totale sur le sujet. L'observatoire de la santé n'existe pas, il n'y a donc pas d'indicateurs épidémiologiques pour élaborer une politique de santé. L'absence d'actions d'éducation à la santé sur des thèmes tels que le diabète, l'obésité, l'hypertension artérielle et la consommation d'alcool aura une incidence sur la santé des populations et l'augmentation du coût des soins dans les années à venir.

Pour le Conseil économique, social et environnemental, il y a urgence à définir un schéma de prévention et d'éducation afin de promouvoir la santé des populations des deux îles et de rendre accessible à tous, comme le prévoit la circulaire du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé, un service public d'éducation pour la santé.

D - GUYANE

1. Améliorer les équipements sanitaires quantitativement et qualitativement

La couverture sanitaire du département de la Guyane est malaisée à appréhender du fait de son étendue, des difficultés de communication, et de l'inégale répartition d'une population relativement peu nombreuse. Tous ces facteurs font obstacle à l'installation d'un plateau technique diversifié accessible à tous. S'ajoute à ces difficultés d'organisation de l'offre de soins, l'afflux constant de populations étrangères qui déséquilibrent le fonctionnement des structures sanitaires que sont les hôpitaux et les centres de santé.

Les difficultés de fonctionnement de l'hôpital de Cayenne lui ont imposé la mise en œuvre d'un contrat de retour à l'équilibre. Les contraintes spécifiques pesant sur cet établissement hospitalier, parmi lesquelles la gestion des centres de santé et les évacuations internes et externes sont ici à souligner.

Le nombre de lits pour 1 000 habitants au 1^{er} janvier 2006, secteur public et privé confondu, était :

- en médecine, de 1,57 contre 2,10 en métropole ;
- en chirurgie de 0,89 contre 1,57 en métropole ;
- en soins de suite de 0,20 contre 1,58 en métropole ;
- en psychiatrie (lits et places) de 0,79 contre 1,63 en métropole ;
- en soins de longue durée de 0,39 contre 1,70 en métropole.

La gynécologie obstétrique échappe à ce constat avec un taux de 0,65 contre 0,38 en métropole.

Ces chiffres révèlent l'insuffisance de lits d'aigus et de moyens séjours. Les capacités hospitalières d'accueil pour les séjours de courte durée ont diminué entre 1990 et 2006 alors même que la population croissait de 78 %. Le taux d'équipement mesuré par le nombre de lits pour 1000 habitants est en recul sur l'ensemble de la période et pour tous les types d'intervention, malgré une amélioration constatée en 2006 pour la médecine dans le secteur public. À titre d'exemple, pour une population équivalente, la Corse dispose d'une offre de soins deux fois supérieure en volume de lits et places.

Les difficultés de recrutement sont telles dans les hôpitaux qu'elles limitent l'offre qui pourrait être proposée. Ainsi, la médecine nucléaire, qui a fait l'objet d'une autorisation, n'est pas en service faute de moyens suffisants en particulier en personnels compétents. Les principales autres spécialités touchées sont la neurologie, la cardiologie, l'endocrinologie, la neurochirurgie.

Rappelons que la pyramide des âges nous indique que les moins de 20 ans représentent 45,6 % des habitants alors qu'en métropole, cette même tranche d'âge représente le quart de la population. La tranche des 60 ans et plus est en revanche plus importante en métropole où elle représente 20,3 %, alors qu'en Guyane elle représente 5,5 % de la population. Ces chiffres sont bien sûr à prendre en considération dans l'organisation de l'offre hospitalière. Le fait que les trois-quarts de la population aient moins de 40 ans explique un besoin moins important qu'en métropole de places en établissement pour personnes âgées. Cependant, le nombre est insuffisant par rapport aux besoins identifiés des guyanais en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La problématique des personnes âgées dépendantes va s'amplifier avec le vieillissement de la population, et ce d'autant que la précarité des familles et les difficultés liées au logement sont des facteurs qui ne favorisent pas le maintien à domicile des aînés.

Une concentration du secteur libéral dans les villes du littoral et la faiblesse des effectifs de l'ensemble des professions médicales et paramédicales ne permettent pas de répondre aux besoins de la population. La Guyane est d'ailleurs classée zone déficitaire en médecins généralistes, et la densité régionale moyenne de médecins généralistes, médecins spécialistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, dentistes, est inférieure à la moyenne nationale.

La Mission régionale de santé (MRS) gérée par la Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS) a proposé, dès 2006, des orientations visant à pallier le déficit en médecins libéraux. Ce dispositif comprend :

- une politique forte d'incitation à l'installation des professionnels libéraux incluant une majoration de 20 % sur les honoraires et de 20 % supplémentaires pour exercice en cabinet de groupe. Un contrat de bonnes pratiques offrant un complément de rémunération aux médecins remplaçant un confrère complète ce dispositif déjà effectif ;
- un volet immobilier prévoyant la mise à disposition de locaux dédiés à la santé et de logements personnels qui se heurte jusqu'ici à l'absence de coopération des collectivités locales jusqu'ici. Toutefois, la mobilisation récente du Conseil général sur ce sujet laisse entrevoir quelques perspectives ;
- l'organisation de consultations spécialisées pour les populations isolées qui induisent le déplacement de spécialistes ou le recours à la télémédecine. Les deux appels à projet sur ces thèmes sont hélas jusqu'à présent restés infructueux ;
- la mise en place d'une politique de recrutement prévoyant des indemnités de logement et de déplacement pour les étudiants de troisième cycle de médecine générale effectuant leurs stages dans des zones déficitaires en offre de soins ;

- la mise en place d'une indemnité d'étude et de projet professionnel pour tout étudiant en médecine, à partir du troisième cycle, s'il s'engage à exercer comme médecin généraliste au moins 5 années en Guyane.

Les deux dernières propositions relèvent de la compétence des collectivités territoriales. Elles ont été sollicitées et n'ont pas encore transmis leur réponse.

- **Le Conseil économique, social et environnemental ne peut que constater le déficit de couverture sanitaire en Guyane et propose que les moyens soient mis en œuvre pour permettre aux hôpitaux publics d'améliorer l'accès aux soins en augmentant tout particulièrement le nombre de lits d'aigus et de moyen séjour.** Il rappelle que le nombre de médecins qui avait pourtant doublé de 1990 à 2005, plafonne depuis cette date. Les orientations proposées par la CGGS dans le cadre de la Mission régionale de santé sont de nature à favoriser le recrutement médical et les coopérations entre professionnels de santé. **Le Conseil économique, social et environnemental souligne que la mise en œuvre de ces orientations ne pourra pas se faire sans l'appui des collectivités et invite ces dernières à s'impliquer dans cette démarche.** Dans un contexte national de déficit de démographie médicale, il souligne la situation alarmante de la Guyane en quelques chiffres dont voici la densité médicale pour une population de 100 000 habitants :
 - 5 médecins généralistes en Guyane contre 100 en métropole ;
 - 20 médecins spécialistes en Guyane contre 88 en métropole.

Les autres professions médicales et paramédicales sont également déficitaires, (pharmaciens, dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers...).

Notre assemblée suggère que la politique d'incitation à l'installation ne soit pas réservée aux seuls médecins et que la réflexion soit étendue à l'ensemble des professions médicales et paramédicales déficitaires dans le département.

2. Développer les missions des centres de santé (PMI, Planification familiale, prévention)

Les 21 centres délocalisés de prévention et de soins correspondent aux anciens centres et postes de santé, ils constituent un service du Centre hospitalier Andrée Rosemon (CHAR) et assurent un maillage *a minima* du territoire. Les centres de prévention et de soins accueillent environ 20 % de la population guyanaise. Portes d'entrée du système de soins pour les populations éloignées et isolées, neuf de ces structures de santé bénéficient d'une présence médicale permanente et douze sont des postes de santé satellites où exerce un infirmier ou un agent de santé sous la responsabilité du centre référent. L'utilisation de la télémédecine entre les centres délocalisés de prévention et de soins et le CHAR

permet d'organiser les consultations de spécialistes à distance et de déclencher les évacuations sanitaires quand elles sont justifiées.

La Protection maternelle et infantile (PMI) est assurée par les services du Conseil général. **Notre assemblée soutient le projet d'utiliser les centres délocalisés de prévention et de soins comme guichet unique.** En intégrant la PMI et le planning familial au sein de ces structures, il sera plus facile, pour le Conseil général, de suivre les grossesses et les vaccinations des enfants de moins de 6 ans. Ce guichet unique pourrait également prévenir les grossesses à risque et les maladies sexuellement transmissibles. Si la Guyane est exempte des principales maladies évitables par la vaccination (poliomyélite, diphtérie, rougeole, fièvre jaune, tétanos néonatal), l'insuffisance globale de la couverture vaccinale la rend fragile dans l'hypothèse d'une réintroduction de ces pathologies, à partir notamment des pays voisins.

3. Mettre en place un vecteur hélicoptère pour la protection civile

L'absence de moyen hélicoptère dédié à la sécurité civile pose un problème majeur en matière d'égalité d'accès aux soins et de sécurité des populations éloignées. **Compte tenu de l'isolement d'une partie de la population, des distances et des difficultés des communications terrestres sur un territoire recouvert à 94 % par la forêt amazonienne, le Conseil économique, social et environnemental suggère que soit étudiée la possibilité, pour la protection civile, de disposer d'un vecteur hélicoptère.**

E - MARTINIQUE

1. Améliorer la démographie médicale

Le déficit des professions de santé est d'environ 50 % par rapport à la métropole, à l'exception des infirmiers libéraux et des sages-femmes. Neuf communes sur trente-quatre sont dépourvues de médecins. Le manque de spécialistes se fait ressentir en radiologie, pédiatrie, néonatalogie, cardiologie et psychiatrie. Le service de pneumologie du CHU a dû fermer en raison du déficit de spécialistes et l'insuffisance du nombre d'anesthésistes pourrait avoir des conséquences sur l'utilisation des blocs opératoires. Cette pénurie touche également les dentistes et les kinésithérapeutes.

Au déficit chronique de médecins, s'ajoute leur concentration géographique dans certaines zones de l'île. Les insuffisances de l'offre de soins concernent le secteur libéral dans son ensemble y compris les infirmiers de ville, les centres de santé et les consultations externes.

Les infrastructures sanitaires de la Martinique sont bien développées et ont été modernisées ou sont en cours de modernisation. Les mises à la norme sismique restent cependant à effectuer. Les établissements hospitaliers qui relèvent à 90 % du secteur public couvrent l'essentiel des besoins de la population et les évacuations sanitaires concernent uniquement des domaines très

pointus. Le maillage des établissements est satisfaisant et les différentes zones sont bien couvertes. La planification sanitaire, dans ses orientations pour la période 2006-2011, a prévu de favoriser la coopération inter-établissements et le développement des pôles de compétences (chirurgie de la main, pôle d'excellence cardiaque, pôles de référence pour la drépanocytose et l'urologie).

Le déficit de professionnels de santé est à prendre au sérieux et peut constituer un frein au bon fonctionnement des structures de soins. La difficulté liée au recrutement des anesthésistes en est un exemple.

Le Conseil économique, social et environnemental estime que plusieurs orientations peuvent être envisagées. Une politique de recrutement volontariste comprenant des indemnités de logement et de déplacement pour les étudiants de troisième cycle pourrait voir le jour. L'augmentation des crédits de recherche irait dans le sens d'une plus grande attractivité des postes.

Dans le domaine des soins de proximité, la mise en place de maisons médicales pluridisciplinaires soutenues par des aides financières (majoration des actes, locaux dédiés...) permettrait à la fois un meilleur maillage de l'île et favoriserait la coopération entre les professionnels de santé. Le développement de centres de santé pluridisciplinaires regroupant plusieurs professionnels salariés au sein d'une même structure pourrait également être envisagé sous réserve de trouver des porteurs de projet.

2. Améliorer l'organisation des gardes et des urgences

Le nombre insuffisant de médecins généralistes volontaires pénalise l'organisation des gardes. Une seule maison de garde existe et deux autres sont en projet. 50 % de l'activité des urgences relèverait de la simple garde. **Pour le Conseil économique, social et environnemental, il est important d'inciter à une meilleure organisation des gardes au regard des conséquences sur l'embolisation des services d'urgence.**

3. Améliorer l'organisation hospitalière

Des plans de redressement financier des trois principaux établissements hospitaliers ont été mis en œuvre mais le problème reste structurel. Il est lié à la fois au poids des créances irrécouvrables des étrangers, à la sur-rémunération mais aussi à de nombreux doublons dans l'offre de soins.

Le Conseil économique, social et environnemental propose que l'organisation des filières de soins et des communautés hospitalières s'intensifie pour apporter plus de cohérence dans les prises en charge et permettre ainsi le développement de pôles de compétence spécialisés. Les notions de restructuration et de rationalisation de l'offre de soins ne sont pas incompatibles avec le rattrapage sanitaire

F - GUADELOUPE

1. Poursuivre la modernisation des établissements et reconstruire le CHU

La planification hospitalière découle d'une approche territoriale destinée à proposer une offre de santé qui prend en compte les besoins de la population. Le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) a fait l'objet d'une large concertation. Les équipements hospitaliers répondent aux besoins de la population et le principe d'un recours à l'offre de soins graduée, de la proximité jusqu'au niveau de soins aigus a été retenu dans le cadre du SROS. Le CHU répond à la fois aux soins de premiers recours mais aussi à des soins hyperspécialisés comme la greffe rénale.

Les hôpitaux et cliniques de Guadeloupe ont su largement tirer profit des dispositifs du plan hôpital 2007, avec des aides de l'ordre de 40 millions d'euros, mais également des fonds structurels européens grâce aux aides du FEDER-DOCUP de plus de 50 millions d'euros. Le montant total des travaux comprend les mises aux normes parasismiques et l'achat d'équipements lourds.

L'effort financier se poursuit au travers du plan Hôpital 2012 et l'Agence régionale d'hospitalisation a bien anticipé les besoins en assurant la prise en charge de 50 % des coûts de la reconstruction complète de plusieurs établissements (Centre gérontologique du Raizet, hôpital local de Capesterre-Belle-Eau) et de la rénovation du Centre hospitalier Beaufortuy de Pointe-Noire. Ces trois établissements déterminants pour l'accueil des personnes âgées ont bénéficié au total d'un montant de travaux de plus de 200 millions d'euros.

Le CHU, s'il bénéficie d'une offre de soins satisfaisante, se distingue en revanche par la vétusté de ses locaux et son inconfort. Sa situation financière difficile avec des déficits importants a conduit à la mise en place de plans de redressement particulièrement délicats à respecter. Le budget est confronté à des charges financières qui incluent les sur-rémunérations, à un taux de précarité important parmi les patients et à une allocation insuffisante allouée pour les missions d'intérêt général.

Compte tenu de son rôle essentiel dans l'offre de soins en Guadeloupe, le Conseil économique, social et environnemental soutient la démarche de reconstruction du CHU. Les investissements sont lourds, d'un montant de 550 millions d'euros pour le CHU et de un milliard d'euros pour l'ensemble des structures de soins. Pour notre assemblée, les aides déjà engagées devraient se poursuivre pour moderniser les plateaux techniques. Il est important de rappeler que ces établissements sont installés dans une zone où le risque sismique, cyclonique et épidémique est présent. La prise en compte de cette spécificité devrait conduire à prévoir plus de surfaces et de capacités qu'en métropole relativement aux populations concernées afin de pouvoir faire face, le cas échéant, à une catastrophe majeure.

2. Mettre en place le dépistage précoce des cancers du sein et de la prostate

La prévalence du cancer de la prostate et du cancer du sein chez des femmes jeunes appelle une attention particulière de la part des pouvoirs publics. **Le Conseil économique, social et environnemental préconise que le dépistage organisé du cancer du sein fasse l'objet d'une adaptation en Guadeloupe pour que l'âge du dépistage soit abaissé** afin de tenir en compte des réalités locales. **Pour ce qui est du dépistage du cancer de la prostate, il n'est pas organisé au niveau national mais sa prévalence en Guadeloupe, et aux Antilles en général, mériterait l'adoption d'une démarche spécifique.** Rappelons que le dépistage organisé des cancers permet la mise en place des traitements rapides et réduit ainsi la mortalité.

G - SAINT MARTIN

1. Développer la présence d'acteurs dans le secteur médico-social

Le récent changement de statut de Saint-Martin (février 2007) a modifié les compétences de la Collectivité qui dispose de trois dispensaires et d'un centre médico-social pour assurer la Protection maternelle et infantile. Compte tenu de la précarité liée à un taux de chômage important (26,5 %) et d'une forte immigration, les services de la Collectivité doivent assurer le suivi des grossesses à risque, les consultations et vaccinations des moins de 6 ans et la planification familiale pour une grande partie de la population.

Le Conseil économique, social et environnemental approuve l'initiative de la Collectivité visant à transformer les sites actuels en maisons de la solidarité et de la famille. Ces nouvelles structures permettraient la mise en place d'un guichet unique qui couvrirait l'ensemble du champ social dont la prévention et les services pour personnes âgées. Ce projet se heurte à un obstacle, celui du recrutement des professionnels dans le secteur du médico-social. **Une incitation vers ces métiers pourrait faire l'objet de bourses d'étude attribuées par la Collectivité contre un engagement à servir le territoire.**

2. Mieux sécuriser les évacuations sanitaires (EVASANS)

Les évacuations sanitaires sont assurées par des sociétés privées dont l'activité dédiée aux EVASANS n'est pas prioritaire en raison des activités commerciales de ces sociétés et de leurs contraintes de fonctionnement. La certitude des EVASANS n'est donc pas totale, pas plus que la sécurité de la prise en charge immédiate.

Le Conseil économique, social et environnemental propose qu'un véhicule aéroporté de type hélicoptère de la Protection civile, adapté aux conditions météorologiques, soit disponible pour les transferts des urgences médicales des îles du Nord (Saint-Martin et Saint-Barthélemy). La mise en circuit d'un véhicule aéroporté dédié aux urgences, ne dispense pas d'un conventionnement avec le ou les société(s) privée(s).

3. Faire progresser l'offre de soins hospitalière

Le centre hospitalier Louis Constant Fleming présente une capacité d'hébergement insuffisante au regard de la demande de soins. Il assure des missions d'action sociale du fait de l'absence ou de l'insuffisance de réponse du réseau médico-social de l'île (protection de l'enfance, insuffisance de places d'accueil en foyer, lenteur dans le traitement des dossiers pour des personnes âgées ou handicapées en attente d'hébergement dans des structures adéquates). Cet établissement hospitalier remplit un large éventail de missions, dont de nombreuses missions de santé publique.

La baisse constante des évacuations sanitaires, qui sont passées de 242 en 2005 à 139 en 2008, révèle le souci du centre hospitalier dans sa volonté de répondre aux besoins de santé de la population.

Pour le Conseil économique, social et environnemental, le centre hospitalier doit maintenir sa progression dans l'offre de soins, particulièrement dans les domaines de la cardiologie et de l'appareil vasculaire, de la dermatologie, de l'endocrinologie et de l'urologie. En tant que structure de soins pivot de l'île, le Centre hospitalier Louis Constant Fleming devrait investir le champ de la prévention, largement déficitaire sur des pathologies à forte prévalence comme la dengue, l'obésité et le diabète et l'obésité.

4. Développer la coopération sanitaire avec la partie hollandaise de l'île

La partie hollandaise de l'île est située en dehors du champ de la législation européenne, elle dépend du gouvernement de Curaçao. Le Centre hospitalier Louis Constant Fleming se partage la prise en charge des patients à hospitaliser avec le *Medical Center* côté hollandais. L'établissement de Sin Maarten, à but lucratif, ne dispose pas d'un plateau technique et d'infrastructures aussi performantes que Saint-Martin. Les professionnels de santé français ne peuvent pas juridiquement exercer sur l'ensemble de l'île ce qui empêche la présence de moyens sanitaires français sur Sin Maarten.

Notre assemblée soutient la mise en place de groupes de travail visant à explorer les coopérations possibles en matière sanitaire entre les deux parties de l'île sur les thèmes déjà envisagés des soins hospitaliers, de la veille et de l'urgence sanitaire, de la lutte contre le VIH/SIDA, de la protection sociale... L'évolution institutionnelle prévue l'an prochain côté hollandais et la création de l'Agence régionale de santé côté français permettent d'entrevoir une progression favorable de ces coopérations.

La fréquentation de 45 % du Centre hospitalier Louis Constant Fleming par des non-assurés sociaux révèle le rayonnement de cet établissement sur l'île. **Pour le Conseil économique, social et environnemental, il serait intéressant de mener une réflexion visant à la création d'un hôpital international engageant les deux pays.**

5. Améliorer la gestion des appels d'urgence du 15

La régulation des appels du 15 se fait grâce au SAMU de référence régulateur des appels au CHU de Pointe-à-Pitre. Les opérateurs qui prennent les appels de Saint-Martin ne maîtrisent pas les langues qui y sont pratiquées à savoir l'anglais, l'espagnol et le papaminto (créole).

La première réponse qu'attend l'utilisateur d'un service régulateur des urgences est de pouvoir converser dans sa langue et d'être compris. **Le Conseil économique, social et environnemental estime que le centre de régulation des appels devrait prendre en compte les besoins spécifiques de la communauté de Saint-Martin qui, à défaut, pourrait envisager de créer son propre centre d'écoute d'urgence.**

6. Améliorer la présence et les prestations servies par la Caisse générale de Sécurité sociale de Guadeloupe (CGSS)

Bien que les îles de Saint-Martin et Saint-Barthélemy soient devenues des collectivités à part entière, leur organisation de la protection sociale reste inchangée, elles relèvent de la Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS) de Guadeloupe. Au quotidien, les prestations de la CGSS ne donnent satisfaction ni à Saint-Martin, ni à Saint-Barthélemy. Un délai de quatre mois pour le remboursement des frais engagés est courant et les difficultés rencontrées dans l'ouverture des droits rendent encore plus difficile l'accès aux soins des populations en situation précaire et/ou étrangères. La récente démarche en cours visant à donner plus d'autonomie en local à l'antenne de la CGSS devrait permettre d'améliorer le service rendu aux assurés.

Le Conseil économique, social et environnemental accorde une priorité aux respects des droits des assurés sociaux qui doivent être traités avec égalité quelque soit leur lieu de résidence et estime légitimes les revendications portées par les assurés sociaux des îles du Nord. **Tout doit être mis en œuvre pour améliorer cette situation qui doit faire l'objet d'une évaluation régulière.**

H - SAINT-BARTHÉLEMY

1. Améliorer l'accueil des femmes enceintes de Saint-Barthélemy à Saint-Martin

Une centaine de grossesses sont enregistrées chaque année à Saint-Barthélemy. En l'absence de maternité, les parturientes accouchent à Saint-Martin. Elles sont obligées de quitter leur domicile 15 jours, voire un mois avant la date présumée de l'accouchement. Cette situation est traumatisante et d'autant plus difficilement acceptable qu'il n'existe pas, à ce jour, un d'hébergement organisé sur Saint-Martin pour les accueillir. Un projet d'hôtel réservé aux patients et à leur famille est actuellement en réflexion, il serait situé sur le site du centre hospitalier de Saint-Martin. Aucun frais d'hébergement, sous la forme d'indemnités de séjour, n'est accordé par l'assurance maladie, pas plus que la prise en charge des frais de transport d'un accompagnateur familial.

Dans les faits, de nombreuses femmes attendent le dernier moment pour quitter Saint-Barthélemy, s'exposant ainsi à d'importants risques médicaux.

Le Conseil économique, social et environnemental souhaite qu'une réflexion soit menée pour améliorer la prise en charge des futures mamans pendant leur séjour à Saint-Martin. Au-delà du projet d'hôtel hospitalier qui représente une priorité, les aspects financiers ne sont pas à négliger. **Aussi, la prise en charge des frais de transport d'un accompagnateur familial et l'attribution d'indemnités forfaitaires de séjour par l'assurance maladie permettrait de couvrir en partie l'impact financier supporté par les familles.**

2. Mieux sécuriser les évacuations sanitaires

Si l'autorisation de décoller la nuit à partir de Saint-Barthélemy est récente, il est cependant impossible qu'un avion atterrisse de nuit. L'hélicoptère de la sécurité civile basée à Point-à-Pitre est long à mobiliser. Le départ d'un avion de l'aéroport de Saint-Barthélemy, dans le cadre d'une urgence, entraîne donc l'immobilisation sur l'autre aéroport, de l'avion, du pilote et du médecin accompagnateur provoquant d'importants surcoûts.

La pose d'un avion sur l'aéroport de Juliana, dans la partie hollandaise de Saint-Martin est acceptée sur dérogation exceptionnelle après 22 heures. Cette prestation est facturée 250 dollars par heure après 22 heures. La pose sur l'aéroport de Grand-Case en territoire français, pourtant réglementairement possible, ne pourra être effective que lorsque les autorités aéroportuaires de Saint-Martin prendront la décision de rémunérer le personnel d'astreinte nécessaire pour assurer la sécurité.

En l'absence de contrat entre l'hôpital et l'avionneur de Saint-Barthélemy, le déclenchement des évacuations sanitaires fonctionne au coup par coup. Ce fonctionnement peut poser des difficultés en période de haute fréquentation touristique si tous les appareils sont mobilisés.

Il conviendrait de revoir l'organisation des évacuations sanitaires et de les sécuriser. **Le Conseil économique, social et environnemental pense que deux points peuvent se régler rapidement. Le premier concerne le conventionnement entre l'avionneur et l'hôpital, ce qui permettrait d'encadrer les évacuations sanitaires et de s'assurer qu'un avion soit toujours dédié à cette fonction. Le second point concerne l'atterrissage de nuit sur l'aéroport de Grand-case situé sur la partie française de l'île. L'organisation d'astreintes pour sécuriser les atterrissages de nuit sur cet aéroport rapprocherait le malade évacué du Centre hospitalier Louis Constant Fleming où il doit être soigné.**

3. Améliorer la prise en charge de la permanence des soins

Sur les huit médecins généralistes installés sur l'île, seuls trois sont conventionnés par la Sécurité sociale, les autres médecins fonctionnant en honoraires libres. Les déplacements de certains médecins généralistes libéraux, lors des gardes, peuvent parfois être surfacturés et atteindre des montants conséquents ce qui ne se justifie pas au regard des faibles kilométrages de l'île. Les patients font donc appel aux urgences hospitalières qui recueillent la confiance de la population et sont donc surchargées. Or, seulement quatre urgentistes sont présents sur le territoire pour assurer les urgences et les évacuations sanitaires.

Une négociation entre les médecins généralistes libéraux, l'assurance maladie et la Collectivité sur la mise en place d'une maison médicale de garde, pourrait faire évoluer favorablement l'organisation de la permanence des soins. Pour le Conseil économique, social et environnemental, il n'est pas acceptable et surtout pas équitable que les consultations, lors des gardes, soient en honoraires libres. L'absence de conventionnement entre certains médecins généralistes et l'assurance maladie pose ici ses limites dans le service rendu aux assurés.

4. Améliorer la présence et les prestations de la CGSS

Les assurés sociaux de Saint-Barthélemy rencontrent les mêmes difficultés que ceux de Saint-Martin vis-à-vis de la qualité des prestations de la Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS) qui envoie sur place 15 jours par mois un agent hébergé aux frais de la Collectivité. Cette présence est insuffisante aux yeux de la population. La convention signée entre la CGSS et la Collectivité devrait permettre, dans un avenir proche, l'ouverture d'une antenne permanente.

Notre assemblée soutient ce projet et souhaite que l'ouverture de cette antenne locale de la CGSS soit rapidement effective.

5. Améliorer l'organisation de la médecine scolaire

Le médecin scolaire réside à Saint-Martin. Sa surcharge de travail et des moyens insuffisants ne lui permettent pas d'organiser des actions de prévention à Saint-Martin et de se déplacer à Saint-Barthélemy.

Notre assemblée demande qu'une attention particulière soit portée à la situation des élèves de Saint-Barthélemy et suggère l'organisation des missions du médecin scolaire ainsi que la transformation du poste d'infirmière scolaire à temps complet.

I - SAINT-PIERRE ET MIQUELON

1. Poursuivre la réforme de l'organisation de l'offre de soins

L'insuffisance de la couverture des soins assurés auprès de la population de Saint-Pierre, mais surtout auprès de celle de Miquelon, par le Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), s'accroît avec le vieillissement de la population. La capacité du SSIAD, géré par le Centre hospitalier François Dunan (CHFD) ne peut pas répondre aux besoins de la population âgée de l'archipel. Le même constat se dégage pour les Soins infirmiers de ville (SIV) gérés actuellement par l'hôpital en l'absence d'offre libérale. Cette activité ne génère aucune recette pour le CHFD en raison de son financement en budget global.

Pour notre assemblée, la sortie de l'activité de soins infirmiers de ville de l'hôpital permettrait au CHFD de recentrer son activité sur le SSIAD et d'assurer une meilleure prise en charge des personnes âgées. En l'absence d'infirmiers libéraux, le Centre de santé pourrait accueillir le service des soins infirmiers de ville ce qui apporterait une cohérence dans la prise en charge ambulatoire.

2. Développer les missions de l'hôpital et son équipement

2.1. De nouvelles technologies à mettre en place

Dans un contexte d'insularité et d'isolement, une véritable assistance à distance doit se développer. La télémédecine est un moyen efficace pour rompre l'isolement de la communauté médicale et améliorer la prise en charge sanitaire de la population. L'archipel a une relation privilégiée avec le Canada, pays où la télémédecine est fortement développée. Des obstacles juridiques, liés à la différence de définition de la responsabilité médicale dans les deux pays, ne permettent pas aux praticiens de l'archipel d'utiliser le réseau de télémédecine de la province de Saint-Jean de Terre-Neuve et du Labrador, province qui accueille pourtant 70 % des malades évacués de Saint-Pierre et Miquelon.

Pour le Conseil économique, social et environnemental l'équipement insuffisant du CHFD est un frein à la mise en place du dépistage organisé des cancers. Le financement nécessaire pour s'équiper avec un matériel performant représente un budget conséquent pour un hôpital de proximité. Il en est de même pour l'investissement nécessaire au développement de la télémédecine.

2.2. Préciser l'orientation du service de médecine du CHFD

L'activité du service de médecine révèle que la moitié des patients relèvent de soins de longue durée, de soins de suite et de réadaptation ainsi que de la psychiatrie gériatrique.

Les réponses sont insuffisamment développées dans les domaines de la gériatrie, de la diététique, dans la prise en charge des addictions, dans l'accueil des patients en situation postopératoire ou en en soins palliatifs.

La réflexion qui va s'amorcer prochainement sur le projet médical d'établissement va redéfinir l'orientation de l'unique service de médecine de l'archipel. **Pour notre assemblée, il est primordial que celui-ci réponde le mieux possible aux besoins de prise en charge de la population et qu'il s'oriente vers une polyvalence dans son offre de soins.**

2.3. Redéfinir l'organisation des urgences

Le Centre de santé a intégré la médecine générale de l'archipel en janvier 2007, jusqu'à cette date, elle était organisée par le Centre hospitalier François Dunan. La confusion a toujours existée entre la médecine de garde qui comprend l'urgence et la médecine générale qui assure les consultations. Le transfert des médecins généralistes vers le centre de santé a maintenu l'implication des médecins généralistes dans l'organisation des urgences qu'ils assurent au centre hospitalier. Le temps dévolu aux urgences et les récupérations qui en découlent mobilisent ces médecins hors du centre de santé, les rendant insuffisamment accessibles pour les consultations générales de leurs patients et le développement de la prévention.

Le Conseil économique, social et environnemental estime qu'une réflexion devrait être menée pour que l'hôpital développe un véritable service d'urgence avec des locaux dédiés, comme tous les hôpitaux de proximité. Les médecins généralistes du centre de santé pourraient ainsi mieux investir leurs missions premières de médecine familiale et préventive.

2.4. Définir un plan de santé mentale

L'inadaptation et l'insuffisance dans l'offre de psychiatrie sont constatées à la fois par les médecins, les professionnels intervenant dans le champ de la prévention et les associations.

Le réseau de soins visant à une prise en charge globale, pluridisciplinaire et transversale des problèmes liés au mal-être et touchant toutes les tranches d'âge de la population est peu développé. Il en résulte que les besoins de la population ne sont pas correctement couverts dans le champ de la santé mentale et que le travail entre les différents partenaires (hôpital, centre de santé, secteur libéral, associations, Éducation nationale) n'est pas coordonné.

Des priorités avaient été fixées dans le premier Schéma territorial organisation sanitaire et sociale (STOSS 2002/2007) sans qu'aucune n'ait été mise en œuvre.

Étant donné son rôle pivot dans l'organisation de l'offre de soins de l'archipel, le Conseil économique, social et environnemental suggère que le CHFD développe un pôle santé mentale dont le schéma directeur pourrait être arrêté dans la continuité du STOSS, avec l'ensemble des partenaires.

J - LA RÉUNION

1. Créer le pôle sanitaire de l'ouest

L'organisation hospitalière de La Réunion est satisfaisante pour ce qui est de la majorité des territoires de santé. Les fusions entre les différents établissements sont réalisées ou sont en cours de réalisation. Seule, la partie ouest de l'île reste en attente de la modernisation de ses établissements. La mise en place d'un véritable pôle sanitaire réunissant l'Établissement public de santé mentale de La Réunion (EPSMR) et le centre hospitalier de l'ouest, au sein duquel les conditions de prise en charge et d'hébergement des patients sont difficiles, est à finaliser.

Le Conseil économique, social et environnemental souligne la nécessité d'avancer sur le projet de reconstruction du centre hospitalier de l'ouest, déterminant pour la réalisation du pôle sanitaire de cette partie de l'île. Cette reconstruction est d'autant plus nécessaire qu'elle doit répondre à l'évolution démographique de La Réunion.

2. Envisager dans l'avenir la transformation du CHR en CHU

Le statut du Centre hospitalier régional (CHR), qui n'est pas un Centre hospitalier universitaire (CHU) interdit à l'établissement de développer son attractivité par la mise en œuvre de programmes de recherche, alors même que des thèmes d'études, telle que la prévalence des maladies respiratoires, et particulièrement de l'asthme, ainsi que des maladies génétiques, seraient utiles. **Pour notre assemblée, la transformation, à terme, du CHR en CHU pour permettre à La Réunion de proposer de vraies perspectives de carrières aux professionnels médicaux et de renforcer une démographie médicale fragile.** Cet établissement hospitalier universitaire pourrait de plus rayonner dans la région en développant la formation médicale, et confirmer ainsi la place de La

Réunion, et donc de la France, dans la coopération sanitaire au sein de l'Océan Indien.

3. Lutter contre la violence faite aux femmes

La précarité, très présente à La Réunion se reflète notamment dans le nombre de minimas sociaux accordés, qui dépasse les 100 000 bénéficiaires. 52 % des Réunionnais vivent officiellement en-dessous du seuil de pauvreté. L'illettrisme, d'après une étude menée conjointement entre le rectorat et l'INSEE en 2007 toucherait 110 000 personnes.

Dans ce contexte de précarité, le nombre de violences conjugales et de femmes exposées à un grave danger pouvant porter atteinte à leur intégrité physique ou à leur vie, est élevé. Les pouvoirs publics se sont organisés pour agir auprès des victimes. L'État et le département ont mutualisé leurs moyens financiers et humains pour lutter contre les violences faites aux femmes à La Réunion. Une écoute téléphonique pour les enfants maltraités et les femmes victimes de violences a été mise en place. Dès qu'une femme signale sa situation de victime, elle est prise en charge et orientée vers une structure d'accueil ou vers un hébergement provisoire. Des relais familiaux sont également prévus pour les femmes qui sont accompagnées de leurs enfants. Une association d'aide aux victimes intervient pour aider les femmes victimes de violences qui ont peu de moyens financiers et les accompagner dans les démarches judiciaires.

Le Conseil économique, social et environnemental souligne les efforts importants mis en œuvre par les pouvoirs publics qui ont su organiser la cohérence dans les prises en charge des femmes victimes de violences et de leurs enfants. La charge financière de cette politique est conséquente tant pour l'État que pour la Collectivité et ne doit pas être un frein à la poursuite et au développement des actions engagées.

K - MAYOTTE

1. Connaître la situation sanitaire de l'archipel et mesurer l'écart entre besoins recensés et offre de soins

1.1. Mettre en place l'état civil

Plusieurs raisons expliquent la connaissance imprécise de l'état de santé de la population à Mayotte. La première est due à l'absence d'un état civil fiable. Mayotte est en plein développement et l'évolution progressive vers la départementalisation s'accompagne d'une mise aux normes administratives progressive de cette Collectivité. Cependant, localement, le lien n'est pas toujours établi entre besoins immédiats (accès à des services publics de santé ou scolaires...) et modernisation des outils de travail de l'administration s'appuyant sur la base de l'état civil nécessaire. Il existe donc un ensemble d'obstacles qui relèvent tant du domaine culturel ou sociétal que de la barrière de la langue.

Pour ces raisons, notre assemblée préconise que la mise aux normes de l'état civil continue à être une priorité et suggère qu'elle soit accompagnée d'une éducation à la citoyenneté. L'objectif de cette démarche étant de permettre à la population de mieux appréhender les enjeux institutionnels de la mise en place de l'état civil, préalable incontournable à la construction de la société qui a été largement plébiscitée lors du vote de mars 2009.

1.2. Informatiser les structures de soins

L'informatisation insuffisante des structures de soins, particulièrement des dispensaires où sont prodigués des soins ambulatoires, sont un obstacle à la bonne connaissance de l'état de santé de la population. Lors des consultations est présenté un carnet sur lequel le médecin consigne les informations médicales, ceci en l'absence de dossiers médicaux informatisés. De l'avis des médecins, ce carnet est peu exploitable. De plus, le prêt de carnets à des personnes sans titre de séjour voulant bénéficier de soins peut constituer une source d'erreurs médicales.

Il en résulte une mauvaise connaissance de l'état de santé à la fois de la population mahoraise et de la population sans titre de séjour. La publication de l'INSERM *Santé et migration à Mayotte* précise que si la population étrangère est très présente, plus de la moitié de cette population s'est installée depuis plus de 10 ans. Cette étude révèle également que seuls 11 % de la population migrante née à l'étranger a choisi de s'expatrier pour des raisons de santé. Les motifs majoritaires qui ont conduit les étrangers à rejoindre Mayotte sont d'ordre économique et familial.

Sans remettre en cause l'accès aux soins des personnes sans titre de séjour, le Conseil économique, social et environnemental estime qu'une meilleure connaissance de cette population, lors des parcours de soins, s'impose compte tenu des situations préjudiciables pour leur santé dans lesquelles cette population évolue.

Alors même que le maillage sanitaire le permettrait, les systèmes d'information sanitaire font réellement défaut. À titre d'exemple, la demande de la Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) de se voir transmettre un fax mensuel consignait les pathologies les plus courantes n'est toujours pas suivie d'effets, quand dans le même temps, Médecins du Monde parvient à adresser tous les jours, *via* Internet, le nombre et la liste des principales pathologies répertoriées sur le territoire mahorais.

Dans une région où les mouvements de population interne et externe favorisent le risque de maladies épidémiques, il conviendrait d'apporter une plus grande vigilance à la veille sanitaire. Le Conseil économique, social et environnemental préconise l'intensification et l'harmonisation du développement des moyens informatiques dans l'ensemble des structures de soins de Mayotte. Pour mémoire, en 2006, 565 cas de paludisme ont été recensés, et selon une enquête de séroprévalence effectuée la même année, 38 %

de la population aurait été victime du chikungunya sans pour autant avoir recours à une consultation médicale.

2. Mesurer les besoins de la population réelle recensée et évaluer l'impact de l'immigration en provenance des îles voisines sur le secteur de santé

Le recensement de 2006 comptait 191 000 habitants à Mayotte soit un accroissement de plus de 30 700 habitants depuis le recensement de 2001. La natalité élevée et l'immigration en provenance des îles voisines sont à l'origine de cette croissance forte. La Caisse de Sécurité sociale de Mayotte (CSSM) a répertorié au début de l'année 2009, 146 000 bénéficiaires dont 80 000 assurés sociaux, soit environ 77 % des personnes recensées. Le nombre d'assurés sociaux affiliés auprès de la Caisse permet, par extrapolation, de déterminer avec précision la population résidant sans titre de séjour sur le territoire.

Face à cette démographie galopante et quels que soient les efforts d'investissements réalisés dans le domaine de la santé, les capacités en lits et places restent en deçà des besoins réels de l'archipel. Ceci est largement dû au fait que les investissements sont calculés sur la base de la population résidente officielle et que l'impact de l'immigration en provenance des îles voisines sur le secteur de santé n'est pas actuellement évalué.

Cette précarité dans laquelle vit la population sans titre de séjour a une incidence sur son état de santé. Les activités du Centre hospitalier de Mayotte (CHM) en faveur des non affiliés sociaux sont en 2008 estimées à 24 % pour l'ensemble des activités de soins, à 51 % pour les hospitalisations et 56 % pour les naissances (en diminution de 12 %) depuis 2005.

Cette situation conduit les Mahorais à porter un jugement négatif sur le système de soins et à penser que les soins prodigués aux personnes sans titre de séjour sont faits au détriment des Français.

Pour le Conseil économique, social et environnemental, il est regrettable que les populations française et comorienne soient en compétition sur l'accès au service public de santé. Il est donc impératif que la coopération sanitaire internationale soit associée à la prise en compte de la population estimée afin d'éviter l'engorgement du système de santé. Les efforts développés dans ce sens doivent être poursuivis.

3. Développer l'offre de soins de ville

Le nombre d'infirmiers libéraux installés à Mayotte serait d'environ 70. Seuls 16 médecins généralistes exercent sur le territoire et les spécialistes privés sont très peu nombreux (un ophtalmologiste, un radiologue, un laboratoire d'analyses médicales et quelques officines pharmaceutiques. Dans un contexte général de pénurie de médecins et de professionnels médicaux, Mayotte doit affronter des difficultés aiguës de recrutement dans le domaine de la santé.

Les dispensaires, essentiellement orientés vers la médecine générale présentent l'avantage d'être répartis équitablement sur le territoire mahorais. Le Conseil économique, social et environnemental estime qu'ils pourraient être les structures pivots pour accueillir plusieurs professionnels de santé et ainsi évoluer vers des centres multidisciplinaires qui favoriseraient le travail en équipe. Les Mahorais ont besoin, comme toute population, d'une prise en charge coordonnée de leur santé qui regroupe plusieurs professionnels de santé tels que les kinésithérapeutes, les diététiciens, les orthophonistes, les dentistes, les ergothérapeutes, les pharmaciens...

Une aide à l'installation des professionnels libéraux pourrait également être envisagée en concertation avec la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte et le Conseil général.

Il est pour le moins illusoire de penser que l'évolution vers la départementalisation va résoudre les difficultés liées à la démographie médicale. Sans incitations à l'installation et un encadrement favorable, Mayotte court le risque de ne pas voir évoluer positivement son offre de santé ambulatoire et de ne pouvoir relever les défis qui s'imposent dans ce domaine.

4. Développer l'évaluation et l'agrément des traducteurs

Une grande partie de la population mahoraise ne maîtrise pas le français. Ce chiffre est plus important dans les populations sans titre de séjour. La complexité de la traduction dans la pratique des soins ne semble pas interpeller les pouvoirs publics alors même que dans l'enquête « Santé et migration à Mayotte », Médecins du monde attire l'attention sur l'absence de formation des traducteurs et les conséquences qui en découlent dans la qualité des soins. S'il arrive que des aides-soignants fassent office de traducteurs en fonction de leur disponibilité, il n'est pas rare qu'en l'absence de professionnels de santé paramédicaux n'importe quelle personne puisse s'improviser traducteur dans les dispensaires. Il en résulte une traduction approximative du descriptif des symptômes et une crainte des malades du non respect du secret professionnel. Si la confiance n'est pas remise en cause vis-à-vis des médecins, elle ne semble pas acquise à l'égard des traducteurs.

Le Conseil économique, social et environnemental préconise donc que soit développée une formation reconnue de « traducteur médical » et que cette fonction puisse être rémunérée sous réserve d'un engagement écrit de respecter la déontologie et le secret médical.

5. Étoffer le service médical de la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte

La protection sociale à Mayotte évolue rapidement. La Caisse de prévoyance sociale (CPS) est devenue la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte (CSSM) dans l'attente de devenir une Caisse générale de Sécurité sociale comparable à celles mises en place dans les autres DOM. Le système de protection évolue depuis 2005 progressivement vers un système maladie-maternité comparable à terme à ce qui est la règle en métropole.

Pour notre assemblée, la construction de la protection sociale nécessite le développement de l'échelon local du contrôle médical afin de veiller à l'application de la réglementation. Pour exemple, l'installation rapide et imprévue de plusieurs infirmiers libéraux a été à l'origine de nombreux dysfonctionnements. Si la Caisse a rapidement organisé cette profession, elle ne peut, en revanche, contrôler l'exercice de ses professionnels et ne pourra pas faire face, dans un avenir proche, au contrôle de la montée en charge d'une offre de santé de proximité.

CONCLUSION

C'est la première fois que notre assemblée consacre des travaux à la santé des ultramarins. Ils mettent en exergue la situation spécifique, complexe et méconnue des collectivités d'Outre-mer dans l'accès à la santé.

L'éloignement de la métropole, les maladies vectorielles et infectieuses, le risque de catastrophes naturelles, la précarité des populations qui vivent dans un habitat insalubre sont des facteurs à prendre en compte dans l'élaboration des politiques de santé.

Le déficit en équipement sanitaire et en professionnels de santé restent des problèmes non-résolus malgré une implication forte de l'État que nous saluons ici.

Pour le Conseil économique, social et environnemental, les efforts engagés doivent être poursuivis notamment dans la reconstruction des hôpitaux et leur mise aux normes sismiques.

L'aide de l'Europe doit être orientée dans ce sens.

La gestion financière délicate des établissements hospitaliers ultramarins doit être mieux prise en compte. Si des efforts sont attendus dans le regroupement des établissements et la mise en place de pôle de compétence pour éviter les doublons, il est nécessaire de reconnaître la pression particulière supportée par les structures de soins et d'y remédier par une augmentation du coefficient géographique et une participation exceptionnelle à l'apurement des créances irrécouvrables, effort qui ne peut s'entendre que si parallèlement il y a un développement des procédures de contrôle.

Plusieurs incitations visant à améliorer l'installation médicale dans les collectivités d'Outre-mer ont été récemment initiées. Elles aboutiront à condition que l'ensemble des partenaires souscrivent à cette démarche, particulièrement les collectivités.

La formation médicale est l'autre moyen.

Pour le Conseil économique, social et environnemental, la précarité est une source de fragilité pour la santé, aussi la priorité est de procurer aux ultramarins des lieux de vie sains, avec un accès à l'eau potable pour tous et des infrastructures d'assainissement.

L'autre priorité qui touche le domaine de la prévention est de faire prendre conscience à chacun de la richesse que constitue son capital santé et de la nécessité de le préserver par des attitudes et des comportements sains. Sur ce sujet, l'Éducation nationale a un rôle prépondérant à jouer, et l'intégration dans les cursus scolaires d'actions d'éducation à la santé est une priorité pour le Conseil économique, social et environnemental, compte tenu de la prévalence des maladies chroniques et de la précarité qui sévissent Outre-mer. Il rappelle que la prévention est un vecteur de réduction des inégalités sociales. Dans ce cadre,

une bonne connaissance de l'état de santé des populations est indispensable. Ceci impose la création dans chaque territoire, où il n'existe pas, d'un observatoire de la santé.

Pour notre assemblée, si les collectivités d'Outre-mer sont éloignées de la métropole, elles sont en revanche intégrées dans des zones géographiques régionales et développent à la fois des coopérations sanitaires avec d'autres collectivités de la zone géographique et les pays voisins qui méritent d'être intensifiées. Elles représentent les lieux prédisposés pour créer des plateformes permanentes de coopération sanitaire qui pourraient être le point d'ancrage de certaines coopérations bilatérales.

À l'instar de ce qui a été développé par d'autres pays qui ont eu à résoudre les difficultés d'accès aux soins pour des petits bassins de population éloignés, la télémédecine est un outil dont l'Outre-mer ne peut se passer.

L'Outre-mer sait innover et s'adapter. Les collectivités ont développé des compétences qu'il serait judicieux de partager entre elles et d'en faire profiter la métropole.

Deuxième partie
Déclarations des groupes

Groupe de l'agriculture

L'article premier de la Constitution de la V^{ème} République établit que la France est une République indivisible dont l'organisation est décentralisée. On pourrait en déduire que les services publics d'intérêt général dont l'État est garant de la qualité, de la continuité et de l'organisation d'ensemble sont assurés de façon quasi identique sur la totalité du territoire national.

Le premier mérite de ce travail est d'établir un constat précis et pratiquement exhaustif de l'offre en matière de santé pour chacune des collectivités ultramarines. Il n'avait pas été mené depuis longtemps sous une forme aussi claire et synthétique.

Le groupe de l'agriculture adhère aux préconisations formulées qui visent à combler les retards observés dans certains domaines. La promotion de l'éducation à la santé paraît à ce titre essentielle, qu'il s'agisse d'éducation thérapeutique du patient proprement dite ou, à titre d'exemple, de formation à la responsabilité individuelle vis-à-vis de la sexualité qui doit se faire dès la prime adolescence.

Un autre point fort de ce travail est l'accent mis sur le développement de la télémédecine qui laisse espérer des progrès importants en termes d'efficacité comme en termes d'optimisation des coûts.

L'expérience du régime agricole dans ce domaine conduit cependant à insister sur le fait que le développement de la télémédecine doit absolument s'accompagner d'une mise en réseau des établissements de santé. Il doit aussi aller de pair avec un développement des transports sanitaires ; or la rapporteure a bien montré que ceux-ci, lorsqu'ils existent, ne sont pas toujours très opérationnels. Pourtant, ils conditionnent de façon critique la prise en charge des urgences.

La recommandation de développer les coopérations entre les Outre-mer dans le domaine de la santé nous semble également porteuse de grands progrès. Les solutions trouvées dans certains territoires ne sont à ce jour pas mutualisées alors qu'elles répondent à des problèmes similaires à ceux rencontrés ailleurs où les acteurs ont pu ou su s'organiser pour y faire face. La mise en commun des expériences est indéniablement un outil de lutte contre l'isolement des professionnels de santé qui bénéficie, au final, aux populations locales.

On sort de la lecture de ce projet d'avis en étant convaincu qu'il est possible de remédier rapidement à certains des problèmes soulevés. Néanmoins, il faut pour cela que l'État donne une impulsion forte et qu'il fasse clairement de la remise à niveau du dispositif de santé Outre-mer, une priorité nationale.

Le groupe de l'agriculture a voté l'avis.

Groupe de l'artisanat

Ce bilan exhaustif et surtout sans concession de l'offre de santé Outre-mer est remarquable car il permet non seulement d'apprécier, collectivité par collectivité, le retard mais aussi les quelques avancées en matière d'accès aux soins.

Cette photographie de l'existant a un double intérêt. Pour les responsables politiques, elle constitue un bon état des lieux de la nature des équipements mais aussi des besoins d'adaptation à la fois quantitatifs et qualitatifs dans la mesure où elle prend en compte les évolutions démographiques et les nouvelles exigences environnementales liées aux contraintes naturelles, économiques, sociales et sociétales. Pour la population, elle est le révélateur des formes très contrastées de leurs conditions de vie d'un territoire à l'autre mais également des formidables potentiels d'amélioration au regard de la richesse des expériences menées dans certaines collectivités voisines.

Quant à la prospective, le groupe de l'artisanat apprécie la démarche responsable de l'avis qui se veut proche des besoins locaux pour adapter l'offre aux spécificités des collectivités ultramarines plutôt que de chercher absolument à copier le modèle existant de la métropole, même si ici et là certaines mesures méritent d'être transposées au nom de leur pertinence ou du respect de la déontologie médicale.

Les émeutes récentes en Martinique révèlent l'urgence d'agir afin que les principes de base de la charte d'Ottawa soient appliqués partout car « sans paix sociale, sans toit, nourriture ou revenu décent » tout effort d'investissements en matière de santé serait inopérant.

Au-delà de la nécessaire remise en cause des modes de développement pour intégrer les trois dimensions indissociables que sont l'économique, le social et l'environnemental, le groupe de l'artisanat tient à appuyer l'approche élargie de la promotion de la santé.

Sur le plan de la prévention : la permanence de certaines pathologies chroniques dans ces territoires rend pertinente les actions transversales en matière d'éducation à la santé tant en termes de mutualisation des moyens que d'échanges de bonnes pratiques. Avec l'appui de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, des outils pédagogiques communs devraient être mis à la disposition des populations et relayés par des campagnes périodiques ciblées. Celles-ci devraient ensuite faire l'objet, au niveau local, de véritables programmes éducatifs tant au niveau des écoles que des centres sociaux d'accompagnement des familles.

Sur le plan curatif : les initiatives réalisées en Guyane en matière de télémédecine, ayant apporté la preuve de leur efficacité en termes d'accès aux soins au plus proche des lieux de vie des populations, constituent une voie de progrès à encourager et généraliser sur l'ensemble de ces territoires. À cet égard

l'avis a raison d'appeler à la responsabilité des pouvoirs publics pour lever tous les freins liés à leur bon fonctionnement et à leur développement depuis les infrastructures haut et très haut débit jusqu'à la formation du personnel en passant par la qualité et le suivi du matériel médical et l'harmonisation des codes de bonnes pratiques.

Les défis à relever dépassant parfois le cadre financier des collectivités ultramarines, le groupe de l'artisanat tient à appuyer le nécessaire rapprochement avec les collectivités voisines pour identifier les flux de migrations et surtout partager dans le cadre de la coopération sanitaire internationale le risque et les coûts liés à la santé.

Le groupe de l'artisanat a voté l'avis.

Groupe des associations

Le projet d'avis de Jacqueline André-Cormier pose le problème constitutionnel du droit à l'accès aux soins de tous les citoyens quel que soit leur lieu de résidence. Or malheureusement, l'accès à l'offre de soins est insuffisant en Outre-mer même si l'on constate un rattrapage ces dernières années.

Les propositions contenues dans cet avis aussi bien sur le plan général que sur le plan particulier de chaque territoire doivent conduire les pouvoirs publics à repenser l'organisation de la politique de santé en Outre-mer. Le groupe des associations adhère à l'ensemble de ces propositions.

Nous voudrions insister particulièrement sur la politique de prévention comme le mentionne l'avis. La prévention relève d'une politique globale incluant la lutte contre la précarité et l'exclusion. Les conditions de logement, son insalubrité, le manque d'accès à l'eau potable impactent directement la santé physique et mentale. Or, l'organisation de la prévention en Outre-mer n'est pas à la hauteur des enjeux.

L'Institut national de la prévention et l'éducation à la santé (INPES) créé en 2002 devrait revoir ses liens avec les collectivités locales comme le préconise l'avis en établissant des conventions sur les programmes de santé publique et le développement de l'éducation pour la santé.

Cette politique énergique de prévention doit déboucher sur une meilleure coopération entre les services de médecine scolaire et les services de la PMI. L'éducation nationale a un rôle prépondérant à jouer dans la prévention.

L'école est le principal lieu où les jeunes peuvent avoir accès à une information scientifiquement validée. L'avis préconise, à juste titre, que les bonnes pratiques soient développées et prend l'exemple de la politique menée par le rectorat de La Réunion afin que l'on puisse l'étendre aux autres territoires. L'intégration dans le cursus scolaire d'actions éducatives à la santé demeure une priorité.

À côté des problèmes de prévention, l'Outre-mer souffre d'un déficit en équipements sanitaires et en professionnels de santé. Les efforts doivent être poursuivis et organisés avec les pays limitrophes.

Tout en félicitant la rapporteure de la qualité et du regard global porté sur un sujet complexe qui est essentiel pour le développement de l'Outre-mer, le groupe des associations a voté l'avis.

Groupe de la CFDT

Le rapport, bien documenté, établit un diagnostic précis, global dans une première partie puis territoire par territoire. Ce travail a permis l'écriture d'un avis présentant une série de recommandations dont les pouvoirs publics seraient bien inspirés de s'emparer. La CFDT partage les orientations de cet avis.

Le Conseil économique, social et environnemental fait, en effet, œuvre utile en alertant sur les problèmes de santé dans les collectivités ultramarines. Sans démagogie, avec la volonté de décrire la réalité telle qu'elle se présente, le texte rappelle que des investissements, parfois importants ont été réalisés mais quasi systématiquement toujours en direction du « curatif », beaucoup plus rarement en faveur de la prévention, du dépistage, de l'accompagnement médico-social ou de l'organisation du système de soins lui-même. Ce travail rappelle que de nombreux problèmes de santé sont liés aux conditions de logement insalubres, au manque d'eau potable, à la précarisation d'une partie de la jeunesse de ces territoires, voire de larges fractions de certaines populations.

L'avis fait plusieurs propositions autour de l'éducation à la santé et de la prévention. Certains indicateurs de santé sont en effet alarmants (diabète, hypertension, obésité, maladies cardio-vasculaires). Plusieurs territoires connaissent un développement important du nombre de grossesses précoces qui nécessite la mise en place de programmes spécifiques d'éducation à la sexualité et de planification familiale. Il propose aussi de clarifier le rôle de l'État et des collectivités territoriales, par exemple pour une meilleure coopération entre la médecine scolaire et la PMI. D'une manière générale, il préconise de ne pas s'enfermer dans des réponses territoire par territoire mais encourage les coopérations entre eux (recrutement, formations, télémédecine, prévention, mutualisation d'expériences...).

L'avis insiste sur la nécessité de développer une solidarité internationale sur les maladies transmissibles. Il cite la démarche structurée de coopération entre les pays membres de la commission de l'Océan indien pour la surveillance épidémiologique et indique qu'elle doit être étendue à tous les territoires ultramarins pour lutter efficacement contre la recrudescence de maladies parasitaires (paludisme) ou le développement d'affections virales (chikungunya, dengue).

En s'appuyant sur la réussite de la télémédecine en Guyane, le texte préconise son développement dans toute l'Outre-mer, en accélérant le programme d'équipement en haut débit et très haut débit, au besoin en infrastructures de communication par satellite. Il propose que les savoir-faire développés fassent l'objet d'une nouvelle répartition des tâches médicales, organisationnelles, techniques et technologiques, comme par exemple le développement à grande échelle de la télémédecine.

L'avis, enfin, ne sous-estime pas les difficultés engendrées par le nombre important de personnes sans titre de séjour et (ou) en situation d'extrême précarité en essayant d'apporter des réponses adaptées sans stigmatiser les populations concernées. Il s'attache ensuite à proposer des recommandations pour chaque territoire. Beaucoup d'entre elles peuvent recevoir un début de concrétisation dans des délais rapides.

L'avis permet de comprendre les nombreuses différences avec la situation en métropole. Il essaie avec pragmatisme d'apporter toute une série de solutions spécifiques à ces territoires.

La CFDT a voté l'avis.

Groupe de la CFE-CGC

Nous retrouvons, dans l'avis, toute la complexité de l'Outre-mer.

Ainsi, l'offre de santé qui est proposée pour des petites populations s'adresse à des territoires qui ont six mille cinq cents habitants comme à Saint-Barthélemy ou à Saint-Pierre et Miquelon ou plus de huit cent mille habitants comme à La Réunion.

Ensuite, les collectivités d'Outre-mer sont toutes confrontées à des contraintes géographiques : l'isolement, l'insularité avec, parfois, un éparpillement immense.

Par ailleurs, dans ces collectivités d'Outre-mer, il ne faut pas occulter les dimensions géopolitiques qui conduisent à une immigration importante. L'exemple de Mayotte en est l'exemple flagrant où la population des Comores y arrive massivement.

Il faut aussi relever certaines caractéristiques sur le plan de l'épidémiologie. Il y a des particularités propres à chaque Collectivité : absence de prévention et d'éducation à la santé ainsi que des problèmes d'obésité et de diabète à Wallis et Futuna, taux de transplantation rénale en Polynésie double de celui de métropole, chikungunya à La Réunion ayant un impact très fort sur l'offre de soins, etc.

Enfin, il existe un fort déficit de professionnels de santé et dans les équipements par rapport à la métropole.

Sur les propositions de l'avis, nous en retenons quelques unes :

La population des collectivités ultramarines est jeune. L'Éducation nationale a alors un rôle prépondérant à jouer dans la prévention. La médecine scolaire permet un dépistage de tous les déficits, une surveillance de la croissance et un accompagnement des troubles de l'apprentissage. Nous proposons, pour l'ensemble des collectivités d'Outre-mer, qu'une véritable coopération entre les services de la médecine scolaire et les services de la PMI soit établie.

Nous encourageons aussi les actions transversales dans le domaine de l'éducation à la santé Outre-mer ainsi que la mise en réseau des DOM entre eux pour faciliter les échanges.

L'isolement, l'éloignement, l'étendue de certains territoires faiblement peuplés font de ces collectivités des lieux propices au développement de la télémédecine. La télémédecine peut apporter une amélioration à un accès équitable aux soins, à leur coordination, au maintien dans leur lieu de vie des patients. Mais nous maintenons que la télémédecine ne doit rester qu'un outil au service de la médecine.

Il est plus que nécessaire de généraliser les observatoires de la santé dans toutes les collectivités, observatoires qui existent déjà dans les DOM et en Polynésie. Ils sont indispensables pour apporter des informations nécessaires à l'élaboration des politiques de santé au plan local.

L'avis aborde le déficit de professionnels de santé. Il constitue aussi un frein au fonctionnement des structures de soins. Il faut favoriser et soutenir l'installation des professions libérales ou publiques par des incitations financières et par l'harmonisation des statuts. Les dispositifs de formation continue doivent être organisés et apporter un maintien des compétences comparable à ce qui est offert en métropole.

Les établissements hospitaliers ultramarins subissent une pression financière importante. La situation financière des établissements hospitaliers dans l'Outre-mer doit être prise en compte par une actualisation du coefficient géographique applicable et par une participation exceptionnelle aux créances irrécouvrables.

Certaines des mesures envisagées ont besoin de la caution communautaire pour être appliquées. Nous insistons pour que les collectivités d'Outre-mer utilisent les financements européens comme le FEDER, le FSE ou le FED.

L'avis propose des solutions parfois simples à mettre en œuvre. Il suffirait d'une ferme volonté politique pour qu'elles puissent se concrétiser, et pour garantir à tous et en tout point du territoire, un égal accès aux soins. L'État doit rester le garant de cette politique.

Le groupe de la CFE-CGC rend hommage à l'écoute attentive du rapporteur. Le groupe de la CFE-CGC a émis un vote positif.

Groupe de la CFTC

Cet avis relève d'un travail important et rendu plus difficile encore par la situation dans les territoires concernés.

Améliorer l'offre de santé dans les collectivités ultramarines est bien un moyen, non seulement d'y améliorer la qualité de vie, mais également de montrer la volonté d'équité de traitement avec la métropole. Cette égalité n'est actuellement pas assurée malgré les efforts de l'État, l'avis montrant les retards dans bien des domaines, à commencer par la présence lacunaire de médecins ou d'hôpitaux.

Certaines propositions de cet avis, comme le développement de la télémédecine, auraient un effet important pour les populations concernées, mais en plus, elles représentent un progrès potentiel dans le cadre du territoire métropolitain. De même, la question du recrutement et de la démographie médicale se pose en métropole et mérite une réflexion élargie.

La priorité que préconise l'avis pour des politiques de prévention et d'éducation, par l'éducation nationale par exemple, ne peut que rencontrer le soutien du groupe de la CFTC.

Cette approbation porte également sur les propositions concernant chaque territoire. Elles montrent un travail important en concertation avec les acteurs directement concernés, effectué dans des conditions difficiles par le rapporteur que nous tenons à féliciter.

Compte tenu de la qualité de l'avis, le groupe de la CFTC a émis un vote favorable.

Groupe de la CGT

Le premier intérêt de cet avis est dans le simple rassemblement de données éclatées dans toutes les collectivités ultramarines, ce qui, semble-t-il, n'a jamais été fait ! Ce vaste travail permet de mesurer la difficulté d'organiser à cette échelle un système de santé cohérent efficace et moderne.

Raison de plus pour réaffirmer que chaque métropolitain ou ultramarin, doit pouvoir bénéficier des mêmes prérogatives et des mêmes droits en matière de santé, comme dans d'autres.

Le texte de saisine s'intitule « offre de santé » et non « offre de soins », ce qui a conduit à ne pas se focaliser sur le curatif, mais à examiner les conditions à mettre en œuvre pour que les ultramarins ne soient pas seulement soignés, mais puissent être en « bonne santé », atout majeur pour « le progrès social, économique et individuel, essentiel pour la qualité de vie ». Et ce, d'autant plus que : « la prévalence des maladies chroniques révèle que les territoires ultramarins ne sont certes pas des lieux où s'acquiert la santé ». L'avis révèle une situation « alarmante », qui doit être prise en compte par l'État et qui implique des mesures spécifiques propres à chaque territoire et cohérentes entre elles.

L'avis insiste, en premier lieu, sur la mise en œuvre de politique de prévention et d'éducation à la santé. Les ultramarins cumulent les pathologies dites de civilisation et celles de pays en voie de développement fortement liées aux conditions de vie précaires. Si notre système de santé est globalement tourné vers le « curatif » plutôt que vers la prévention, celle-ci est particulièrement déficiente Outre-mer. L'avis en fait une priorité que nous partageons.

Nous souhaitons souligner que l'état de santé dégradé d'une partie des moins de 20 ans, population particulièrement importante dans la plus grande partie de ces territoires, compromet leur insertion durable dans l'emploi. Ce constat appelle une politique d'éducation à la santé spécifique, forte et élaborée qui ne doit pas se résumer à l'information sur les risques que comportent certaines consommations.

Selon l'avis, des efforts ont été faits ces dernières années sur l'offre hospitalière. Mais il nous semble très important, du fait de leur particularité, de diversifier et d'organiser en réseaux les différentes offres de soins et services de santé des collectivités ultramarines.

Nous soutenons la volonté de voir le développement de la télémédecine Outre-mer qui semble, en effet, être une réponse convenant à des territoires très isolés. Toutefois, elle ne doit pas être un substitutif à la baisse de la démographie médicale. L'avis souligne, fort justement, qu'elle doit être reconnue comme une nouvelle condition de l'exercice médical, intégrant le travail en réseau et de nouvelles formes de partenariat. Elle doit impérativement associer les dimensions humaines, juridiques, éthiques et déontologiques. Cette forme de médecine doit être considérée comme une aide au médecin pour qu'il ne soit plus isolé pour exercer la médecine. Elle doit permettre un développement des compétences et une meilleure qualité des pratiques professionnelles.

L'avis fait des propositions nombreuses, cohérentes pour répondre à des besoins spécifiques particuliers, différents de ceux de la métropole. Il incite l'État à s'engager, à développer des coopérations entre les différentes collectivités locales. Il invite à la cohérence des actions, au développement des coopérations régionales, à de nouvelles pratiques médicales. Ces propositions sont pertinentes, mais ne trouveront de mise en œuvre qu'avec la volonté politique nécessaire, les moyens humains et financiers suffisants et l'association des populations à la construction d'une offre de santé digne du XXI^e siècle.

Le groupe de la CGT s'est prononcé en faveur de l'avis.

Groupe de la CGT-FO

C'est à un « Outre-mer français » méconnu auquel la rapporteure nous invite au travers de ce projet d'avis.

Après un rapport très riche en détails et informations sur la situation de la santé dans les différentes collectivités d'Outre-mer, le projet d'avis n'était pas évident à produire. C'est avec beaucoup de brio que la rapporteure présente maintenant cet avis très fouillé et très précis.

Le groupe Force ouvrière rejoint totalement la rapporteure quand elle fait référence à la charte d'Ottawa de l'OMS qui a été écrite en 1986. Il est en effet tout à fait utile aujourd'hui de rappeler aux habitants de l'hexagone que la promotion de la santé se situe dans la double perspective de permettre aux populations d'améliorer leur propre santé en leur donnant les moyens d'un plus grand contrôle sur celle-ci et en en faisant une ressource de la vie quotidienne et non un but dans la vie.

Il n'est pas inutile de rappeler également que les conditions préalables à la santé sont pour les populations de vivre en paix, d'avoir un logement, de se nourrir et d'avoir un revenu, autant de conditions qu'il n'est pas rare de voir s'éloigner de nombre de citoyens en métropole comme en Outre-mer.

Toujours selon l'OMS, une politique de santé équitable doit non seulement combattre la maladie, mais aussi assurer à la population un minimum de bien être et d'épanouissement. Or dans notre pays, Martin Hirsch et Jérôme Cordelier (dans leur manifeste contre la pauvreté en 2004) ont rappelé que l'espérance de vie des personnes les plus défavorisées se rapproche en France de celle de certains pays du tiers monde. Sans tomber dans un catastrophisme de mauvais aloi et surtout sans prétendre que l'Outre-mer français serait comparable à certains pays du tiers monde, il est important de rappeler que l'espérance de vie y est en moyenne inférieure à celle de l'Hexagone et que ces collectivités lointaines ont à faire face à leurs propres besoins et aux besoins des pays voisins souvent très mal lotis en offre de soins, dont les populations n'hésitent pas à migrer, au péril de leur vie, vers les collectivités françaises comme en particulier à Mayotte.

Il est difficile, dans le temps imparti d'une intervention en plénière du Conseil, de revenir sur tous les points importants de l'avis, tant ils sont nombreux.

C'est le sujet de la télémédecine que Force ouvrière a choisi de mettre en exergue. La rapporteure en fait une description très large et très précise en mettant en valeur tous les domaines dans lesquels elle a été mise en œuvre par de nombreux pays, en Europe notamment. Le groupe Force ouvrière peut dès lors s'étonner que la France, d'habitude si fière de mettre en avant ses capacités technologiques, n'ait pas pensé à développer des projets de télémédecine vers l'Outre-mer. Mieux encore, la rapporteure cite un rapport du ministère de la

Santé de janvier 2009 sur *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins* qui recommande son développement prioritaire dans les territoires isolés français, sans penser un seul instant que l'Outre-mer fait partie de ces territoires les plus isolés.

Le groupe Force ouvrière insiste donc pour mettre en valeur la proposition du Conseil : que l'isolement de l'Outre-mer soit réellement pris en compte par les pouvoirs publics.

Pour terminer, le groupe Force ouvrière veut prendre à témoin l'assemblée, après les longs mois de débats autour du projet de loi Hôpital-patients-santé-territoires (HPST), puisque sa mise en œuvre dans un futur relativement proche est maintenant programmée. Par cette loi, les pouvoirs publics entendent avoir une autorité complète sur l'organisation des soins, sur l'offre de santé, comme sur leur prise en charge. Les agences régionales de santé devraient donc, être mise en œuvre dans les départements Outre-mer comme en métropole. Il reste à vérifier si ladite loi lèvera ou non tous les obstacles aux disparités. En tout état de cause, il ne devrait plus y avoir d'excuses pour justifier, en matière de politique de santé, de tels écarts entre l'hexagone et les collectivités ultramarines.

Le groupe Force ouvrière qui remercie la rapporteure pour la pertinence de son travail a voté l'avis.

Groupe de la coopération

L'avis présente une situation globale dégradée de la santé dans les collectivités ultra-marines, qui cumulent des pathologies connues dans les pays en voie de développement (paludisme, fièvres typhoïdes, etc.) à d'autres caractéristiques des pays développés (maladies cardio-vasculaires, diabète, etc.). Ces territoires sont de plus confrontés à des risques épidémiques plus forts qu'en métropole. Et cela alors que la démographie médicale y est trois fois plus faible.

L'avis présente une situation détaillée de l'état sanitaire des différentes zones ultramarines en mettant en avant leurs spécificités, mais souligne également la nécessité de développer des actions transversales aux collectivités comme la prévention, l'éducation à la santé et la télémédecine. L'avis préconise courageusement un certain nombre de réformes de structure pour améliorer le recrutement des professionnels de santé, redéfinir la formation et la réglementation d'exercice de certains professionnels de santé et transformer certains hôpitaux en « hôpitaux internationaux ».

Au vu des retards, des pathologies et des coûts, il y a probablement des redéploiements intelligents à faire pour transformer une partie des dépenses parfois extrêmement lourdes de traitement de pathologies évitables (dépenses de soins sur place ou évacuations sanitaires) en dépenses destinées à améliorer les conditions sanitaires de la population afin de diminuer la prévalence de certaines maladies endémiques.

La prévention et la télémédecine doivent devenir des priorités dans la réorganisation de l'offre de soins. Le ciblage des populations est très important en matière de prévention. L'éducation sanitaire et sexuelle concernant notamment les jeunes et les femmes doit ainsi être renforcée. L'éclatement géographique des collectivités est une motivation importante pour la mise en place de la télémédecine, dont le dispositif est très développé par exemple en Guyane.

La question de l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière est complexe car il s'agit à la fois d'appliquer la politique du contrôle de l'immigration et de mettre en place une politique d'accueil pour les personnes étrangères en état de dénuement. Cette question est particulièrement sensible dans le cas de Mayotte. L'avis a su trouver le juste équilibre en replaçant cette question dans le cadre plus global de l'indispensable coopération sanitaire avec les pays d'origine et les pays voisins. Il conviendrait ainsi d'articuler l'offre de santé française avec celle d'autres États dans ces zones ultramarines qui mettent en place des politiques sanitaires compatibles avec les éléments culturels, géographiques et historiques de ces collectivités.

Le groupe de la coopération a voté en faveur de l'avis.

Groupe des entreprises privées

Le groupe des entreprises privées souhaite féliciter la rapporteure dont le travail permet de disposer d'une remarquable vue d'ensemble sur l'état des lieux de l'action sanitaire publique et privée dans les collectivités territoriales de la France d'Outre-mer. Ces collectivités sont diverses et éparpillées mais certaines ont de nombreux points communs, à l'image de la Guadeloupe, de la Martinique et de La Réunion, avec un système de soins proche de celui de la métropole. À l'inverse, la Polynésie, Wallis et Futuna, Saint-Pierre et Miquelon, Mayotte et la Nouvelle-Calédonie ont des spécificités liées à leur histoire et à leur culture, mais également à leur éloignement, voire à leur isolement. À ces facteurs s'ajoute une pression migratoire importante, notamment à Mayotte et en Guyane. Or, la présence de populations précarisées peut engendrer des épidémies, des maladies vectorielles et infectieuses, ainsi que des maladies chroniques et des pathologies fréquentes dans les pays en voie de développement.

L'avis met bien en évidence la complexité des différentes situations de l'Outre-mer et, sur la base de ces constatations, formule des propositions concrètes et spécifiques à chacune des collectivités ultramarines. Il propose notamment de promouvoir et de développer la prévention et l'éducation à la santé par une politique globale incluant la lutte contre la précarité et l'exclusion, d'affiner et de clarifier le rôle de l'État et des collectivités territoriales, de renforcer le rôle de l'Éducation nationale, de préconiser l'éducation thérapeutique des patients, ainsi que de lutter contre les maladies vectorielles en coopération épidémiologique avec les pays voisins.

Il est également important que les patients ultramarins puissent avoir accès aux soins. Or, compte tenu de l'éloignement et des difficultés à se déplacer, apporter rapidement des soins de qualité à tous s'avère complexe. Sur ce point, l'avis suggère pourtant de réelles solutions, notamment en proposant de développer la télémédecine comme cela a été fait avec réussite en Guyane. Cela passe par la poursuite accélérée du programme d'équipement en haut et très haut débit dans l'ensemble des territoires des collectivités ultramarines. Les coopérations régionales, principalement dans les collectivités situées dans la même zone géographique, doivent également être développées ainsi que la vigilance sanitaire. De même, pour pallier une démographie médicale déficitaire, la rapporteure propose des pistes d'amélioration en attirant des professionnels de santé étrangers sous conditions de formation comparable et d'une maîtrise de la langue française ou d'idiomes locaux. Enfin, elle préconise la mise en place d'un observatoire de santé dans chaque territoire d'Outre-mer.

La dernière partie de l'avis concerne des propositions d'améliorations spécifiques à chaque collectivité que l'orateur n'a pas le temps de développer ici, mais auxquelles le groupe des entreprises privées n'est pas opposé.

Aussi le groupe des entreprises privées a voté l'avis.

Groupe des entreprises publiques

Le groupe des entreprises publiques s'associe largement aux compliments exprimés sur le travail réalisé par Jacqueline André sur ce vaste sujet.

En effet, ce rapport dresse un panorama très exhaustif, à la fois circonstancié et nuancé, de la situation en matière de santé dans nos collectivités d'Outre-mer. Chacune est traitée avec ses caractéristiques propres et son contexte régional, ce qui permet une approche différenciée. Ainsi pour chaque cas, des priorités sont dégagées.

Pour autant, malgré ces différences et les spécificités dues à l'éloignement, ne serait-ce que de la métropole, mais parfois aussi des pays voisins, une ligne d'action générale est proposée pour une politique de santé qui ne laisse personne ni aucune pathologie ou aucun risque de côté.

Cette exigence honore notre République et, surtout pour des mesures déjà engagées ou pas nécessairement très coûteuses, sauf exception, il ne saurait être question d'y déroger. C'est une question de dignité humaine et d'égalité d'accès aux soins pour tous. Compte tenu de nos positions constantes sur la nécessité de chiffrer et d'évaluer l'impact de toute recommandation, cette approbation *a priori* constitue une véritable reconnaissance du caractère indiscutable des propositions !

Ci-dessous les points saillants que notre groupe souhaite soutenir :

- la politique de prévention et d'éducation à la santé, qui permet d'éviter les expositions aux risques ou de les réduire ;
- l'accueil des immigrés avec des dérogations particulières, quelle que soit leur situation, qui est une nécessité due à l'éloignement et souvent à la pauvreté des populations environnantes ;
- le développement de la télémédecine, qui peut servir d'exemple pour la métropole et qui de surcroît peut être une source non négligeable d'économies ;
- l'attractivité des postes de médecins, voire de l'enseignement régional, qui est un gage de recrutement de qualité indispensable, même si une organisation adaptée peut transférer des tâches à d'autres personnels soignants.

Le groupe des entreprises publiques a voté l'avis.

Groupe de la mutualité

L'avis de la section des affaires sociales nous propose, sur la base d'un panorama complet de l'offre de santé des collectivités ultramarines, des orientations globales et spécifiques à chaque territoire « pour répondre le mieux possible aux besoins de soins, de prévention et d'éducation pour la santé » et apporter aux populations ultramarines un « accès à la santé aussi équitable et adapté que possible ».

Outre, l'organisation et l'offre de soins, le groupe de la mutualité insiste, comme le fait l'avis, sur les déterminants de santé. Ceux-ci sont souvent invoqués pour justifier la régionalisation de politiques de santé en métropole alors que les déterminants de santé sont proches et les différences épidémiologiques minimales... au moins au regard de la situation Outre-mer. Si les indicateurs de santé y sont alarmants, c'est aussi parce que les conditions de vie des populations ultramarines sont souvent plus difficiles : risques environnementaux (mercure en Guyane ; utilisation prolongée de pesticides organochlorés aux Antilles...) et risques naturels spécifiques, conditions économiques, logements...

Si quelques caractéristiques sont communes aux collectivités ultramarines, l'hétérogénéité des situations est la règle générale. Ni les caractéristiques sociodémographiques, ni les flux migratoires, ni la géographie des territoires ne sont comparables. La situation de Saint-Pierre et Miquelon, avec un prix de journée d'hospitalisation fortement inflationniste et sans rapport avec le service médical rendu, avec une organisation des urgences inappropriée, a pour conséquence de rendre l'accès aux services de santé de plus en plus difficile ; elle ne saurait être comparée à celle de La Réunion ou de la Guyane.

Pour autant, des solutions existent pour mieux organiser les réponses, optimiser les moyens disponibles. La prévention, comme le développement de la télémédecine ou des coopérations professionnelles en font partie. Il convient néanmoins de prendre garde à ne pas promouvoir ces outils comme une réponse universelle aux spécificités des territoires ultramarins. La prévention y est plus qu'ailleurs nécessaire parce qu'il faut agir sur des déterminants de santé défavorables, mais ce n'est pas une alternative à la prise en charge des pathologies déclarées. La télémédecine ou les coopérations professionnelles sont une opportunité pour mieux organiser les soins mais ne doivent pas être considérées comme la réponse aux problèmes de démographie médicale, sinon les problèmes de fond demeureront.

Le groupe de la mutualité a voté l'avis en soulignant l'importance des solutions adaptées à chaque collectivité.

Groupe de l'Outre-mer

Cet avis est le cinquième avis concernant exclusivement l'Outre-mer voté au cours de la présente mandature. L'institution a, semble-t-il, battu tous les records, et le groupe remercie les rapporteurs et les sections qui ont bien voulu les porter. Merci donc à Cécile Felzines, Gérard d'Aboville et Alain Saubert, devenu le spécialiste incontesté de la défiscalisation Outre-mer avec deux avis sur les lois de développement pour l'Outre-mer.

Merci aussi à tous les rapporteurs qui ont bien voulu tenir compte, de manière appropriée, dans chacun de leur avis, des apports particuliers des collectivités ultramarines. Le moment n'est pas encore venu de faire un bilan puisque la mandature est prolongée, mais le Groupe souhaite dire à tous à quel point il est reconnaissant de leur intérêt.

Le rapport et l'avis rapportés par Jacqueline André-Cormier, représentant Saint-Pierre et Miquelon, au nom de la section des affaires sociales, sur *L'Offre de santé dans les collectivités ultramarines* expriment très bien que si les principes sur lesquels est fondée l'offre de santé sont les mêmes qu'en métropole, ou tout au moins similaires, les conditions d'application en sont, Outre-mer, très différentes.

Le résultat est malheureusement qu'il y existe une réelle inégalité devant la santé. Pour les deux indicateurs les plus significatifs, l'espérance de vie à la naissance et la mortalité infantile, les écarts sont significatifs au détriment des populations ultramarines.

Pour ne prendre que quelques exemples, la mortalité infantile est dans l'ensemble des régions métropolitaines, de 3,6‰. Elle est de 6,1 ‰ en Guadeloupe et à La Réunion, de 6,3‰ en Polynésie Française, de 8,8‰ en Guyane, de 12,1‰ en Martinique, et de 15‰ à Mayotte selon les instituts régionaux de la statistique.

Pour expliquer une telle situation, l'avis rappelle les conditions climatiques, généralement tropicales, sauf à Saint-Pierre et Miquelon où les températures vont à l'extrême dans l'autre sens, les disparités de conditions et de niveau de vie, les insuffisances des infrastructures, enfin tout ce qui a déjà été évoqué à plusieurs reprises à la tribune. Mais il y a aussi les habitudes et coutumes locales, parfois à l'opposé d'une bonne prévention, et qui conduisent à la juxtaposition de maladies de pauvreté et de pléthore.

L'avis propose donc une série de recommandations, pour permettre une mise à niveau nationale de l'offre de santé, qui paraissent dignes d'être suivies.

Le paradoxe est que dans ce domaine, comme dans d'autres, les collectivités ultramarines françaises sont une sorte de paradis médical pour leurs voisins étrangers. Le groupe n'évoquera pas plus que par une phrase l'attractivité, mais aussi les coûts et les risques qui en découlent, à Mayotte, en Guyane ou à Saint Martin, où se produisent les plus importants mouvements d'immigration.

Mais le groupe insiste sur le rôle essentiel que peuvent jouer les collectivités d'Outre-mer en matière de coopération médicale, dans un type d'environnement bien différent de celui de la métropole. Et c'est bien là, comme le souligne l'avis, après celui présenté par le professeur Gentilini et approuvé par le Conseil, que la France, qui en a les moyens, a un devoir international à accomplir parce qu'il est essentiel pour les populations concernées et qu'il est nécessaire à l'équilibre de l'environnement géographique.

Mais aussi, au plan national, quelques réflexions ne peuvent-elles être tirées et promouvoir quelques expériences à partir des conditions particulières des collectivités d'Outre-mer !

Trois exemples : En Polynésie Française, qui bénéficie d'une large autonomie, la couverture médicale universelle a été instaurée par les autorités locales 10 ans avant celle de la métropole.

Dans tout l'Outre-mer, le choix entre la proximité et la qualité des soins se pose de manière plus aigüe qu'en métropole. Des solutions, parfois insuffisantes, mais souvent audacieuses, ont été trouvées.

La distance entre les communautés dispersées, par exemple en Guyane ou en Polynésie, impose des modes de communications et de systèmes d'alertes avancés : la télémédecine, dans ses différents aspects, qui est expérimentée depuis une dizaine d'années en Guyane pourrait être généralisée et servir d'exemple à d'autres collectivités, et à la métropole.

Le groupe qui a, bien entendu, voté l'avis pense que ce dernier pourra particulièrement servir de repère dans le cadre des États généraux de l'Outre-mer.

Groupe des personnalités qualifiées

Mme Grard : « Le sujet de ce rapport semble si vaste que nous aurions pu nous égarer de territoire en territoire ; mais ce ne fut pas le cas, et le travail en section fut d'une grande richesse, je vous en remercie, Madame le rapporteur. Je voudrais souligner un aspect important de votre rapport et exprimer un certain regret.

Vous préconisez, à juste titre, que la prévention en matière de santé doit veiller, pour être efficace, à un accès à la santé égal pour tous. Et vous précisez que cet objectif relève d'une politique globale incluant l'éducation à la santé et la lutte contre la précarité et l'exclusion.

En effet, il est évident que l'insalubrité de l'habitat, l'insuffisance d'hygiène, l'absence d'accès à l'eau potable, etc. influencent l'état de santé des populations de l'Outre-mer français - comme elles influencent d'ailleurs l'état de santé des populations de la métropole - et sont directement responsables de la propagation de diverses maladies.

Nous avons découvert, tout au long du travail en section, les conditions de vie déplorables d'un grand nombre de personnes et familles de l'Outre-mer : en Guyane, 30 000 familles n'ont pas accès à l'eau potable ; à l'île de La Réunion, 52 % des habitants vivent en dessous du seuil de pauvreté et 110 000 personnes sont illettrées ; à la Guadeloupe, 25 % de la population est allocataire du RMI ; à Mayotte, il n'y a pas une seule cantine scolaire et l'on a pu découvrir que les consultations médicales ne s'y déroulent pas toujours dans le plus grand respect du patient.

Ce ne sont là que quelques exemples, mais qui suffisent à nous faire comprendre que les investissements - absolument nécessaires - en matière de protection de la santé ou de services aux personnes seront d'une bien faible efficacité tant que perdureront les conditions de vie d'une importante partie des populations. Ils n'aboutiront pas à un accès à la santé égal pour tous, si ne sont pas mises en œuvre, en même temps, des actions dans le domaine du logement, de l'éducation, de l'emploi, etc.

C'est exactement ce qu'avait voulu mettre en avant, en 1998, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Cette loi, à laquelle notre assemblée a grandement contribué, impliquait - je cite - « *l'ensemble des politiques publiques de la nation* ».

Il me semble donc primordial, Madame le rapporteur, que vous ayez mis en avant pour cette question spécifique de l'accès à la santé dans l'Outre-mer, la nécessité d'une action globale mobilisant « *l'ensemble des politiques publiques de la nation* ».

J'ai un certain regret :

L'expérience montre que si l'on ne connaît pas la « culture » et les attentes des populations, celles de l'Outre-mer en particulier et, en tous cas, celles qui vivent dans la grande précarité, on risque de proposer des mesures qui ne leur correspondent pas. C'est pourquoi il me semble qu'en introduction à ce rapport nous aurions pu dire que les mesures à mettre en œuvre devront, pour être efficaces, être pensées et décidées en concertation avec les populations, en particulier les plus exclues. Cette participation, même si elle n'est pas facile à mettre en œuvre, est incontournable : c'est un gage de réussite et de progrès pour tous.

Je tiens à vous remercier pour votre important travail et je voterai le projet d'avis ».

Groupe des professions libérales

Le groupe des professions libérales approuve l'avis aussi bien quant à sa forme que dans son contenu. Il est en effet judicieux d'avoir séparé l'avis en deux parties, la première consacrée aux améliorations communes à plusieurs territoires, la deuxième aux améliorations par collectivité. Le titre, à lui seul, admet les spécificités géographiques, sociales et médicales de l'Outre-mer. S'il est légitime que les grands axes de la politique de santé - en particulier l'égal accès aux soins pour tous - soient identiques dans toute parcelle territoriale de notre pays, il est impératif de tenir compte des particularités du territoire si l'on veut être efficace et efficient.

Il serait trop long de détailler ici toutes les propositions avancées. Nous retiendrons trois commentaires, concrets, intéressants les professionnels de santé, tournés vers le futur et répondant à certains problèmes de pratique professionnelle en Outre-mer.

1°/ Développement de la télémédecine.

Outil indispensable de la démarche qualité-diagnostic et thérapeutique, la télémédecine joue un rôle incontournable dans le cadre de la démographie médicale. L'éclatement géographique est une des motivations de cette technologie. La France a la chance de pouvoir répondre à ce défi avec l'Outre-mer. Or il manque une volonté politique pour dépasser le stade expérimental. La France doit faire de la télémédecine une priorité dans le cadre de sa politique de santé.

2°/ Adaptation de la coopération interprofessionnelle.

La Haute Autorité de santé a publié en 2008 une recommandation définissant les freins et les conditions favorables à une dynamique d'évolution de la coopération interprofessionnelle en permettant de définir de nouvelles répartitions des tâches. La loi Hôpital-patient-santé-territoire (HPST) donnera la possibilité à certaines professions, comme les infirmiers, d'élargir leur champ

d'activité sans qu'elles soient dans l'illégalité, après accord de l'Agence régionale de santé (ARS), et selon les besoins régionaux.

3°/ Création des ARS.

La loi HPST prévoit la mise en place des ARS dont le but sera la meilleure gestion possible de l'offre et des ressources en fonction des besoins régionaux. Proches du terrain, elles doivent adapter les axes prioritaires de la politique de santé aux réalités et à la diversité territoriale. L'efficacité et l'efficience de cette nouvelle organisation dépendront de leur capacité à éviter toute dérive bureaucratique et purement comptable.

Enfin, il serait utile d'étudier les résultats de certaines expériences menées en Outre-mer, comme la veille sanitaire ou la télémédecine pour en faire bénéficier, en retour, la métropole.

Quant aux problèmes de recrutement et d'installation des professionnels de santé, nous sommes en accord avec toutes les mesures d'incitation qu'a soulignées l'avis. Nous pensons qu'il serait néanmoins utile d'envisager une étude auprès des professionnels de santé installés en Outre-mer pour savoir ce qui les motive à y demeurer. Ceci pourrait peut-être permettre un ciblage encore plus précis des mesures d'incitation.

Le groupe des professions libérales a félicité la rapporteure et a voté en faveur de l'avis.

Groupe de l'UNAF

Le groupe de l'UNAF rend hommage au rapporteur pour ce constat, dressé sans concession, avec précision et exhaustivité, de la situation sanitaire de chaque territoire, de chaque île, jusqu'aux plus éloignés de la métropole. Il le remercie pour être allé au bout de ce travail exigeant et ambitieux, absolument nécessaire pour éclairer les décideurs. Le groupe de l'UNAF soutient dans leur très grande majorité les propositions présentées dans l'avis.

Ainsi, le groupe de l'UNAF se retrouve dans toutes les voies d'amélioration communes à plusieurs collectivités.

Notamment, il faut que tout soit mis en œuvre pour développer la télémédecine. Si cela représente des investissements d'envergure en matière d'infrastructures, à commencer par le développement du très haut débit et des liaisons satellites, il faut voir quelle optimisation des ressources la télémédecine engendrera. Depuis longtemps déjà, l'éclatement géographique des collectivités d'Outre-mer aurait dû nous positionner à la pointe de cette technologie. Outre que le territoire métropolitain pourrait aussi en bénéficier, il s'agit avant tout pour l'État de « garantir un accès effectif aux soins sur l'ensemble du territoire », comme le pose en préalable la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui insiste aussi sur « la répartition territoriale homogène de cette offre ».

Par ailleurs, l'avis insiste, sur l'absolue nécessité de développer la prévention et l'éducation à la santé. Le groupe de l'UNAF remarque néanmoins que cette proposition est principalement orientée vers les institutions en charge de la prévention et de l'éducation à la santé. Or les familles ont aussi leur rôle à jouer ici, et il convient donc de rechercher leur engagement dans ce domaine, au risque sinon de mettre en péril l'efficacité des mesures d'incitation prises. Une éducation à la santé efficiente ne peut se faire qu'avec la participation de chacun et l'appropriation par chacun de l'objectif de maintenir son capital santé.

En second lieu, l'UNAF est particulièrement sensible à ce que les mêmes droits que ceux de la métropole existent dans les collectivités ultramarines. À titre d'exemple à Saint-Martin, les retards pris dans l'ouverture des droits, le non-versement des indemnités journalières et le non-remboursement des prestations en nature par la Caisse générale de Sécurité sociale de la Guadeloupe sont inadmissibles. Ils éloignent toujours davantage les populations les plus exposées et les plus démunies du droit d'accès effectif aux soins, pourtant garanti par la loi. Une attention particulière doit donc être portée aux moyens dévolus pour l'attribution des droits et la gestion des prestations avec un suivi des objectifs à atteindre pour revenir à une situation de droit commun.

Le groupe de l'UNAF est attaché à l'amélioration de la situation faite aux femmes. Par exemple, pour Saint-Barthélemy, l'avis attire l'attention sur la nécessité d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes obligées de se rendre à Saint-Martin ; de même pour les femmes polynésiennes des archipels éloignés qui doivent être évacuées vers Tahiti durant deux longs mois loin de leur famille. L'avis alerte également sur les violences faites aux femmes à La Réunion, en soulignant les efforts faits par l'État et la collectivité pour les endiguer. En tant que représentants des familles, nous sommes tout à fait reconnaissants au rapporteur d'avoir souligné la situation de ces populations fragiles.

Enfin, le groupe de l'UNAF reconnaît un grand mérite aux préconisations de cet avis. S'il rappelle qu'en métropole comme en Outre-mer chaque citoyen a les mêmes droits, cela doit se faire dans le respect d'un équilibre dans les moyens à trouver pour les garantir, en recherchant les adaptations nécessaires pour y parvenir. En somme, l'avis préconise la recherche du niveau pertinent d'action publique pour l'intervention la plus juste, selon le double mouvement du principe de subsidiarité et du principe de suppléance. Le groupe de l'UNAF soutient la méthode qui repose sur la mutualisation et l'échange de bonnes pratiques et a voté l'avis.

Groupe de l'UNSA

L'avis s'appuie sur un rapport qui fait un état des lieux préoccupant de l'offre de santé dans les collectivités ultramarines. Il faut néanmoins se méfier des raccourcis dans les exemples pouvant donner lieu à des généralisations dangereuses.

Alors qu'un travail important est fait pour valoriser ces régions, il ne faudrait pas que l'un des fondamentaux sur lequel se basent les touristes soit mis en exergue. Certes des problèmes de santé publique existent Outre-mer, mais il faut comparer de manière duale :

- d'une part avec les sociétés européennes ;
- d'autre part avec les pays environnants où la situation sanitaire, catastrophique, est la plupart du temps cachée afin d'éviter la fuite des touristes. Le paradis peut facilement en prendre un coup !

Quoi qu'il en soit, l'avis avance des solutions qui demandent à être mises en œuvre rapidement par les pouvoirs publics. Dans le cas contraire, le risque serait de se retrouver devant des situations demandant une gestion sanitaire, humaine et financière plus importante que le préventif.

Concernant la télémédecine, il serait opportun, compte tenu de la situation, que chaque personnel de santé devant s'installer dans ces territoires puisse avoir l'obligation d'être préparé spécifiquement en particulier dans le cadre de la formation préparatoire, l'exercice médical Outre-mer.

Dans le domaine de la coopération, les observatoires de l'immigration sont une bonne chose à condition qu'ils existent partout.

En matière d'immigration, les situations de Mayotte et de la Guyane ne doivent pas être vues comme une généralité. Elles sont diverses. Il faut en tenir compte en particulier dans le cadre des réactions des territoires ultramarins avec leur environnement régional.

En ce qui concerne le développement, l'utilisation conjointe (fongibilité) des fonds européens en particulier FED et FEDER, n'est toujours pas une possibilité courante.

Enfin, le coefficient géographique, établi par le ministère et utilisé pour abonder ou majorer les dotations budgétaires des établissements suivant leur situation régionale (difficultés, éloignement, etc.) doit être repensé : c'est une urgence. Dans l'état actuel, les établissements sont dans l'obligation de pratiquer une « gymnastique » complexe ayant des conséquences sur les patients.

L'UNSA reconnaît le travail effectué dans l'avis, mais aussi dans le rapport, pour informer et sensibiliser les pouvoirs publics et les différents acteurs de la santé. Elle adhère aux propositions avancées. Elle a donc voté l'avis.

ANNEXE À L'AVIS

SCRUTIN

Scrutin sur l'ensemble du projet d'avis

Nombre de votants.....188

Ont voté pour.....188

Le Conseil économique, social et environnemental a adopté.

Ont voté pour : 188

Groupe de l'agriculture - MM. Aussat, Barrau, Bastian, Baucherel, Bayard, de Beaumesnil, de Benoist, Chifflet, Mme Cornier, MM. Ducroquet, Giroud, Gremillet, Guyau, Mme Lambert, MM. Lemétayer, Lépine, Marteau, Pelhate, Pinta, Rougier, Sander, Thévenot, Vasseur.

Groupe de l'artisanat - MM. Duplat, Griset, Lardin, Liébus, Martin, Paillasson, Pérez.

Groupe des associations - Mme Arnoult-Brill, MM. Da Costa, Leclercq, Pascal, Roirant.

Groupe de la CFDT - Mmes Azéma, Boutrand, Collinet, MM. Heyman, Jamme, Mme Lasnier, M. Legrain, Mmes Nicolle, Pichenot, M. Quintreau, Mme Rived, MM. Vandeweegehe, Véroillet.

Groupe de la CFE-CGC - Mme Dumont, MM. Garnier, Labrune, Saubert, Van Craeynest, Mme Viguié, M. Walter.

Groupe de la CFTC - MM. Coquillion, Louis, Mme Simon, MM. Vivier, Voisin.

Groupe de la CGT - Mmes Bressol, Crosemarie, MM. Dellacherie, Delmas, Mme Donneddu, M. Durand, Mme Hacquemand, MM. Larose, Mansouri-Guilani, Michel, Muller, Rozet, Mme Vagner.

Groupe de la CGT-FO - MM. Bécuwe, Bilquez, Bouchet, Daudigny, Devy, Hotte, Mme Medeuf-Andrieu, M. Mazuir, Mmes Peikert, Perray, Pungier, M. Reynaud, Mme Thomas, M. Veyrier.

Groupe de la coopération - Mme Attar, MM. Budin, Fritsch, Grallet, Prugue, Thibous, Verdier, Zehr.

Groupe des entreprises privées - Mme Bel, MM. Creyssel, Daguin, Mme Felzines, MM. Ghigonis, Gorse, Jamet, Lebrun, Lemor, Marcon, Mariotti, Mongereau, Pellat-Finet, Placet, Roubaud, Salto, Simon, Talmier, Tardy, Veysset.

Groupe des entreprises publiques - MM. Ailleret, Blanchard-Dignac, Brunel, Chertier, Dupont, Mme Duthilleul, MM. Gadonneix, Marembaud.

Groupe des Français établis hors de France, de l'épargne et du logement - Mme Bourven, MM. Cariot, Clave, Feltz.

Groupe de la mutualité - MM. Caniard, Davant, Laxalt, Ronat.

Groupe de l'Outre-mer - Mme André, MM. Fuentes, Kanimoa, Ledee, Mme Moustoifa, MM. Omarjee, Osénat, Paoletti, Penchard, Radjou.

Groupe des personnalités qualifiées - MM. Aillagon, Aurelli, Baggioni, Mme Benatsou, MM. Boisgontier, Cartier, Mme Cuillé, MM. Decagny, Dechartre, Mmes Dieulangard, Douvin, MM. Duharcourt, Ferry, Figeac, Gentilini, Geveaux, Mmes Grard, Kristeva-Joyaux, MM. de La Loyère, Mandinaud, Masanet, Massoni, Nouvion, Obadia, Pasty, Plasait, Roulleau, Roussin, Slama, Sylla, Valletoux, Vigier.

Groupe des professions libérales - MM. Capdeville, Maffioli.

Groupe de l'UNAF - Mme Basset, MM. Brin, Damien, Édouard, Fresse, Guimet, Laune, Mmes Lebatard, Therry, M. de Viguerie.

Groupe de l'UNSA - MM. Duron, Martin-Chauffier, Olive.

RAPPORT

**présenté au nom de la section des affaires sociales
par Mme Jacqueline André-Cormier, rapporteure**

Le 8 juillet 2008, le Bureau du Conseil économique, social et environnemental a confié à la section des affaires sociales la préparation d'un rapport et d'un projet d'avis sur *L'offre de santé dans les collectivités ultramarines*.

La section des affaires sociales a désigné Mme Jacqueline André-Cormier comme rapporteure.

*
* *

Pour son information, la section a entendu :

- Mme Annie Podeur, directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ;
- Mme Françoise Weber, directrice générale de l'Institut de veille sanitaire ;
- M. François Baudier, directeur de l'URCAM Bourgogne Franche-Comté et médecin de santé publique ;
- M Jacques Lucbereilh, délégué adjoint, délégation générale à l'Outre-mer.

La rapporteure souhaite tout d'abord exprimer ses remerciements aux personnalités rencontrées pour leur concours éclairé et à l'ensemble des membres de la section des affaires sociales pour l'aide qu'ils ont apportée. Elle souhaite également adresser ses plus vifs remerciements à M. Jean-Philippe Hardy pour son concours précieux tout au long du travail accompli.

INTRODUCTION

Avec ses deux millions et demi d'habitants, l'Outre-mer se caractérise par une extraordinaire diversité. Au croisement des métissages historiques et culturels, les collectivités ultramarines apportent à la France une précieuse position géostratégique, un potentiel économique, une biodiversité maritime et terrestre d'une grande richesse.

L'Outre-mer français n'est pas un ensemble homogène. Certes, les onze collectivités ultramarines qui le composent ont des points communs. En effet, elles partagent l'éloignement, avec des contraintes géographiques fortes, l'insularité, à l'exception de la Guyane, ainsi qu'un développement économique fondé sur des spécificités tant historiques que géographiques. Elles ont également une dimension géopolitique d'importance du fait de leur présence dans l'Océan Indien, dans l'Atlantique Nord, dans la Caraïbe ou encore dans le Pacifique. À proximité de pays tels que le Canada, les États-Unis, les pays d'Amérique latine, la Nouvelle-Zélande et l'Australie, ces collectivités ont tissé des liens avec ces pays étrangers dans le cadre de la coopération régionale. Si la majorité des collectivités d'Outre-mer accusent un retard de développement par rapport à la métropole et à l'Europe, elles sont en revanche relativement prospères dans leur environnement géographique et de ce fait rendues attractives pour les populations des pays environnants, ce qui les expose à une immigration parfois massive comme à Mayotte ou en Guyane et dans les Antilles. Le taux de chômage est plus élevé qu'en métropole et les bénéficiaires des minimas sociaux peuvent parfois représenter plus du quart de la population des collectivités.

Si beaucoup de collectivités d'Outre-mer ont une population jeune (plus de 53 % des habitants de Mayotte ont moins de 20 ans), on constate cependant un vieillissement de la population, particulièrement en Martinique, en Guadeloupe, à Saint-Barthélemy et à Saint-Pierre et Miquelon. La répartition des populations diffère d'une Collectivité à l'autre. La Polynésie française, avec une Zone économique exclusive (ZEE) aussi étendue que l'Europe, est composée de 123 îles regroupées en cinq archipels, 76 îles étant habitées en permanence. Les Antilles et La Réunion connaissent un habitat regroupé. La Guyane a une superficie équivalente au sixième du territoire métropolitain avec une population essentiellement concentrée sur le littoral. Le nombre d'habitants est également très inégal d'une Collectivité à l'autre : La Réunion est le département le plus peuplé, avec 800 000 habitants ; à l'opposé, Saint-Pierre et Miquelon est la Collectivité la moins peuplée avec 6 231 habitants.

L'Outre-mer est certes extra européen au plan géographique ; il n'en demeure pas moins partiellement compris dans l'espace européen aux plans administratif et politique. La France est le seul État membre de l'Union européenne à disposer d'une diversité institutionnelle pour son Outre-mer. Deux statuts se côtoient : d'une part les Régions ultrapériphériques (RUP), statut dont

relèvent les Départements d'Outre-mer (DOM) que sont la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, ces départements étant pleinement intégrés à l'Union européenne et éligibles aux fonds structurels européens (FEDER et FSE) ; d'autre part les Pays et territoires d'Outre-mer (PTOM), statut dont relèvent les collectivités d'Outre-mer au sens de l'article 74 de la Constitution. Ces collectivités se trouvent dans une relation d'association avec l'Europe. Sont concernés par ce statut Wallis et Futuna, Saint-Pierre et Miquelon, depuis la loi organique de 2007. Mayotte, quant à elle, évolue vers une départementalisation suite au référendum du 29 mars 2009. La Nouvelle Calédonie et la Polynésie française ont un statut particulier dans la Constitution qui confère à leurs gouvernements un rôle exécutif entraînant une autonomie de gestion en matière de santé.

Garantir aux populations ultramarines un accès à la santé dans le respect des principes fondamentaux du système de santé français que sont la solidarité et l'égalité d'accès à des services de santé de qualité, quel que soit leur lieu de résidence, est l'un des grands défis que la puissance publique doit relever. Le Conseil économique, social et environnemental a choisi de s'intéresser à ce sujet de l'offre de santé dans les collectivités ultramarines au travers de la saisine adoptée par le bureau en date du 18 juin 2008.

On tombe malade là où l'on est, d'où l'importance du territoire, lieu où s'acquiert, se conserve et se retrouve la santé. L'environnement, les inégalités sociales, les conditions de travail, les habitudes de vie, l'héritage génétique influencent l'état de santé des populations et sont des facteurs à prendre en compte dans les politiques publiques de soins et de prévention.

Dans l'ensemble, l'espérance de vie est plus faible Outre-mer qu'en métropole. Cette inégalité traduit l'importance des comportements à risque et une forte mortalité évitable. Cependant, les problématiques économiques, sociales et sociétales se posent dans des termes différents d'une entité à l'autre.

Les collectivités ultramarines ont des points communs dans leur isolement avec la métropole qui induit un surcoût dans le domaine de la santé. En effet, les difficultés liées à la démographie médicale, les problèmes financiers des hôpitaux et des diverses structures liés à la sur rémunération des salariés mais aussi à l'achat des produits consommables se constatent dans chaque entité. La politique de santé de chaque Collectivité vise la qualité maximale dans la prise en charge des populations ; elle ne peut pas pour autant se décliner de manière identique.

Les collectivités d'Outre-mer ont développé des contacts avec des territoires proches ayant eux-mêmes des environnements sanitaires différents de ce que l'on trouve au niveau national. Les risques naturels, l'immigration, les maladies vectorielles et endémiques sont des réalités spécifiques à certaines de ces collectivités qui cumulent nombre de menaces devant impérativement être prises en compte dans la veille sanitaire. Tout d'abord existent les risques naturels tels que séismes et cyclones, les menaces liées au sous-développement

dues à l'absence d'accès à l'eau potable. Ensuite, la malnutrition et les problématiques de santé des pays en voie de développement côtoient des pathologies de pays développés à l'exemple des maladies de civilisation telles l'hypertension artérielle ou le cancer. Les menaces infectieuses sont très présentes ; la crise sanitaire liée au chikungunya a montré la rapidité d'émergence des maladies infectieuses et vectorielles. Ces régions ne sont également pas indemnes, à l'instar de la métropole, de menaces liées à l'environnement telles que la gestion des déchets, la pollution ou la circulation automobile.

La prévalence des maladies de civilisation, diabète, hypertension artérielle, obésité et cancer ainsi que le nombre important d'avortements et d'Infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH traduit l'insuffisance des politiques de prévention. La collecte d'une information fiable est parfois difficile, tant sur le champ épidémiologique que sur l'activité proprement dite.

Chaque Collectivité doit articuler des réponses avec l'extérieur pour assurer la continuité des soins, d'où une graduation dans la prise en charge sanitaire et la mise en place de filière de soins impliquant d'autres collectivités, la métropole ou encore des pays étrangers avoisinants. Chaque entité d'Outre-mer a construit sa politique de santé en fonction de la singularité de son environnement.

Ce rapport ne peut évidemment prétendre à l'exhaustivité au regard de la complexité et de l'ampleur du sujet traité. Il propose d'aborder l'Outre-mer sous l'angle de la santé, en présentant, pour chacune des collectivités, les réussites et les faiblesses du système de santé développé et en identifiant, comme le propose la saisine, les besoins spécifiques, les déficits dans les prises en charge et le socle de base indispensable pour garantir la sécurité sanitaire et une prise en charge sanitaire optimale des populations.

I - POLYNÉSIE FRANÇAISE

A - LE CONTEXTE

1. Situation géographique

La Polynésie française, située dans le Pacifique Sud, occupe une superficie globale de 3,5 millions de km², comparable à celle de l'Europe et comprise entre 7° et 28° de latitude sud et 134° et 155° de longitude ouest. Centre économique et administratif, l'île de Tahiti est distante de 18 000 kilomètres de Paris, de 8 800 kilomètres de Tokyo, de 6 600 kilomètres de Los Angeles, de 6 000 kilomètres de Sydney et de 5 000 kilomètres de Nouméa.

L'archipel, composé de 118 îles, ne dispose d'une surface émergée que d'environ 3 600 km². Ces îles sont regroupées en cinq archipels :

- l'archipel de la Société, de 1 600 km², à l'ouest de l'ensemble, réunit les îles du Vent (dont Tahiti et Moorea) et les îles Sous-le-Vent (dont Bora-Bora et Raiatea) ;
- l'archipel des Tuamotu, de 600 km² au total, se compose de 80 atolls coralliens répartis sur une vaste bande nord-ouest / sud-est ;
- l'archipel des Marquises, de 1 040 km², situé au nord, compte quatorze îles dont six habitées ;
- l'archipel des Gambier, de 40 km², prolonge au sud-est l'archipel des Tuamotu ;
- l'archipel des Australes, de 150 km², comporte cinq îles.

Les îles de la Société, comme les Marquises, les Australes et certaines îles des Gambier sont des îles hautes d'origine volcanique, culminant à Tahiti à plus de 2 000 mètres. Les îles basses, essentiellement dans les Tuamotu et les Gambier, sont des atolls possédant une étroite couronne de corail, sans relief, entourant un lagon.

Le climat est chaud et humide, tempéré par les alizés. L'alternance de saisons sèches et humides est relativement peu contrastée. La température moyenne annuelle est de 27° à Papeete.

2. Population

Le recensement de 2007 fait état d'une population de 259 596 habitants. La croissance démographique confirme son ralentissement continu depuis une trentaine d'années. Les Polynésiens sont concentrés sur les îles du Vent, Tahiti regroupant 69 % de la population totale de la Polynésie française. L'archipel de la Société rassemble 88 % des habitants.

Le taux de natalité connaît une évolution à la baisse sur les moyen et long termes, le nombre de décès restant stable.

La répartition des emplois par secteur évolue peu : le secteur tertiaire (47,3 %) et l'administration publique (32,4 %) demeurent les principaux employeurs du territoire. Le taux de chômage est de 11,7 %, supérieur à celui de la métropole mais inférieur à celui observé dans les autres départements ou collectivités d'Outre-mer. L'absence de système d'indemnisation peut toutefois fausser en partie les données.

3. Statut et organisation

Les différents archipels furent progressivement rattachés à la France dans les dernières décennies du XIX^e siècle. Territoire d'Outre-mer depuis la création de l'Union française en 1946, les Établissements français d'Océanie (EFO) prennent le nom de Polynésie française en 1957, le rattachement à la France étant confirmé par référendum en 1958.

En 1977 est adopté un statut conférant au territoire une autonomie de gestion, complétée par l'autonomie interne de 1984. En 1996 sont accordés des pouvoirs élargis, l'État français exerçant des compétences d'attribution recentrées sur ses missions de souveraineté. La loi organique de 2004 fait de la Polynésie française un pays d'Outre-mer au sein de la République. Ce pays se gouverne par ses représentants élus et par le référendum local. Il peut disposer de représentations (non diplomatiques) auprès d'États reconnus par la France.

L'organisation politico-administrative peut être synthétisée comme suit :

- un Haut-commissaire représente l'État ;
- l'Assemblée de la Polynésie française, élue au suffrage universel direct pour cinq ans et composée de 57 membres, vote les lois de pays ;
- le Président de la Polynésie française élu par l'Assemblée dirige le gouvernement qui assure la gestion au quotidien dans les matières relevant de la compétence du territoire ;
- un Conseil économique, social et culturel est consulté par le gouvernement et peut s'autosaisir ;
- deux sénateurs et deux députés sont élus sur le territoire.

B - L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET LES DÉFIS À RELEVER

1. Une compétence gouvernementale

Depuis plusieurs années, le gouvernement de la Polynésie française, compétent en matière de santé depuis 1984, consacre à la santé de sa population des moyens croissants afin de proposer une offre de soins de plus en plus développée. Grâce à une politique d'engagement des pouvoirs publics tournée vers la prévention et l'amélioration du système, l'état sanitaire de la population a considérablement progressé. Pour preuve la division par trois du taux de mortalité infantile ces vingt dernières années.

Le ministère de la Santé et de la prévention, en charge de la politique de la ville, met en œuvre les politiques. Pour ce faire, il a sous sa responsabilité :

- la Direction de la santé publique ;
- le Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF) ;
- l'Institut Malarde, centre de recherche et d'analyse ;
- le Faré Tamahau, centre pour adolescents.

Il a également à sa disposition en matière de prévention un organisme interministériel : l'Établissement public administratif de prévention.

Les orientations politiques visent à atteindre cinq objectifs principaux pour une couverture optimale des besoins de santé :

- l'équité dans l'accès aux soins ;
- la prévention et la promotion de la santé ;
- la qualité des soins ;
- l'information et la participation des usagers ;
- l'optimisation des ressources disponibles.

2. La Direction de la Santé

La Direction de la santé représente l'autorité de santé en Polynésie française et constitue l'un des services les plus importants de l'administration du pays, tant par l'ampleur des missions qui lui sont dévolues que par la responsabilité de leur mise en œuvre en tout point du pays.

Déployant une offre publique de soins préventifs et curatifs, elle représente le seul recours sanitaire possible pour certaines populations et bénéficie de moyens humains (1 162 agents au total) et financiers conséquents. Elle met en œuvre la politique de santé définie par les pouvoirs publics, élabore, applique et évalue les programmes et actions de santé publique et planifie et régule l'offre de soins.

Les domaines de son intervention recouvrent la protection de la santé et la prévention, la veille et la sécurité sanitaire, la préparation et le suivi du Plan pour la santé et du Schéma d'organisation sanitaire, l'inspection et le contrôle de la qualité des soins.

Sur le terrain, elle dispose de subdivisions sanitaires (une par archipel) et de trois formations sanitaires sur les îles du Vent, d'un Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et d'un Centre d'hygiène et de salubrité publique. Elle gère plus d'une centaine de structures dispensatrices de soins préventifs et curatifs réparties dans les cinq archipels de la Polynésie française, sous la forme de postes de secours, de dispensaires, de centres de santé médicaux et infirmiers et d'hôpitaux périphériques. À Tahiti sont regroupés des centres de consultations spécialisées : protection maternelle et infantile, hygiène et santé scolaire, hygiène dentaire, psychiatrie infanto-juvénile, alcoologie et toxicomanie.

Le secteur privé compte trois cliniques à Papeete (211 lits au total).

3. La politique de prévention

Elle a été confiée à l'Établissement public administratif pour la prévention (EPAP). Cet organisme est chargé de mettre en œuvre tout programme de prévention touchant à la santé, à l'éducation, à la jeunesse. Ses ressources ont été largement amputées récemment par la suppression de taxes sur la production et la consommation d'alcool et de produits sucrés qui alimentaient son budget. L'enveloppe budgétaire qui lui est allouée, réduite de moitié, semble néanmoins traduire les ambitions affichées.

Les programmes de l'EPAP dans le domaine de la santé découlent d'un arrêté de 2003 :

- dépistage des cancers gynécologiques ;
- lutte contre l'obésité ;
- lutte contre les affections respiratoires ;
- vie saine et environnement ;
- maisons de la prévention ;
- lutte contre les maladies transmissibles ;
- accompagnement de la petite enfance.

Outre ces priorités, le département des programmes de prévention de la Direction de la santé gère également des actions concernant la tuberculose, les vaccinations, la dengue, la filiarose lymphatique, le VIH/SIDA, les conduites addictives et la promotion de la vie saine. Mais les problèmes de santé les plus fréquents sur le territoire sont les maladies de surcharge, obésité et diabète.

Un document de référence retrace les grandes orientations à partir d'une définition de la prévention centrée sur la qualité de vie, l'environnement sain et le bien-être social et familial, l'enjeu résidant dans l'appropriation de la démarche intersectorielle par l'ensemble des acteurs et partenaires.

Les subdivisions et formations sanitaires relaient l'ensemble de ces activités. La Direction de la santé accomplit en effet ses missions de prévention en complémentarité avec ses missions de médecine de proximité, ce qui constitue son originalité dans le système de soins polynésien et lui confère une position privilégiée dans le secteur, devant d'importants défis à relever et des contraintes fortes liées en particulier à la dispersion géographique des populations et à la gestion des nombreuses structures rattachées.

Un observatoire territorial de la santé existe sur le papier mais ne fonctionne pas dans la réalité.

4. La Protection sociale généralisée (PSG)

Un système universel de protection sociale a été mis en place dès 1995, avec pour ambition affichée d'offrir à chaque Polynésien une couverture sociale de la naissance à la mort. Le taux de couverture est aujourd'hui de plus de 98%.

La Caisse de prévoyance sociale (CPS) gère ce système financé par les cotisations sociales, le budget de la Collectivité et l'État, la part de ce dernier allant décroissant. L'ensemble s'articule autour de quatre régimes : le régime général des salariés, le régime des non-salariés, le régime dit de « Sécurité sociale » (qui couvre les fonctionnaires et retraités d'État) et le régime de solidarité de la Polynésie française. Ce dernier permet aux plus démunis d'accéder aux structures de soins et de bénéficier de prestations familiales ainsi que d'une allocation minimale pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

La PSG représente environ 17 % du PIB du pays, avec une augmentation progressive des charges liées à l'allongement de l'espérance de vie (plus six ans en vingt ans), au vieillissement démographique (9 % de personnes de plus de 60 ans), aux progrès de la médecine et au traitement de pathologies lourdes (forte prévalence du diabète, oncologie, greffes...), mais également aux nouvelles exigences sociétales de qualité des soins et de la prise en charge.

Des plateaux techniques encore insuffisants pour assurer à chacun cette exigence de qualité engendrent une augmentation des évacuations sanitaires. Évacuations internationales au nombre de 700 vers la métropole (80 %) et la Nouvelle-Zélande (20 %) pour un coût annuel de 27 millions d'euros, mais aussi, en forte progression, évacuations interinsulaires au nombre de 25 000 pour un coût annuel de 8 millions d'euros.

5. Les principales données en matière de santé

Les principales causes de mortalité en Polynésie française sont comparables à celles de la métropole.

Maladies cardio-vasculaires (26 %) et tumeurs (24 %) sont responsables à elles seules de la moitié des décès. Les cancers les plus fréquents concernent le poumon et la prostate chez l'homme, le sein et la thyroïde chez la femme. Leur augmentation peut s'expliquer à la fois par le vieillissement de la population et par l'amélioration des techniques de détection. Les accidents de la route sont la première cause de mortalité des jeunes de 15 à 25 ans et la deuxième des hommes, tous âges confondus, avec des conséquences humaines, économiques et sociales très lourdes. Un autre problème majeur de santé publique réside dans le suicide des jeunes. La forte prévalence du diabète, de l'obésité, de la surcharge pondérale suscite des complications médicales de plus en plus nombreuses.

La densité médicale est de 237 médecins pour 100 000 habitants, supérieure aux autres territoires ultramarins mais inférieure à celle de métropole (341). Cette densité générale masque cependant de très fortes disparités entre les archipels, l'essentiel des praticiens étant concentré sur Papeete et Tahiti.

C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME

1. Un maillage du territoire assurant à tous une porte d'entrée au système de soins

Prise en charge adaptée aux besoins des populations et meilleure efficience de l'offre sont assurées par une organisation des soins structurée en cinq niveaux.

Un niveau de proximité immédiat comprend les structures et professionnels de santé des secteurs public et libéral intervenant sur les lieux de vie de la population. Il comprend des équipements (lits d'observation de courte durée, matériel d'urgence) permettant la prise en charge du patient dans l'attente d'un transfert vers un niveau supérieur. Ce niveau est représenté de manière quasi-exclusive par l'offre de soins publique dans trois archipels (Australes, Marquises et Tuamotu-Gambier) et par le secteur public et le secteur libéral dans les Îles Sous le Vent et les Îles du Vent.

Un niveau de proximité renforcée comporte les équipements, l'environnement humain et le plateau technique nécessaire pour répondre aux besoins d'hospitalisation des patients : hospitalisation complète de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), hospitalisation partielle (de jour), soins de suite (moyen séjour) et de longue durée (long séjour). Ce niveau est représenté par les structures hospitalières périphériques d'Uturoa (île de Raiatea dans les Îles Sous le Vent), de Taiohae (aux Marquises), de Taravao (est de Tahiti) et de Moorea (Îles du Vent).

Un niveau de référence englobe le secteur ambulatoire spécialisé public et privé et les activités spécialisées de structures d'hospitalisation. Ce niveau est représenté par les médecins spécialistes publics (hôpitaux périphériques de la Direction de la santé, centre de la mère et de l'enfant, centre hospitalier territorial, service de psychiatrie adulte, service de psychiatrie infanto-juvénile), les médecins spécialistes du secteur privé et les établissements de santé ou services spécialisés (cliniques).

Un niveau territorial assure des activités de soins n'existant que sur un seul site sur le territoire. Ce niveau est représenté par le Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF). L'offre de soins y est comparable à celle d'un CHU métropolitain.

Un niveau extraterritorial pratique des activités diagnostiques et thérapeutiques n'existant pas dans le pays et pour lesquelles une évacuation sanitaire du patient est nécessaire. Ce niveau est représenté par les hôpitaux métropolitains et néo-zélandais.

Cette organisation permet de constituer des filières de soins selon la discipline, la pathologie ou la population prise en charge, à l'intérieur comme à l'extérieur du territoire. La mise en réseau de l'offre de soins garantit la continuité des soins, optimise les ressources humaines et les équipements, limite les redondances de prestations et de prescriptions.

2. Des projets ambitieux : nouveau centre hospitalier et contrats de projets

L'effort de modernisation et d'amélioration du système de soins se poursuit.

D'une part, la construction d'un nouvel hôpital d'une capacité de 547 lits sur le site de Taaone est en voie d'achèvement, avec une ouverture prévue en milieu d'année 2009 après d'importants retards de chantier. Cet établissement, à la capacité d'accueil accrue, constitue un outil à la pointe de la technologie médicale dans la prise en charge des pathologies lourdes : cancer (un service d'oncologie a été ouvert dès 2005 au sein de l'actuel hôpital), radiothérapies, médecine isotopique. Des plus considérables en sont attendus en termes d'hygiène, d'étendue de l'offre, d'équipements (avec deux accélérateurs de particules à modulation d'intensité). Le niveau technique, comparable à celui de la métropole, devrait dans cette mesure conduire à une diminution significative des évacuations sanitaires (coûteuses sur le plan financier comme social du fait de la séparation familiale) sur la métropole ou la Nouvelle-Zélande, ce qui contrebalancerait son surcoût de fonctionnement. Il pourrait également être utilisé par d'autres pays du Pacifique sur la base de conventions de prise en charge qui restent à négocier.

D'autre part, afin d'améliorer l'ensemble des niveaux de soins et d'investir dans des secteurs délaissés comme la santé mentale, une convention passée entre l'État et la Polynésie française fixe le cadre des engagements mutuels pour la période 2008-2013. La programmation du volet santé répond à l'objectif global suivant : « améliorer la couverture sanitaire territoriale conformément aux recommandations du Schéma d'organisation sanitaire (SOS) ». Quatre objectifs spécifiques sont déclinés dans ce cadre :

- le renforcement de l'offre de proximité : construction de centres de santé et de logements, construction d'un centre de dialyse à Uturoa, entretien des infrastructures, augmentation des missions médicales et dentaires, formation des professionnels de santé, création d'un centre de soins et d'accompagnement en alcoologie et toxicomanie, dépistage et prise en charge précoces du handicap chez l'enfant, mise aux normes des hôpitaux de proximité ;
- l'offre de santé en santé mentale : création d'unités psychiatriques, construction de centres médico-psychologiques à Tahiti et dans les îles, création d'unités d'hospitalisation pour les enfants et les

adolescents, ouverture de centres pour la psychiatrie adulte et infanto-juvénile ;

- le réseau de secours et de soins d'urgence : renforcement des équipements, ouverture d'un centre d'enseignement aux soins d'urgence ;
- la veille sanitaire et la lutte anti-vectorielle : développement de projets de recherche, renforcement des moyens de la Direction de la santé.

L'engagement financier de chacun des partenaires se monte à 33,8 millions d'euros. Malheureusement, la forte part représentée par des dépenses de fonctionnement fait planer un doute sur la pérennité des actions après 2013.

Enfin, il convient de signaler qu'un audit est en cours, mené par l'Inspection générale de l'administration de Polynésie française, ayant pour objectif l'optimisation de l'offre de soins. Quatre thèmes de travail ont été retenus dans ce cadre : la mise à plat des besoins en soins (il peut sembler paradoxal que cette réflexion fondamentale n'ait pas été conduite en amont des réalisations actuelles), la révision de la gouvernance du Centre hospitalier de Polynésie française, le coût des prestations, notamment dans le secteur libéral, et un état des lieux de l'offre de soins de la Direction de la santé.

D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE

1. Les disparités géographiques : isolement et problèmes de transports

Il n'est que de regarder une carte de la Polynésie française pour réaliser les énormes contraintes que font peser sur le système de santé la dispersion géographique des populations et l'éloignement entre les îles. La principale difficulté réside donc dans le maintien d'une qualité d'accès aux soins de proximité dans l'ensemble des archipels.

Le maillage du territoire est adéquat et la régulation par le 15 apporte soutien et conseil aux personnels isolés, mais l'égalité d'accès aux traitements est mise en brèche par les problèmes de transports. En cas d'évacuation sanitaire, tout part de Papeete, aucun avion sanitaire n'étant basé sur les îles. Les délais d'acheminement des patients sont donc importants.

Certaines situations illustrent à l'extrême les difficultés rencontrées. À Rapa, dans l'archipel des Australes, un bateau accoste une fois par mois et seul un Super Puma de l'armée peut accéder en cas d'urgence et après une escale. Uniquement deux missions peuvent être organisées dans l'année (grâce à l'intervention logistique de l'armée). Aux Marquises, l'accès aux soins a régressé puisque l'hélicoptère privé auquel il était fait appel n'assure plus les évacuations qui sont effectuées par bateau de pêche. La dureté au mal et le fatalisme font sans doute supporter des situations qui seraient jugées inacceptables en métropole.

Dans l'archipel des Tuamotu-Gambier, dont la population est trois fois supérieure à celle des Australes et deux fois supérieure celle des Marquises, la densité médicale est de loin la plus faible. Seuls deux libéraux sont installés à Rangiroa. Sur les cinq centres médicaux existants, seul un médecin est actuellement en poste, même si deux infirmiers sont bien présents sur chaque site. Chacune des dix infirmeries est également pourvue d'un professionnel de santé. Restent vingt-neuf postes de secours gérés par des auxiliaires de santé qui peuvent être assimilés à des secouristes, peu aptes à établir des diagnostics ou même à appliquer avec rigueur les posologies médicamenteuses. Sur trente-trois aérodromes, six seulement peuvent permettre aux avions ATR d'atterrir, trois sont balisés pour la nuit. Il faut cinq heures pour envoyer un avion d'évacuation aux Gambier à partir de Papeete. Encore celui-ci ne peut-il décoller de Papeete après treize heures puisqu'un atterrissage de nuit sur l'île principale n'est pas envisageable.

Il convient de souligner en outre qu'en cas d'évacuation sanitaire sur Papeete, aucun accueil n'est prévu pour les accompagnants (une petite structure d'hébergement est prévue à proximité du futur hôpital).

Des solutions doivent être explorées :

- le développement des équipes médicales itinérantes sur les archipels. Des missions régulières des médecins des centres des Tuamotu seraient envisageables si l'ensemble des postes étaient pourvus. Encore faudrait-il sans doute doubler les postes ;
- des missions plus nombreuses des médecins du Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF). Un rapprochement entre le CHPF et la Direction de la santé est dans cette mesure nécessaire ;
- une évolution du statut des infirmiers afin de leur permettre, en toute légalité, de pratiquer des actes médicaux ;
- l'acquisition d'un hélicoptère biturbines, capable de voler de nuit, permettant des transferts d'urgence en toute sécurité ;
- le développement de la prévention. La création de centres de santé intégrés comprenant une cellule de prévention de la santé, expérimentée à Moorea, offrirait la possibilité de réconcilier préventif et curatif au plus près des populations.

2. Difficultés de recrutement et statut des professionnels de santé

Le maillage des antennes de santé sur les différentes îles trouve son origine dans le système de santé militaire dont la Polynésie a hérité les compétences au travers du statut de 1984.

L'objectif en termes de maillage est de pouvoir disposer d'un centre médical, doté d'un médecin et d'un infirmier, pour chaque site isolé d'au moins 1 000 habitants, et d'une structure avec un infirmier pour chaque site d'au moins 300 habitants. En deçà, l'entrée dans le système de santé se fait par un auxiliaire de santé, au minimum par un agent communautaire dans un poste de secours.

Mais le recrutement reste problématique. La suppression des VAT a provoqué l'attrition de la présence médicale sur les archipels. L'attractivité ne semble pas suffisante, en raison du salaire comme du statut proposés, de l'isolement des postes, des temps et charges de travail. Un médecin isolé doit, en sus de son activité de soins, assumer une mission de management et de gestion (des stocks, des équipements, de la logistique). À ceci s'ajoutent les lourdeurs administratives inhérentes à la fonction publique territoriale et un plan de formation continue difficile à mettre en œuvre, alors que la perte de compétence et de technicité constitue le risque principal pour les personnels. Le déficit de médecins sur les archipels est patent et le turnover très élevé.

Peu d'échanges ont lieu entre CHPF et hôpitaux périphériques, alors même qu'il conviendrait de renforcer les synergies. Les remplacements posent problème en raison des statuts différents des personnels. Une évolution vers un statut commun serait dès lors souhaitable. Ceci aurait à tout le moins le mérite de faire évoluer les mentalités de certains médecins hospitaliers peu désireux de s'impliquer sur les archipels. Une modification de leurs contrats de travail incluant certaines contraintes dans ce domaine pourrait être étudiée.

Peu de médecins libéraux sont installés en dehors de Tahiti alors même qu'un gel des conventionnements y a été mis en place.

Les difficultés de recrutement peuvent amener à s'interroger sur la possibilité de mettre en place un statut particulier d'infirmier en poste isolé et de changer la réglementation pour permettre la pratique par des infirmiers de certains actes médicaux en offrant la formation correspondante au sein d'un centre d'adaptation à l'emploi. Un tel centre existe déjà à Moorea mais son activité peut pour le moment être qualifiée d'illégal. En effet, outre l'organisation de stages pour les médecins en poste isolé, cette institution forme les personnels paramédicaux à certains actes médicaux avant leur prise de poste dans les archipels. Cette préoccupation pourrait rejoindre celle de pays développés connaissant des situations géographiques d'isolement. Un questionnaire est actuellement en cours en Allemagne et au Royaume-Uni pour répondre à la raréfaction de l'offre de soins. Le rapport Galland en 2004 aborde cette problématique, sans d'ailleurs évoquer le cas de l'Outre-mer qui constituerait pourtant un possible champ d'expérimentation. L'égalité d'accès aux soins en dépend.

Certaines pistes doivent être fouillées, comme l'envoi de médecins libéraux généralistes ou spécialistes en mission pour le compte de la Direction de la santé.

3. Une santé mentale en déshérence

Dans le secteur de la psychiatrie, la demande est forte mais l'offre extrêmement réduite et la Polynésie française souffre d'un retard important. Rien n'existe dans les archipels en dehors de quelques missions de psychiatres pour les adultes. Cinq lits pour enfants et adolescents sont prévus au sein du futur hôpital territorial, 25 jeunes peuvent être accueillis en hôpital de jour, la Direction de la santé ne dispose que de trois pédopsychiatres. La poly-consommation alcoolique et toxicologique des jeunes, problème pourtant prioritaire de santé publique, ne peut de ce fait guère être traitée. L'autisme n'est pas pris en charge.

La santé mentale n'est d'ailleurs pas le seul domaine dans lequel beaucoup reste à faire. La prise en charge du handicap, par exemple, est encore balbutiante. Aucun schéma médico-social n'a été élaboré et aucune ligne budgétaire ne lui est dédiée.

L'augmentation de l'espérance de vie devrait mener à s'interroger sur les conséquences et la gestion du vieillissement, alors même qu'il n'existe pratiquement aucune structure adéquate. Seuls vingt lits de long séjour sont disponibles à Taravao, sur l'île de Tahiti, ainsi qu'une maison de retraite de vingt places pour l'ensemble de la Polynésie française. Ceci conduit à confier les personnes âgées à des familles d'accueil non spécialisées qui reçoivent jusqu'à quinze pensionnaires, comme cela est le cas pour la psychiatrie,

4. L'accouchement : problèmes de famille et d'état-civil

L'impossibilité d'accoucher autre part que dans un hôpital pour des raisons de sécurité peut poser des problèmes sociaux et familiaux. Le transport en avion vers un lieu médicalisé implique un éloignement de plusieurs mois de la future mère. Ceci provoque parfois l'éclatement du couple. Dans la famille, les autres enfants sont souvent laissés à eux-mêmes. À proximité du lieu d'accouchement, seule la solidarité, en déclin, de la famille éloignée, assure un hébergement aux mères. L'ensemble conduit souvent à une limitation du nombre d'enfants à deux ou trois par famille. Au final, le coût pour le système ne tient pas compte de l'ensemble des facteurs.

Une réflexion sur la création de centres de naissance plus proches des lieux de vie mériterait d'être conduite, afin d'éviter d'avoir à opérer un choix entre risques obstétricaux et risques familiaux et sociaux.

La question est également posée, commune à de nombreux territoires ultramarins, de l'inscription des nouveaux nés à l'état-civil de Papeete ou de quelques autres communes. Pratiquement plus aucun enfant ne naît ni n'est enregistré sur de nombreuses îles, au grand dam des autorités locales. Est en outre parfois évoqué le problème du montant des dotations aux communes, pour l'ouverture de classes d'école, basées sur le recensement des naissances.

II - NOUVELLE-CALÉDONIE

A - LE CONTEXTE

1. Situation géographique

Située dans le Pacifique Sud, à 1 500 kilomètres à l'est de l'Australie et à 1 800 kilomètres au nord de la Nouvelle-Zélande, la Nouvelle-Calédonie se trouve au sud de la Mélanésie, à plus de 2 500 kilomètres de la Papouasie-Nouvelle-Guinée et à 600 kilomètres de l'archipel du Vanuatu. Elle est éloignée de 18 000 kilomètres de la métropole, de 5 000 kilomètres de Tahiti, de 10 000 kilomètres des États-Unis et de 7 500 kilomètres du Japon.

L'archipel dispose d'une superficie de 18 575 km² pour une zone économique exclusive de 1 386 588 km². Il se compose au principal de la Grande Terre, d'environ 400 kilomètres sur 40, de l'île des Pins qui la prolonge au sud-est, de l'archipel des Belep qui la prolonge au nord-ouest et des Îles Loyauté (Lifou, Maré, Ouvéa, Tiga) sur un axe parallèle à celui de la Grande Terre à l'est.

La Grande Terre, constituée de terrains sédimentaires, est partagée par une chaîne centrale culminant au nord comme au sud à un peu plus de 1 600 mètres. Son sol renferme de nombreuses substances métalliques et notamment d'importantes réserves de nickel. Les Îles Loyauté sont d'anciens atolls soulevés, à relief plat et sans végétation forestière ni cours d'eau.

Le climat est tropical avec une période chaude et humide de novembre à mars et une période plus sèche de juin à août reliées par deux courtes périodes de transition. Il est modéré par l'influence océanique et des alizés qui explique une température moyenne annuelle de 23° C. La pluviométrie est fortement hétérogène, pouvant atteindre sur le nord-est de la Grande Terre trois fois les valeurs de la côte ouest. Des épisodes de sécheresse dus à l'effet climatique El Nino surviennent régulièrement. Le risque cyclonique existe de décembre à avril, le dernier cyclone ayant touché la Nouvelle-Calédonie, Erica, datant de mars 2003.

2. Population

Lors du dernier recensement de 2004, la Nouvelle-Calédonie comptait 230 789 habitants pour une densité de 12,4 habitants par kilomètre carré. La province sud concentre plus des deux tiers de la population totale, le grand Nouméa, à lui seul, en rassemblant plus de 63 %.

Près de 45 % de la population est âgée de moins de 25 ans, même si les moins de 15 ans voient leur poids relatif décroître progressivement. L'âge moyen augmente en conséquence pour atteindre un peu plus de 30 ans, la tendance à long terme d'une baisse de la natalité se confirmant.

Le taux de chômage de 16,3 % cache de profondes disparités, puisqu'il est de 28,4 % pour la province nord et culmine à 38,9 % dans la province des Îles Loyauté.

3. Statut et organisation

La Nouvelle-Calédonie est devenue Territoire d'Outre-mer en 1946.

Entre 1976 et 1988, elle a connu cinq statuts différents, sources d'insatisfaction et de troubles parfois graves. Les accords de Matignon du 26 juin 1988 ont assuré une période de stabilité de dix ans. L'accord de Nouméa de 1998 se situe dans le prolongement de cette démarche, qui prévoit sur une période de vingt ans le transfert progressif de certaines compétences de l'État et la mise en place de nouvelles institutions existant aujourd'hui : congrès, gouvernement, Sénat coutumier, Conseil économique et social. La Nouvelle-Calédonie est aujourd'hui un pays d'Outre-mer.

À partir de 2014 et au plus tard à l'issue de cette période de vingt ans, les citoyens du corps électoral restreint (personnes arrivées en Nouvelle-Calédonie avant le référendum du 8 novembre 1998 sur l'accord de Nouméa et pouvant justifier de dix ans de résidence sur le territoire) se prononceront sur le transfert à la Nouvelle-Calédonie des compétences régaliennes.

L'organisation politico-administrative découle d'une loi organique de 1999, fixée par les articles 76 et 77 de la Constitution. Elle peut être synthétisée comme suit :

- un Haut-commissaire représente l'État ;
- le Congrès, composé de 54 membres élus au suffrage universel, constitue l'assemblée délibérante et vote des lois de pays ;
- le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, élu par le Congrès et responsable devant lui, joue le rôle d'exécutif du territoire ;
- les provinces, au nombre de trois (Nord, Sud et Îles Loyauté), sont compétentes dans toutes les matières qui ne sont pas explicitement réservées à l'État, à la Nouvelle-Calédonie ou aux communes ;
- les communes ne sont pas touchées par le statut et leurs compétences sont toujours définies par les textes en vigueur. Toutefois, à partir de 2009, les règles relatives à l'administration des communes peuvent être transférées à la Nouvelle-Calédonie ;
- conformément à la loi organique, d'autres institutions complètent le dispositif : Sénat coutumier, Conseil économique et social, Comité consultatif des mines et Conseil des mines ;
- un sénateur et deux députés sont élus sur le territoire ;
- un conseiller siège au Conseil économique, social et environnemental.

B - L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET LES DÉFIS À RELEVER

1. Une compétence provinciale confiée en partie au gouvernement

Comme il vient d'être précisé, les provinces exercent des compétences dans les matières non explicitement réservées aux autres institutions. C'est le cas du domaine de la santé, dans lequel les compétences ont été initialement dévolues aux provinces. Ceci constitue sans nul doute la principale originalité du système, qui explique certaines disparités d'organisation et de traitement.

Cependant, devant les difficultés à gérer le système de soins, une convention passée entre les provinces et le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie confie à ce dernier la gestion des hôpitaux et des projets hospitaliers de développement. Il l'exerce par l'intermédiaire du ministère de la Santé et de sa Direction des affaires sanitaires et sociales (DASS), qui assure également le contrôle des hôpitaux et cliniques et veille à leur complémentarité.

La médecine de proximité, notamment au travers des dispensaires, relève de chaque province. Dans chacune d'entre elles, l'Assemblée provinciale est souveraine sur ce sujet, les vice-présidents en charge de la santé et des affaires sociales mettant en œuvre les orientations et politiques définies sur le terrain. L'administration responsable est la Direction provinciale des affaires sanitaires et sociales (DPASS Nord, DPASS Sud et DPASS des Îles Loyauté).

La protection sociale est assurée par la Caisse générale de Sécurité sociale autonome (CAFAT).

2. La prévention : une préoccupation récente

En l'absence d'observatoire de la santé sur le territoire et donc de centralisation des données, qui sont disponibles au sein de chaque province (des observatoires ont été créés officiellement dans les provinces nord et sud mais fonctionnent fort peu), la politique de prévention est confiée à l'Agence sanitaire et sociale, établissement public administratif de création récente placé sous la tutelle du gouvernement et créé à l'origine à la fois pour regrouper des fonds destinés aux futurs projets hospitaliers et pour définir les priorités en matière de prévention. Elle propose une sorte de programme commun pouvant se décliner en fonction des priorités propres des provinces, qui sont représentées au sein de son conseil d'administration et peuvent bénéficier de moyens et d'assistance en termes de formation.

Les principaux thèmes d'action, programmes prioritaires territoriaux, qui rejoignent évidemment les pathologies constatées sur le territoire, peuvent être synthétisés comme suit :

- cancers, notamment du sein et du col de l'utérus, en prévention primaire et en dépistage (des unités mobiles de dépistage et de prévention circulent dans les provinces) ;

- diabète, extrêmement répandu en Nouvelle-Calédonie et qui fait l'objet d'une opération d'éducation des patients et d'actions de prévention alimentaire ;
- tuberculose, l'accent étant surtout mis dans les Provinces nord et des Îles Loyauté ;
- VIH, dont la politique de prévention s'est révélée historiquement convaincante ;
- addictions : alcool, cannabis (la consommation chez les jeunes provoque une augmentation des troubles psychiatriques et des internements au CHS) ;
- pathologies respiratoires ;
- vaccinations.

3. Les principales données en matière de santé

Le secteur de la santé et de l'action sociale emploie 2 555 professionnels en Nouvelle-Calédonie.

Le taux de mortalité infantile marque un retard par rapport à la métropole, alors que le taux de mortalité y est inférieur en raison de la jeunesse de la population. Le taux de natalité est sensiblement plus élevé qu'en métropole.

Les principales causes de décès sont liées :

- aux tumeurs malignes ;
- aux maladies de l'appareil circulatoire ;
- aux lésions traumatiques ;
- aux maladies de l'appareil respiratoire ;
- aux accidents de la route.

Certaines pathologies sont particulièrement présentes en Nouvelle-Calédonie :

- le Rhumatisme articulaire aigu (RAA), fréquent chez les enfants et adolescents ;
- le diabète et l'obésité, sources de maladies cardio-vasculaires ;
- les maladies vectorielles : dengue, leptospirose ;
- les conséquences de l'amiante environnementale font l'objet d'un suivi et d'une évaluation.

Le territoire combine la présence d'affections de pays pauvres (tuberculose, foyers de lèpre, certes en diminution) en raison d'une certaine forme de précarité et de marginalisation des populations, notamment en dehors du grand Nouméa, et de pathologies de pays riches (hypertension, diabète, obésité), conséquences d'une occidentalisation trop rapide des modes de vie.

La densité de médecins généralistes et spécialistes (d'environ 70 % de la densité métropolitaine), en augmentation constante, cache d'importantes disparités, la plupart des professionnels étant concentrés dans la province Sud et surtout le grand Nouméa, et ce malgré une régulation des conventionnements mise en place depuis plus de dix ans.

À titre d'exemple, la densité de médecins généralistes dans les provinces sud, nord et des Îles Loyauté est respectivement de 268,3, 117,6, et 97,9 pour 100 000 habitants (pour mémoire, elle est de 166 en métropole). Pour ce qui est des spécialistes, la densité est de 150,7 pour 100 000 habitants dans la province sud contre 30 seulement dans la Province nord (174 en métropole), la province des Îles Loyauté ne comptant absolument aucun spécialiste.

4. Les évacuations sanitaires

Les évacuations s'opèrent traditionnellement vers l'Australie en priorité (89 %), vers la métropole ensuite.

Le nombre de ces évacuations est en baisse continue, de plus de 30 % depuis 2004. Cette baisse s'explique notamment par la mise en place d'un plateau de coronographie au sein du Centre hospitalier territorial.

Les pathologies concernées sont principalement les tumeurs avec recours à la radiothérapie, les maladies du système nerveux, les maladies de l'œil, les affections cardiaques ou de l'appareil circulatoire.

C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME

1. Une offre hospitalière de grande qualité

Cette offre hospitalière, large et complémentaire, permet d'assurer un haut niveau de qualité de traitement aux patients du territoire. Les structures font entendre leur voix dans le cadre de la Fédération hospitalière de France du Pacifique Sud dont l'ambition première est de défendre les valeurs de l'hôpital public français.

1.1. Le Centre hospitalier territorial (CHT) Gaston Bourret

Il offre, sur quatre sites, un large éventail de soins reposant sur un plateau de haute technicité. Sont disponibles 430 lits en hospitalisation de court séjour, 34 en moyen séjour, 15 en long séjour et 28 en hospitalisation de jour.

Avec 130 praticiens et un budget doublé en dix ans, les spécialités proposées font du CHT l'équivalent d'un CHU métropolitain, pour une population néo-calédonienne globale d'un peu plus de 230 000 habitants : médecine, chirurgie, obstétrique, réanimation et soins intensifs. Les médecins spécialistes assurent des missions dans les provinces nord et les Îles Loyauté. Trois cliniques, sur Nouméa, proposent un total de 204 lits.

Le Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) intervient efficacement, mais une seule équipe ne suffit parfois pas à satisfaire avec assez de célérité les besoins des provinces en évacuations sanitaires internes.

Les vacances de spécialistes dans les provinces doivent être améliorées. Elles passent sans doute par des postes dédiés aux provinces, une fois résolu le problème primordial des transports.

La collaboration avec Sydney est excellente et permet des évacuations sanitaires de qualité.

Un projet ambitieux, le « Médipôle de Koutio », doit permettre de regrouper sur un site l'ensemble des activités à l'horizon 2013. La capacité passerait dès lors à 537 lits de court séjour, à 80 places de moyen séjour et à 71 places d'hospitalisation de jour. L'accent sera mis sur le développement du centre de radiothérapie et de médecine nucléaire qui s'adresse à des pathologies constituant la première cause actuelle d'évacuation sanitaire (environ 50 %).

La complémentarité parfois évoquée et souhaitée avec le futur hôpital de la Polynésie française paraît peu opérante. Rappelons que les évacuations se font prioritairement de la Nouvelle-Calédonie vers l'Australie, distante de 1 500 kilomètres, et de la Polynésie française vers la Nouvelle-Zélande, alors que la distance Nouvelle-Calédonie / Polynésie française avoisine les 5 000 kilomètres.

1.2. Le Centre Hospitalier Spécialisé Albert Bousquet à Nouville

La santé mentale est pleinement prise en compte sur le territoire. Le CHS, à vocation interprovinciale (et accueillant à l'occasion des évacués sanitaires de Wallis et Futuna), assure une offre de soins de qualité à la fois hors et dans ses murs.

S'appuyant sur un effectif de 386 postes, le CHS dispose de 111 lits d'hospitalisation complète (post cure, réhabilitation psycho-sociale, long séjour psychiatrique, admission libre, admission sous contrainte), d'un hôpital de jour, d'un centre médico-psychologique, d'ateliers thérapeutiques, d'un foyer de réinsertion. De nombreuses structures sont situées dans la ville. Un service de psychiatrie infanto-juvénile et un centre de gérontologie clinique répondent aux nouveaux enjeux.

La fixation des 0-8 ans comme cible privilégiée a permis un travail de prévention par la mise en évidence des anomalies comportementales ou des violences subies par les enfants. Chacun est concerné, le travail étant réalisé en partenariat avec les hôpitaux de proximité, les dispensaires, les mairies, les associations et les institutions coutumières.

L'ouverture sur l'extérieur se traduit notamment par la présence de deux antennes médico-psychologiques en province nord (une antenne est en développement à Lifou pour la province des Îles Loyauté) et par des missions provinciales de spécialistes (ces missions sont également proposées à Wallis et Futuna). Des conventions particulières lient le CHS et chacune des provinces.

En province nord, le suivi s'effectue à partir des hôpitaux de Koumac et Poindimié et les malades sont bien identifiés. Des places font défaut en médico-social, mais le projet de l'hôpital de Koné permettra sans doute de dégager des possibilités. En province sud, les structures sont nombreuses et adaptées et seule l'île des Pins s'avère difficile d'accès pour des incertitudes liées au transport, les touristes étant jugés prioritaires à l'embarquement des avions par rapport aux équipes médicales. La province des Îles Loyauté souffre également des problèmes de transport.

1.3. Les hôpitaux de Koumac et Poindimié

Situés tous deux dans la province nord, ils offrent une alternative à l'hospitalisation à Nouméa pour des interventions de médecine générale et chirurgicales spécialisées.

Koumac dispose de personnels compétents dans les domaines de la chirurgie viscérale et orthopédique simple, de la médecine générale, de la maternité et des urgences. Un service de consultations complète l'offre. L'hôpital comprend 42 lits.

Poindimié a réduit ses activités depuis l'origine. 40 lits permettent de traiter les affections de médecine générale, le moyen séjour et les urgences. Un service de consultations existe également. La maternité se limite aujourd'hui à des consultations.

La décision étant prise et les financements dégagés, l'objectif actuel est de développer à court terme un hôpital à Koné, plus central pour les populations de la province nord, afin de faciliter l'accès aux soins. Dans cette optique, les hôpitaux de Koumac et Poindimié ne seraient pas fermés mais transformés en unités de soins de suite et de rééducation pour des moyens ou longs séjours après une sortie du CHT de Nouméa.

2. Un maillage du territoire assurant un accès aux soins à tous

Hérités du système de santé militaire, les dispensaires sont gérés directement par les provinces. Un dispensaire existe par commune, dépourvu de lits dans la province nord depuis 2000. La province sud conserve des lits à l'île des Pins et à Bourail, centre de niveau secondaire pour l'urgence et doté en conséquence d'un équipement relativement important.

Un à deux médecins sont présents dans chaque dispensaire et assurent une garde permanente, l'ambition étant de pouvoir doubler les postes sur l'ensemble des sites. La province sud est encore une fois la mieux servie avec deux médecins par centre au minimum.

Une présence est assurée dans les tribus par la désignation d'un « relais de santé », parfois pompier, souvent titulaire du brevet de secouriste, constituant la première porte d'entrée dans le système de soins. L'objectif n'est pas ou peu de fournir des soins mais de savoir détecter l'urgence ou la nécessité d'une intervention et d'orienter vers le dispensaire ou l'hôpital.

D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE

1. Les disparités entre les provinces

Le recrutement des praticiens n'est pas aussi aisé d'une Province à l'autre. La plupart des professionnels de santé souhaitent en effet s'installer à Nouméa ou à tout le moins dans la province sud. La régulation des conventionnements des praticiens par la CAFAT, imposant des restrictions à l'installation, permet certes de pallier en partie cette difficulté, mais les listes d'attente sont longues pour le retour sur le Grand Nouméa et l'on assiste à une commercialisation à outrance des cabinets conventionnés due à leur rareté. Au final, la démarche, si elle a pu quelque peu freiner les installations dans le sud, ne semble pas les avoir favorisées ailleurs.

La fin des contrats des VAT a sonné le glas de l'équilibre du système qui reposait largement sur cet apport extérieur. Un turnover annuel de 50 % est constaté chez les praticiens des dispensaires de la province nord. Dans ces conditions, il est parfois difficile d'obtenir un réel investissement des professionnels, en particulier dans le secteur de la prévention, et de bâtir une relation de confiance et un suivi efficace de la patientèle.

Chaque province détermine ses conditions de recrutement. Elles se livrent par ce biais une véritable concurrence. Ainsi et pour exemple, pour les praticiens de la fonction publique territoriale, si le logement est gratuit dans le Sud, une redevance locative de 3% est perçue dans les Îles. Elle se monte à 10% dans le Nord (où il est vrai que l'indexation des traitements est de 1,94 au lieu de 1,73 dans le Sud).

Fixées par chaque province, les conditions de remboursement pour les patients des médecins libéraux bénéficiant de l'aide médicale sont également différentes, moins motivantes encore une fois dans le nord. Le défaut de réglementation du travail concernant les gardes et les astreintes, en dehors des personnels bénéficiant du statut hospitalier, est également dissuasif. Or, les personnels des provinces relèvent de la fonction publique territoriale et non hospitalière, ce qui peut poser problème également en matière de gestion de carrière.

De toute façon, la quasi-absence de libéraux dans le nord et les Îles Loyauté obère gravement la liberté de choix du praticien. Ceci est renforcé par l'impossibilité fréquente pour les personnes relevant de l'aide médicale totale d'accéder au système libéral (près de 95 % des résidents de la province nord relèvent de l'aide médicale totale ou partielle). Le tiers payant n'existe pas dans la province nord, la province sud a mis en place un ticket modérateur de 10 % hors affections de longue durée, seul le secteur public est représenté sur les Îles Loyauté.

2. Les transports publics, principaux obstacles à l'accès aux soins

La compétence en la matière est gouvernementale pour ce qui concerne l'interprovincial, provinciale pour ce qui touche aux transports internes à chaque province. Le schéma général d'aménagement relève donc du pays. Son élaboration, en cours, est en phase de diagnostic, un premier état des lieux devant être fourni en 2009.

L'accès aux soins des spécialistes est très loin d'être égalitaire. Les rotations des avions à partir de Nouméa vers les aérodromes des Provinces ont connu une diminution de 30 % pour la seule année 2007. Certaines destinations, comme l'archipel de Belep au nord de la Grande Terre, ne sont plus que très peu desservies. Ceci remet souvent en cause les déplacements de spécialistes. Ainsi, malgré des conventions entre le CHT et les provinces, le système de vacations est aujourd'hui en échec pour des raisons très largement dues à la logistique insuffisante en termes de transports.

La province des Îles Loyauté souffre particulièrement du fait de l'absence de liaisons inter-îles, qu'elles soient aériennes ou maritimes. Il est ainsi plus aisé, voire obligatoire, de transiter par Nouméa pour se rendre d'une île à l'autre. Les coûts engendrés par cette situation constituent par exemple un frein important au développement de l'antenne du CHS dans la Province.

Dans le nord, certaines localités offrent un accès plus aisé à Nouméa qu'à Koumac. Les femmes de la région de Poindimié, depuis la fermeture de la maternité, viennent ainsi plus facilement accoucher au CHT. Plus largement, il est souvent impossible d'effectuer un aller-retour dans la journée pour réaliser des examens ou même assister à une consultation et les patients sont livrés à eux-mêmes en matière d'hébergement, y compris à l'issue d'une hospitalisation en l'absence de lits d'aval. Se rendre au dispensaire ou à l'hôpital est de toute façon toujours onéreux, même si des transports en commun existent. En effet, quitter la tribu pour rejoindre un axe de circulation coûte souvent en taxi ce que coûterait une consultation libérale non remboursée.

L'absence généralisée de centres d'hébergement à proximité des structures de soins amplifie les difficultés liées aux transports. Un schéma directeur dégageant une vision globale s'impose. Conséquence des limites de la provincialisation, l'organisation du système et le partage des compétences ont jusque là interdit cette réflexion commune seule en mesure de déboucher sur l'élaboration d'un schéma territorial d'organisation des soins intégrant l'ensemble des composantes logistiques.

Ainsi le projet de construction de l'hôpital de Koné, quels que soient la qualité du plateau technique ou la compétence des personnels, pourrait-il être voué à l'échec si trois impératifs ne sont pas réunis :

- la mise en place de transports permettant à chacun, au sein de la province nord, d'accéder facilement et à un prix raisonnable au nouveau complexe ;

- un centre d'hébergement pour les accompagnants et les patients en consultation externe ;
- l'existence d'une liaison hélicoptérée pour assurer les interventions d'urgence de jour comme de nuit.

3. L'absence de relève locale dans les professions de santé

Les Néo-Calédoniens montrent peu d'appétence en général pour les métiers de la santé ou du social. Ceci est particulièrement vrai pour les Kanaks, pour des raisons culturelles liées aux relations intra-tribales ou au statut du guérisseur, rendant encore plus ardu le problème du recrutement dans les Provinces du Nord et des Îles Loyauté, alors même que de nombreux professionnels, notamment des infirmiers, avaient été formés par la médecine militaire au sein des générations précédentes, mais sont aujourd'hui retraités ou en fin de carrière.

Un désintérêt pour des carrières exigeantes et des postes en brousse au regard de l'attrait de Nouméa peut également expliquer ce phénomène.

Toujours est-il que les places d'institut de formation en soins infirmiers sont trustées lors du concours par des expatriés ou des personnes originaires de Nouméa et que sur les places réservées aux provinces nord et des Îles Loyauté, peu sont les étudiants optant pour les dispensaires à l'issue de leur cursus.

Les difficultés de recrutement et la désaffection pour les carrières sanitaires peuvent amener à s'interroger sur la possibilité de mettre en place un statut particulier d'« infirmier en poste isolé » et de changer la réglementation pour permettre la pratique par des infirmiers de certains actes médicaux en offrant la formation correspondante au sein d'un centre d'adaptation à l'emploi, avec stages au CHT et en brousse. Des stages dans les hôpitaux pourraient d'ailleurs être proposés avant leur prise de fonction aux médecins en poste isolé.

III - WALLIS ET FUTUNA

A - LE CONTEXTE

1. Situation géographique

Situées dans l'hémisphère sud en Océanie polynésienne, les îles Wallis et Futuna sont distantes d'environ 230 kilomètres dans le Pacifique sud-ouest. Wallis se trouve à 2 100 kilomètres de Nouméa et à 2 800 kilomètres de Tahiti. Les pays les plus proches sont les archipels des Tonga, à 400 kilomètres au sud-est de Wallis, des Samoa, à 370 kilomètres à l'est de Wallis, et des Fidji, à 280 kilomètres au sud-ouest de Futuna.

Wallis dispose d'une superficie de 77,9 km². Il s'agit d'une île volcanique basse, sans réseau hydrographique, entourée d'un lagon barré d'un récif dans lequel s'ouvre quatre passes dont la principale permet aux navires d'accoster au wharf de Mata'Utu, le chef-lieu. Le lagon est parsemé d'îlots d'origine volcanique ou corallienne.

Futuna et Alofi se situent à un peu moins de deux kilomètres l'une de l'autre. Ce sont des îles volcaniques hautes d'une superficie totale de 64,3 km². Elles sont régulièrement touchées par des séismes superficiels de forte magnitude (le dernier, d'intensité 6,5 sur l'échelle de Richter, date de 1993) provoquant tsunamis et glissements de terrain. Futuna dispose d'un réseau hydrographique.

Le climat du territoire est tropical maritime, chaud, humide, pluvieux, sans saison sèche. Les variations diurnes et saisonnières sont faibles, les minima et maxima de température étant généralement compris entre 22° C et 32° C. La pluviométrie annuelle est supérieure à 3 000 mm. Le risque cyclonique est considéré comme faible à modéré.

2. Population

Le territoire constitue l'espace francophone le plus éloigné de la métropole. Il est également à l'écart des principaux pôles économiques de la région. Ceci peut en partie expliquer sa population peu nombreuse, résultat à la fois d'une émigration massive et d'une atonie de l'activité économique. La Nouvelle-Calédonie héberge ainsi une population d'origine wallisienne et futunienne plus importante que la population du territoire.

Le dernier recensement de 2003 établit la population des îles à 14 944 personnes. Le rythme de croissance faiblit et l'émigration reste à un niveau élevé. Les indicateurs démographiques sont fort éloignés de ceux de la métropole, notamment en termes d'espérance de vie à la naissance, mais se rapprochent des ceux des autres collectivités d'Outre-mer du Pacifique.

L'île de Futuna est deux fois moins peuplée que celle de Wallis, en raison d'une part du relief montagneux de la première, d'autre part de la présence à Wallis du siège de l'administration. Wallis abrite 10 071 habitants, Futuna 4 873, l'île d'Alofi étant anecdotiquement habitée par deux résidents.

La proportion des jeunes de moins de 19 ans reste importante, même si l'on observe un tassement. Un léger vieillissement de la population se confirme, même si la population demeure globalement jeune au regard des chiffres métropolitains.

Concernant l'emploi, le secteur privé, en progression, ne représente encore qu'un peu plus de 34 % du marché. Les demandeurs d'emploi sont au nombre d'environ 600, en constante augmentation (mais la notion de demandeur d'emploi à Wallis et Futuna n'est pas assimilable à la définition européenne du Bureau international du travail du fait qu'il n'existe ni ANPE, ni dispositif d'indemnisation).

3. Statut et organisation

Les îles de Wallis et Futuna furent établies en protectorat, d'abord séparément, puis de manière unifiée à partir de 1988 sur décision du ministre des colonies. L'intégration à la République française fut approuvée par plus de 94 % des électeurs lors du référendum du 27 décembre 1959. La loi du 29 juillet 1961 conféra à l'archipel le statut de territoire d'Outre-mer, même s'il faut aujourd'hui parler de Collectivité d'Outre-mer, depuis la révision constitutionnelle du 28 mars 2003.

L'organisation politico-administrative peut être synthétisée comme suit :

- un Conseil territorial réunit autour du préfet, administrateur supérieur du territoire, les trois Rois (un à Wallis, deux à Futuna), qui ont rang de vice-présidents ;
- trois circonscriptions administratives correspondent aux royaumes et sont gérées par des conseils présidés par les rois. Notons ainsi l'absence de commune sur le territoire, la circonscription de Wallis étant divisée pour son administration en trois districts ;
- une Assemblée territoriale de vingt membres élus au suffrage universel vote le budget et délibère sur les sujets de sa compétence ;
- la Collectivité est représentée au Parlement par un député et un sénateur ;
- un conseiller siège au Conseil économique, social et environnemental.

Le Conseil économique et social du territoire, envisagé, n'a pas encore été mis en place.

B - UNE ORGANISATION ATYPIQUE DU SYSTÈME DE SANTÉ

1. La gratuité des soins

Les soins sont entièrement gratuits pour l'ensemble des résidents de Wallis et Futuna. Ceci découle de l'article 68 I de la loi de finances pour 1972 publiée au journal officiel de la République française du 30 décembre 1971 et ainsi rédigé : « ... *Dans le territoire des îles Wallis et Futuna : le service de l'hygiène et de la santé publique. La réglementation applicable à ce service relève de l'État ; les dépenses correspondantes sont prises en charge par le budget général à compter du 1^{er} janvier 1972...* ».

En l'absence d'organisme de Sécurité sociale, le financement du système de santé repose donc intégralement sur l'État. L'ensemble du budget de la santé est financé par le secrétariat d'État à l'Outre-mer. La médecine libérale est totalement absente du territoire.

2. L'organisation du système

L'Agence de Santé de Wallis et Futuna constitue la clé de voûte du système de soins. Elle dispose, depuis le 13 janvier 2000, du statut d'Établissement public national administratif et est dotée de l'autonomie administrative et financière. L'Agence est dirigée par un Conseil d'administration composé de 19 membres et présidé par le préfet, administrateur supérieur de la Collectivité. Elle est gérée au quotidien par un directeur.

L'Agence est placée sous la dépendance d'un conseil de tutelle constitué par les trois ministères en charge des finances, de la santé et de l'Outre-mer.

Ses missions sont fixées par décret. Elles consistent en la mise en place d'un schéma d'organisation sanitaire et médico-social répondant aux besoins de la population, tant sur le plan préventif et éducatif qu'en matière de soins curatifs ou médico-sociaux. Elles supposent une définition des niveaux souhaitables de prise en charge médicale en adaptant les moyens en matière de structures (hôpitaux et dispensaires), de capacité d'accueil et de modes d'action. Elles nécessitent une réflexion sur les évacuations sanitaires et les modalités d'une coopération équilibrée avec les partenaires de la région.

Il appartient dès lors à l'Agence de se doter d'un projet d'établissement. De même, une conférence de santé est réunie tous les trois ans, procède à un examen des actions conduites en application du programme de santé de l'Agence et établit un rapport présentant conclusions et recommandations.

L'Agence gère, à Wallis, l'hôpital de Sia et les trois dispensaires de Hakake, Hihifo et Mua. Elle a en charge à Futuna l'hôpital de Kaleveleve. Les personnels soignants et administratifs de ces structures de recours et de proximité sont salariés de l'Agence. Ils sont au nombre de 188, dont 140 relevant de la convention collective et ne disposant pas du statut de la fonction publique hospitalière afin d'éviter l'indexation des salaires et le paiement de primes, ce qui est source de nombreuses revendications.

L'hôpital de Sia dispose de 53 lits répartis sur quatre services : médecine, chirurgie, maternité et réanimation. Celui de Kaleveleve offre 22 lits pour les services de médecine et de maternité d'urgence. Il convient en effet de souligner que le service de gynécologie-obstétrique n'est plus opérationnel pour des raisons de sécurité et que les femmes sont donc systématiquement transférées pour accoucher à Wallis.

La télémédecine relie les deux hôpitaux mais est peu utilisée en raison de la lenteur du lien satellitaire. La visioconférence est utilisée pour les réunions portant sur les évacuations sanitaires, les réunions de direction et la téléformation médicale. Mais les liaisons susceptibles d'inscrire l'Agence dans un réseau de soins avec les spécialistes des hôpitaux de Nouvelle-Calédonie, de métropole ou du Pacifique font défaut.

3. Les pathologies rencontrées

Les pathologies les plus fréquentes à Wallis et Futuna sont les suivantes :

- diabète, obésité et mauvaise dentition ;
- Rhumatisme articulaire aigu (RAA), anormalement répandu chez les jeunes ;
- maladies vectorielles : brucellose, leptospirose, dengue ;
- hypertension et pathologies cardiaques ;
- cataractes et autres pathologies ophtalmologiques ;
- asthme et maladies respiratoires ;
- névropathies ;
- goutte ;
- alcoolisme et ses conséquences.

Face à ces enjeux, l'insuffisance de l'effectif médical est patente. Ainsi, seuls sept médecins généralistes sont présents sur le territoire pour 15.000 habitants (quatre à Wallis pour plus de 10 000 habitants et trois à Futuna), soit deux fois moins qu'en France métropolitaine. Le ratio infirmier est également très inférieur à la normale.

L'absence des médecins VAT, comme dans d'autres collectivités ultramarines, se fait cruellement sentir depuis quelques années à Wallis et Futuna.

4. Les évacuations sanitaires

Les évacuations sanitaires ou EVASAN sont en constante augmentation et atteignent le nombre de 435 en 2007. Elles sont effectuées de Futuna vers Wallis, de Wallis vers la Nouvelle-Calédonie ou de Wallis vers l'Australie ou vers la métropole, le plus souvent après une prise en charge à Nouméa.

Les principales spécialités concernées sont la radiologie, la chirurgie orthopédique, la cardiologie et la pédiatrie. Le coût des EVASAN, transport et hospitalisation, représente près de 30 % du budget global de fonctionnement de l'Agence de santé.

L'efficacité du système repose en partie sur les missions de spécialistes, qui peuvent à la fois limiter le nombre d'EVASAN et diagnostiquer précocement des pathologies et orienter les patients vers des hôpitaux spécialisés tout en réduisant la durée des séjours.

C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME

1. Un programme d'investissements ambitieux

Les travaux de réaménagement de deux des dispensaires de Wallis ont été menés à bien. Celui jouxtant l'hôpital sera modernisé au cours de la prochaine tranche de travaux de la structure hospitalière.

Le Plan directeur de l'Agence de santé, élaboré en 2005 et toujours d'actualité, a permis avec retard de lancer les travaux d'adaptation de l'hôpital de Sia. La réhabilitation de la maternité et des consultations a d'abord été entreprise. Ont été effectuées ensuite des améliorations au sein des urgences, de la pharmacie et du laboratoire.

Le bâtiment de la direction et des services administratifs est en cours d'achèvement. La reconstruction du plateau technique et des services d'hospitalisation devrait suivre, avec à la clé une augmentation des lits.

Cette phase de travaux prévoit également l'installation d'un scanner à l'Agence et la restructuration de l'hôpital de Futuna.

D'ores et déjà, tant l'offre de soins proposée que l'investissement des personnels, à la fois au sein des dispensaires et dans les structures hospitalières, permet un accès aux soins de base à l'ensemble des populations.

2. L'intégration de la culture locale au projet de santé

Le projet de soins infirmiers prend en compte les traditions wallisiennes et futuniennes dans le dispositif de soins.

Le garde-malade est ainsi reconnu. Il s'agit d'une personne choisie par le malade pour l'accompagner pendant son hospitalisation afin de rester en contact avec la famille.

La coutume pratiquée lors de la naissance est encouragée dans le respect de certaines règles d'hygiène. La présence d'un entourage nombreux est gérée de manière à ne pas nuire aux autres patientes. De plus, les tabous sont pris en compte, notamment en ce qui touche à l'intimité.

Apporter de la nourriture à une personne hospitalisée est une obligation dans les traditions wallisiennes. Ceci est toléré en régulant les dons afin que l'alimentation soit équilibrée et respectueuse des régimes comme de la diététique.

La médecine traditionnelle résulte le plus souvent d'un héritage familial. Massages et médicaments à base de plantes sont fréquents. Le système de soins admet la cohabitation des médecines traditionnelle et européenne. La première est laissée à l'extérieur de l'hôpital mais pas ignorée. Certaines pratiques sont admises au sein de la structure hospitalière, sans autoriser l'ingestion de certaines préparations pouvant être en interaction avec les médicaments dispensés.

3. Le développement des compétences locales

Les personnels soignants diplômés ne sont pas en nombre suffisant sur les deux îles. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les aides-soignantes et les infirmières. De plus, la mise en place des hôpitaux ou dispensaires a créé une obligation d'embauche locale. Ainsi, l'hôpital de Kaleveleve à Futuna se doit d'avoir au sein du personnel au moins un membre des familles qui ont mis à

disposition le terrain. Certaines embauches se font également pour remplacer un parent décédé.

A donc été développée une approche originale, également exploitée en Nouvelle-Calédonie, pour faire émerger des compétences locales : le statut de l'infirmière autorisée. Une formation à la pratique des soins infirmiers est fournie localement. Elle est complétée de stages pratiques, effectués le plus souvent en partie à Nouméa. L'ensemble permet d'accéder au statut d'infirmière autorisée sans avoir à passer un concours.

L'entrée dans un institut de soins infirmiers est cependant encouragée par la mise en place d'une préparation au concours. L'absence d'institut à Wallis et Futuna impose néanmoins un éloignement prolongé qui ne peut parfois pas être envisagé pour des raisons personnelles ou familiales.

D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE

1. L'inexistence de la prévention

L'hospitalocentrisme trouve sans doute à Wallis et Futuna l'une de ses plus belles illustrations. L'évolution du système de santé s'est sans cesse traduit par une considération toujours plus importante portée au curatif au détriment de la prévention. Alors même que le budget a plus que doublé en dix ans, il est possible de parler d'une véritable rétractation sur l'hôpital.

Quand la conférence de santé de 2005 est presque entièrement consacrée à la prévention et que ses conclusions et recommandations s'en font l'écho, les budgets de 2006, 2007 et 2008 de l'Agence font l'impasse totale sur le sujet. Mieux, le développement de l'activité hospitalière a conduit au transfert des éducateurs de santé vers le curatif. L'observatoire de la santé n'existe pas et les données ne sont donc pas regroupées et analysées pour élaborer une politique de prévention.

L'absence de prévention sur des thèmes de santé essentiels et prioritaires, tels que le diabète (aucun diététicien n'est présent sur le territoire) ou la consommation d'alcool, fait pourtant craindre une augmentation du coût des soins dans un avenir proche.

Pourtant, le texte de 1971 instituant la gratuité peut être analysé comme concernant plus la prévention que le soin, puisque évoquant le service de l'hygiène et de la santé publique.

L'égalité d'accès aux soins est en outre gravement handicapée par la gratuité pour tous, y compris les gens de passage et les fonctionnaires expatriés, qui a pour corolaire un budget insuffisant et l'absence de représentants des assurés sociaux qui pourraient constituer un levier pour la prise de conscience et la résolution des difficultés. En effet, les choix effectués ne sont pas forcément cohérents. Ainsi, les prothèses auditives et les lunettes sont prises en charge, mais pas les prothèses dentaires. Lits médicalisés et fauteuils roulants sont dispensés au compte-gouttes. Comment justifier juridiquement le refus de

prendre en charge tel ou tel aspect des soins ? Décidément, l'équation gratuité des soins, contrainte financière et budgétaire, aboutit à des choix souvent contraires aux engagements initiaux.

2. Une démocratie sanitaire en panne

La conférence de santé prévue tous les trois ans par le décret de 2001 relatif à l'Agence de santé et intégré au Code de la santé publique n'a été réunie qu'une seule fois, en 2005. Ses recommandations, concernant essentiellement la prévention, n'ont d'ailleurs pas été prises en compte, alors même que le décret prévoit que le rapport établi par le jury de la conférence, transmis à l'administrateur supérieur, permette à l'Agence de santé d'élaborer le programme de santé publique. Ce rapport doit en outre être rendu public, sa diffusion étant assurée par l'administrateur supérieur.

Aucune conférence de santé ne s'est réunie en 2008, en contradiction avec les textes. Les membres de la conférence précédente n'ont pas été contactés. Certains partenaires, au premier rang desquels les élus de l'Assemblée territoriale, peuvent légitimement s'inquiéter d'une concentration de l'ensemble des pouvoirs et des décisions entre les mains de la direction de l'Agence, le conseil d'administration étant ravalé au rang de chambre d'enregistrement. Le choix d'une compagnie privée pour assurer les évacuations sanitaires constitue l'un des derniers exemples en date de cet état de fait.

Le projet d'établissement prévu dans le décret créant l'Agence de santé fait également défaut. Il convient néanmoins de souligner qu'un projet médical a été rédigé et constitue une première tranche du projet d'ensemble.

3. La gestion financière et ses conséquences sur l'offre de santé

Malgré l'augmentation constante des dotations à l'Agence de santé par ses ministères de tutelle, le budget impose des contraintes peu compatibles avec l'ampleur des défis posés par la santé à Wallis et Futuna. Il importe d'insister sur le fait que, bon an mal an, depuis plusieurs décennies et encore aujourd'hui, le budget consacré à la santé d'un Wallisien ou d'un Futunien est de deux à deux fois et demi inférieur au budget consacré à un métropolitain. La gratuité des soins montre encore ici ses limites.

Dans ce contexte, les lenteurs de paiement de l'Agence de santé aux partenaires extérieurs comme la Caisse de Sécurité sociale autonome (CAFAT) de Nouvelle-Calédonie ou le Centre hospitalier territorial de Nouméa engendrent des inégalités d'accès à la santé. Il est souvent mis en avant que le développement des évacuations sanitaires a été rendu possible grâce aux efforts engagés par l'Agence de santé afin de résorber les dettes anciennes vis-à-vis des partenaires qui contribuent à l'envoi de spécialistes en mission de courte durée sur le territoire. Si cela est vrai, les retards de paiement ont repris. En fait, les plans d'apurement se succèdent sans qu'aucune solution de fond ne soit proposée.

Ceci n'a pas de conséquence sur les évacuations sanitaires au-delà de la Nouvelle-Calédonie, notamment vers l'Australie, prises en charge par la CAFAT, laquelle dispose d'un budget suffisant pour faire face.

Les relations avec le Centre hospitalier territorial de Nouméa sont en revanche fortement perturbées. Face aux défauts de paiement répétés de l'Agence de santé (le budget du CHT de Nouméa met en évidence une dette se montant en fin 2008 à 800 millions de francs Pacifique et augmentant de 40 millions par mois, ceci obligeant la tenue d'une ligne budgétaire « dette de Wallis et Futuna »), le Centre a décidé d'assurer les évacuations sanitaires mais de supprimer, ou tout au moins de limiter fortement, les missions de spécialistes.

Or, ces missions ont pour triple objectif de compléter les soins dispensés à la population, de prendre en charge sur place des pathologies qui, à défaut, nécessiteraient une évacuation sanitaire, enfin d'assurer un enseignement postuniversitaire aux praticiens de l'Agence de santé. Leur attrition, voire leur disparition (une mission par trimestre, à comparer à la dizaine organisée à Saint-Pierre et Miquelon), dans des secteurs essentiels comme la cardiologie, la psychiatrie ou l'ophtalmologie, laissent entrevoir la possibilité d'une véritable catastrophe sanitaire directement liée aux retards de versement de l'État ainsi qu'au choix de l'Agence de payer certains fournisseurs considérés comme prioritaires au détriment de ceux qui peuvent assurer à la population une égalité d'accès aux traitements.

Signalons que pour les mêmes raisons, les médecins libéraux de Nouvelle-Calédonie refusent de soigner Wallisiens et Futuniens en attente de soins de ville, les renvoyant sur les services d'urgence hospitaliers.

Enfin, la convention de partenariat entre l'Agence de santé et le Centre hospitalier spécialisé de Nouvelle-Calédonie prévoyant le déplacement d'un psychiatre une semaine par semestre se heurte également à la dette récurrente qui impose un rebasage du budget. Ceci interdit des avancées en santé mentale sur un territoire pourtant considéré par les professionnels comme en retard de trente ans sur la Nouvelle-Calédonie en la matière.

La présence de garde-malade est un moyen de diminuer les coûts au sein de l'hôpital, en termes de personnel, de repas, de lingerie.

Toujours sur le thème de l'égalité de l'accès aux soins et plus largement, l'absence de médecine libérale sur le territoire pose le problème du choix du médecin traitant. Le système de gratuité conduit dès lors à une limitation de l'accès aux soins.

Une situation telle qu'elle se présente aujourd'hui ne serait dans tous les cas pas tolérée en métropole.

4. Futuna, laissée pour compte ?

Le sentiment est répandu à Futuna de ne pas être traité à égalité avec Wallis, notamment dans le domaine de la santé.

Si l'hôpital, en attente de rénovation, fournit un service de qualité en médecine générale et assure des déplacements à domicile en cas de nécessité, force est de constater un certain nombre de déséquilibres avec l'île sœur :

- les matériels fournis à l'hôpital sont souvent de seconde main, même si la tendance semble s'inverser ;
- les vacations de spécialistes sont moins nombreuses. Le cardiologue refuse ainsi de s'y rendre, créant un risque supplémentaire pour des patients réticents à effectuer le déplacement à Wallis. Les relations actuelles entre le Centre hospitalier territorial de Nouméa et l'Agence de santé ont pour conséquence une quasi-disparition des vacations à Futuna ;
- les évacuations ne sont pas possibles de nuit, la piste de l'aérodrome n'étant pas homologuée ;
- le logement n'est pas fourni à l'hôpital de Sia sur Wallis aux accompagnants des patients futuniens évacués. L'hôpital tolère leur présence, mais aucune structure dédiée n'a été mise en place. De même, aucun accompagnement social n'est formalisé. Or, une amélioration sur ces points aiderait à convaincre les familles de l'intérêt de se déplacer à Wallis ;
- le transfert systématique des Futuniennes à Wallis pour accouchement pour des raisons de sécurité peut poser des problèmes sociaux et familiaux. Il pose surtout la question, commune à de nombreux territoires ultramarins, de l'inscription des nouveaux nés à l'état-civil d'une autre île. Pratiquement plus aucun enfant ne naît ni n'est enregistré à Futuna, au grand dam des autorités, notamment coutumières, de l'île.

IV - GUYANE

A - LE CONTEXTE

1. Situation géographique

La Guyane se situe au nord-est du continent sud-américain. Elle s'intègre dans le plateau des Guyanes qui s'étend du sud du Venezuela au nord-est du Brésil. D'une superficie de 83 534 km², elle forme le plus vaste des départements français d'Outre-mer (16 % du territoire de l'Hexagone).

La Guyane est bordée au nord par l'océan Atlantique sur environ 320 kilomètres. À l'ouest se trouve le Surinam (520 kilomètres de frontière), au sud et à l'est le Brésil (580 kilomètres de frontière).

Le relief est peu marqué avec une zone de collines littorales et quelques points dépassant 600 mètres d'altitude dans le sud. Le département est recouvert à 94 % par la forêt amazonienne, sillonnée de rivières et de fleuves entrecoupés de rapides (le Maroni, la Mana, la Sinnamary, l'Approuague, l'Oyapock).

Le climat est de type équatorial humide. La position de la Guyane, proche de l'équateur avec une façade océanique, lui confère une grande stabilité climatique, avec des vents peu puissants, une faible amplitude des températures et un ensoleillement important. Les précipitations connaissent en revanche des variations annuelles conséquentes qui déterminent le rythme des saisons. L'humidité moyenne est élevée, comprise entre 80 et 90 %.

2. Population

La population guyanaise se caractérise par une pluralité culturelle liée à la diversité des origines. Elle se compose de personnes d'origines créole, amérindienne, antillaise, bushinenge (noirs marrons), métropolitaine, hmong, chinoise et d'immigrés.

La population était estimée par l'INSEE au 1^{er} janvier 2007 à 209 000 habitants, la croissance annuelle se situant depuis le début des années 2000 à un rythme supérieur à celui de la décennie quatre-vingt-dix (3,7 % contre 3,5 %). La proportion de personnes étrangères est très importante, estimée à environ 65 000 personnes dont un tiers en situation irrégulière, peut-être plus avec les « invisibles » des placers clandestins d'orpaillage.

La répartition de cette population est très inégale. La densité moyenne n'est que de deux habitants au km² (248 en Guadeloupe, 339 en Martinique et 108 en métropole). Mais une grande partie du territoire n'est pas habitée, l'essentiel de la population étant concentrée sur le littoral et le long des grands fleuves frontaliers.

La pyramide des âges indique que les moins de vingt ans représentent 45,6 % des habitants contre un quart de la population pour la France entière. La tranche des soixante ans et plus est en revanche plus importante sur la France métropolitaine (20,3 %) qu'en Guyane (5,5 %). Les trois quarts des habitants ont moins de quarante ans. La proportion de femmes est de 50,5 % (51,7 % pour la France hexagonale). La taille des ménages continue de progresser, alors qu'elle baisse aux Antilles et en France entière. Les projections de l'INSEE (hypothèse du scénario central) prévoient une population toujours relativement jeune de 425 520 habitants à l'horizon 2030.

La très forte croissance de la population entre 1982 et 1999 (+ 115 %) a eu un impact très important sur le marché du travail. La population active en 2007 regroupait 62 207 personnes, pour 56 728 personnes dans la population inactive. Le chômage toucherait environ 17 % des actifs. Il convient cependant de signaler que l'INSEE estimait en 2002 que 10,8 % des emplois étaient non déclarés.

La population active occupée est composée de 87 % de salariés, le secteur tertiaire regroupant 83 % de ceux-ci. 44 % des salariés relèvent actuellement de la Fonction publique.

3. Statut et organisation

La Guyane, à l'instar de la Martinique, de la Guadeloupe et de La Réunion, a été intégrée dans le cadre national de droit commun par la loi de départementalisation du 19 mars 1946, avec la possibilité de « *faire l'objet des mesures d'adaptation nécessitées par leur situation particulière* » (article 73 de la Constitution de 1958).

La loi du 2 mars 1982, « loi de décentralisation », a transformé la Guyane en une région française d'Outre-mer (ROM). Le territoire est donc une région monodépartementale, DOM-ROM ou DROM. Conseil général et Conseil régional exercent leurs compétences respectives sur le même espace géographique, avec un seul préfet.

Les institutions sont donc les mêmes que pour une région et un département métropolitains.

Le statut de Région ultrapériphérique de l'Europe (RUP) permet des dérogations au droit communautaire, notamment en matière fiscale avec le maintien de l'octroi de mer, et donne accès aux financements de la politique régionale européenne.

B - L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET LES ENJEUX

Face à l'accroissement démographique, la Guyane est confrontée à un véritable défi sanitaire. La branche « éducation, santé et action sociale » a un poids majeur dans l'économie guyanaise, représentant 23 % de la valeur ajoutée totale et se situant juste derrière les services marchands.

Du fait du statut de région monodépartementale du territoire, la Direction de la santé et du développement social (DSDS), service déconcentré de l'État, regroupe les compétences d'une DRASS et d'une DDASS métropolitaines.

1. Les professionnels de santé

Le nombre de médecins plafonne depuis 2005 alors qu'il avait presque doublé depuis 1990. En densité, le nombre de professionnels du secteur libéral apparaît très en retrait par rapport à l'Hexagone ou aux Antilles.

Les chiffres de la Caisse nationale d'assurance-maladie en 2006 pour la métropole et de la Caisse générale de Sécurité sociale en 2008 pour la Guyane, font apparaître une densité pour 100 000 habitants de :

- 5 médecins généralistes en Guyane contre 100 en France métropolitaine ;
- 20 médecins spécialistes en Guyane contre 88 en France métropolitaine ;

- 16 dentistes en Guyane contre 60 en France métropolitaine ;
- 62 infirmiers libéraux en Guyane contre 87 en France métropolitaine ;
- 21 kinésithérapeutes en Guyane contre 74 en France métropolitaine.

Encore faut-il préciser que 30 % des médecins généralistes et spécialistes ont entre 55 et 70 ans et qu'ils sont concentrés sur la bande littorale et notamment sur l'île de Cayenne.

Il est à noter que 39 officines pharmaceutiques sont ouvertes en Guyane ainsi que 4 Laboratoires d'analyses bio-médicales (LABM).

2. Les équipements sanitaires

La Guyane dispose de six établissements de court séjour : le Centre hospitalier Andrée Rosemon (CHAR) de Cayenne, le Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) Franck Joly de Saint-Laurent du Maroni, le Centre médico-chirurgical de Kourou et trois cliniques privées situées à Cayenne. Ils disposent de 626 lits de court séjour. Les capacités d'accueil hospitalières pour les séjours de courte durée ont diminué entre 1990 et 2006, alors même que la population croissait de 78 %. Le taux d'équipement, mesuré par le nombre de lits pour 1 000 habitants, est en recul sur la période pour tous les types d'intervention, malgré une amélioration constatée en 2006 pour la médecine dans le secteur public. Pour exemple, la Corse dispose d'une offre de soins deux fois supérieure en volume à celle de la Guyane pour une population équivalente.

Le taux d'équipement pour la chirurgie et la médecine reste très inférieur à celui observé en métropole, mais l'écart est favorable à la Guyane en matière de gynécologie-obstétrique, en raison du fort taux de natalité. Le poids des accouchements représente en 2006 27,7 % des séjours hospitaliers (7,1 % en métropole).

Le nombre de lits de moyen séjour est très faible : 60, bientôt 90, à comparer à la Martinique qui dispose de 500 lits pour une population totale d'environ 450 000 habitants.

Le nombre de séjours dans les établissements était de 52 105 en 2008, dont 12 831 de moins de 48 heures et 28652 de 48 heures à un mois.

Le dispositif est complété par 21 centres délocalisés de prévention et de soins, qui correspondent aux anciens centres et postes de santé et constituent un service du CHAR.

Le CHAR est le seul établissement français de santé à être hôpital de référence de zone de défense sans avoir le statut de CHU.

Les établissements fonctionnent sur le principe de la Dotation globale de fonctionnement (DGF), le passage à la tarification à l'activité (T2A) étant prévu au 1^{er} janvier 2010.

3. Les pathologies rencontrées

Un observatoire de la santé existe en Guyane, mis en place et géré sous la responsabilité du Conseil régional.

Il convient avant tout de préciser qu'en 2007, l'espérance de vie à la naissance en Guyane est inférieure de quatre ans à celle de la métropole (79 ans pour les femmes, 72 ans pour les hommes).

Des pathologies chroniques se retrouvent en Guyane :

- diabète et obésité ;
- hypertension artérielle ;
- insuffisance rénale ;
- accidents vasculaires cérébraux.

Une surreprésentation des lésions traumatiques s'explique par l'importance des accidents de la circulation (plus de 1 000 victimes par an sur les trois dernières années), la forte proportion des suicides et tentatives de suicide et le nombre élevé de blessures par armes à feu et armes blanches.

La consommation importante de produits illicites et d'alcool aggravent les problèmes de santé des populations.

Le VIH est particulièrement présent, faisant de la Guyane le premier département français concerné, avec une file active de plus de 1 200 patients et un peu plus de 10 % de patients perdus de vue après diagnostic ou début de traitement. Un peu plus de 1 % des femmes enceintes sont touchées.

La dengue est présente dans la région, comme le paludisme, contenu entre deux et cinq décès par an ces dernières années, la leptospirose, la tuberculose (environ 50 cas par an, mais la maladie fait sans doute l'objet d'une sous-déclaration), la drépanocytose et la lèpre (le Brésil est le deuxième foyer mondial, après l'Inde).

L'existence de 50 à 100 cas par an de la maladie de Chagas, transmise par une punaise et provoquant fièvres, œdèmes et cardiopathies, interdit tout prélèvement de sang en Guyane et impose de ce fait un approvisionnement extérieur, entraînant surcoût et risque de carence.

Les fièvres suspectes constituent le premier motif de consultation aux urgences des établissements.

Les indicateurs de mortalité font apparaître un certain nombre de spécificités :

- la mortalité infantile connaît une baisse continue depuis les années 1970 mais le taux reste élevé, à 10,5 ‰ naissances en 2007 contre 4,0 ‰ en France métropolitaine ;

- le taux de mortalité périnatale, prenant en compte les morts nés et les décès à moins de sept jours pour 1.000 naissances, est certes passé de 29,8 en 1987 à 17,7 en 2007, mais demeure important par rapport à la métropole où il est passé dans le même temps de 9,9 à moins de 7. Le réseau périnatalité estime que 40 % des femmes enceintes suivent moins de trois consultations durant leur grossesse ;
- le taux de mortalité maternelle (décès pour 100 000 naissances) était de 64,6 en Guyane pour 9,5 en métropole pour la période 1987-1990, passant à 79,3 pour la période 1993-1997, donc en augmentation;
- le taux de mortalité, de 3,6 décès pour 1.000 habitants en 2007 contre 8,6 en métropole, peut sembler faible du fait du petit nombre relatif de personnes âgées, mais la comparaison à âge équivalent montre en fait une surmortalité importante par rapport à la France métropolitaine ;
- le taux de surmortalité prématurée, calculé en comptabilisant les décès avant 65 ans pour 100 000 habitants, est pour la période 2001-2003 en moyenne annuelle, en Guyane de 431,9 pour les hommes (288,8 en métropole) et de 216,9 pour les femmes (126,2 en métropole). Les maladies de l'appareil respiratoire, les tumeurs, les traumatismes occupent les premiers rangs des causes de ces décès prématurés, comme en métropole. S'y ajoutent les décès par maladies infectieuses et parasitaires, ces pathologies étant particulièrement prégnantes dans le département.

Environ 30 000 ménages en Guyane ne disposent pas d'eau potable en 2009, dans une région où le volume d'eau disponible par habitant est l'un des plus élevés du monde, ce qui n'est pas sans incidence sur l'état de santé des populations. Les installations fournissant des eaux médiocres, voire de très mauvaise qualité, par faute de maintenance efficace des installations de pompage, sont légions dans les sites isolés. Certaines pathologies y sont directement ou indirectement liées sur les fleuves : typhoïdes, gastro-entérites, diarrhées infectieuses entraînant des retards de développement et scolaires chez les enfants.

Les activités d'orpaillage, comme la présence dans les sols de mercure d'origine naturelle, sont responsables de rejets importants de mercure dans les fleuves, en particulier dans le Maroni. Ces rejets, concentrés chez certains poissons constituant l'une des bases de l'alimentation, voire la principale source de protéines des populations amérindiennes, provoquent un degré important d'exposition des habitants avec un dépassement des valeurs recommandées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les effets peuvent être des malformations et des retards psychomoteurs de l'enfant.

La toxico-vigilance n'est pas traitée en Guyane.

4. Les dépenses de santé

Les prestations versées au titre de la branche assurance maladie ont connu depuis 1996 une croissance moyenne annuelle forte de 7,7 %. Les dépenses de soins représentent 80 % du total des prestations de la branche, avec une population prise en charge en augmentation de 3 % par an.

Les dépenses de santé s'établissent en 2007 à 337,3 millions d'euros, auxquels il convient d'ajouter le coût de la CMU complémentaire (19,9 millions d'euros, + 14 %) et l'Aide médicale État (AME, 27,7 millions d'euros) qui permet aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des soins médicaux et du forfait hospitalier s'ils résident en France depuis plus de trois mois. 45,2 millions d'euros ont enfin été dépensés au titre des « soins urgents » dispensés aux personnes ne pouvant prétendre à l'AME. Ces « soins urgents », correspondant en principe à une situation de santé engageant un pronostic vital, sont largement accordés par les médecins qui refusent de se situer en censeurs de l'accès aux soins.

Au 1^{er} janvier 2009, plus 66 000 personnes, soient environ 27 % de la population, bénéficient de la Couverture maladie universelle. Plus de 18 000 profitent de l'AME, en augmentation de 4 500 ces trois dernières années. Souvent, des Français, faute de papiers présentés aux établissements de santé, sont dans le doute inscrits à l'AME. 12 000 personnes touchent le RMI.

La Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS) a dépensé 3,6 millions d'euros pour des Évacuations sanitaires (EVASAN) vers la Martinique et la métropole. Un tiers des motivations d'EVASAN étaient liées à des cancers, un second tiers à des affections cardio-vasculaires.

5. Les plans et projets développés

Le plan « Hôpital 2012 » concernant les communes de Cayenne, Saint-Laurent du Maroni et Kourou prévoit notamment :

- l'extension du bâtiment médecine chirurgie obstétrique du Centre hospitalier Andrée-Rosemon de Cayenne afin d'augmenter les capacités d'accueil de 160 lits supplémentaires ;
- la construction d'un hôpital à Saint-Laurent du Maroni pour faire face au doublement prévu de la population dans les dix ans ;
- le passage du nombre de scanners de un à quatre, l'un financé dans le cadre du plan Cancer pour la Guyane ;

Le Plan régional de santé publique 2006-2009 a fixé trois axes transversaux (éducation à la santé, observation sanitaire et sociale, alerte et gestion des situations d'urgence sanitaire) et neuf priorités hiérarchisées (périnatalité, maladies infectieuses à prévention vaccinale, maladies infectieuses et parasitaires, pathologies liées au VIH, lutte contre le cancer, conduites addictives, santé mentale, santé environnementale, accès à la prévention et aux soins).

Le développement de la prévention est également une nécessité dans un contexte d'épidémie de dengue et de cas de paludisme. Un décret de 2007 autorise d'ores et déjà les infirmiers et agents de santé travaillant dans les postes de santé reculés à réaliser des tests de diagnostic rapide.

Le pôle de compétitivité « Santé tropicale » a été labellisé en 2007. Adossé au pôle de compétitivité mondiale « Lyonbiopôle » et bénéficiant de la présence de l'Institut Pasteur et d'autres organismes de recherche, il doit permettre de développer des réalisations dans les domaines de la formation, de la recherche et de l'installation de laboratoires privés. Les sujets d'études envisagés portent par exemple sur le suivi des épidémies avec les télé-technologies, la recherche de nouvelles molécules et la médecine vétérinaire.

C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME

1. Un développement de la médecine curative

Au vu des conditions particulièrement difficiles d'exercice et de l'éloignement de certains sites, la médecine curative a connu une amélioration reconnue et des réussites certaines.

La constitution d'une zone sanitaire Antilles-Guyane permet de réunir des conférences de zone et de rechercher une harmonisation des pratiques, par exemple sur la mise en place de la nouvelle gouvernance dans les établissements et sur les salaires de recrutement des professionnels de santé afin d'éviter la concurrence intra-zone.

Les principales spécialités médicales sont présentes en Guyane. Sont notamment performants les services de néonatalogie, de pédiatrie, de gynécologie-obstétrique, d'imagerie, ainsi que les laboratoires et l'anatomopathologie. Six salles sont disponibles au bloc opératoire du CHAR. La chirurgie viscérale et orthopédique, l'ORL, l'ophtalmologie, l'odontologie (et bientôt la pédo-odontologie, surtout pour accueillir les enfants handicapés que les libéraux refusent de prendre par manque de temps) existent également.

Des services de psychiatrie adulte et pédopsychiatrie ont été développés à Cayenne. Ils seront ouverts en 2009 à Saint-Laurent du Maroni.

Un centre d'investigation et d'épidémiologie clinique existe au sein du CHAR de Cayenne.

Les centres délocalisés de prévention et de soins assurent un maillage minimal du territoire. Ils répondent à l'objectif de donner un accès aux soins dans les régions de Guyane où la prise en charge médicale ne peut s'exercer autrement du fait de l'absence de structures hospitalières et de médecine de ville. Ils représentent la seule porte d'entrée au système de soins pour les populations dispersées, souvent isolées géographiquement et constituant environ 20 % des résidents guyanais. Il existe actuellement neuf centres de santé bénéficiant d'une présence médicale permanente et douze postes de santé satellites où exerce un infirmier ou un agent de santé sous la responsabilité du centre de santé référent.

Le développement de la télémédecine en partenariat avec le Centre national d'études spatiales (CNES), avec onze centres équipés parmi les plus éloignés, permet à distance (Cayenne, voire ensuite Fort-de-France par l'intermédiaire du CHAR) de poser des diagnostics, d'interpréter des électrocardiogrammes et des échographies, de valider les approches en ORL, pédiatrie, dermatologie, parasitologie, envenimation, toxicologie..., l'ensemble réduisant d'autant le nombre des transferts sanitaires vers Cayenne ou Fort-de-France.

Le système d'intervention d'urgence fonctionne bien grâce au SAMU et aux services départementaux d'incendie et de secours (17 000 interventions en 2008).

2. Un système de surveillance épidémiologique performant

La surveillance porte évidemment sur la dengue et le paludisme. Mais elle concerne également la grippe, les diarrhées et gastro-entérites, les toux suspectes et la tuberculose, les fièvres à éruption... Les fichiers sont agrégés chaque semaine afin de pouvoir déclencher une alerte éventuelle.

Une convention signée entre l'Institut national de veille sanitaire (INVS) et l'Institut Pasteur permet le développement du schéma directeur des systèmes d'information (notamment en vue de simplifier les remontées de données des médecins et des centres de santé) et la mise en place du « système dengue » et offre la possibilité d'une collaboration méthodologique.

Une unité de l'Institut Pasteur est spécialisée sur les arboviroses, une autre sur la chimiorésistance paludéenne.

Le Conseil général gère les équipes de Lutte anti-vectorielle (LAV). La prévention est cependant très peu pratiquée par les populations malgré la communication menée sur ce thème.

Si les contacts existent avec le Brésil et le Surinam, ils restent peu concluants, les priorités étant parfois différentes. Ainsi le Surinam s'attache-t-il à la surveillance du paludisme, mais pas de la dengue.

D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE

1. Un déficit avéré sur les équipements

La couverture sanitaire du département est malaisée à réaliser du fait de son étendue, des difficultés de communication, d'une population relativement peu nombreuse et de son inégale répartition sur le territoire. Tous ces facteurs n'ont pas favorisé jusqu'à présent l'installation d'un plateau technique très diversifié.

L'afflux constant de populations étrangères déséquilibre en outre le fonctionnement de structures sanitaires comme les hôpitaux publics et les centres de santé.

D'autre part, les difficultés de recrutement sont réelles dans les hôpitaux. Ainsi, un déficit de neurologues se fait jour, les cardiologues sont peu nombreux, un seul endocrinologue est en poste ainsi que deux diabétologues malgré la prégnance de ces pathologies. Ceci limite de fait l'offre proposée : il n'y a ni exploration cardiologique, ni cardiologie interventionnelle, ni neurochirurgie. La médecine nucléaire fait l'objet d'une autorisation mais n'est pas en service, faute de moyens suffisants, en particulier en personnels compétents.

Dans le même ordre d'idées, il convient de souligner l'absence totale de diététiciens. On note également qu'aucun lit de grand brûlé n'a encore été créé.

L'hôpital de Cayenne supporte des contraintes très spécifiques, telles la gestion des centres de santé et les évacuations sanitaires internes et externes, alors même que ses difficultés de fonctionnement ont imposé la mise en œuvre d'un contrat de retour à l'équilibre.

Les cliniques privées ont certes réalisé des investissements conséquents pour développer des activités nouvelles et améliorer la sécurité sanitaire, et le secteur se présente comme une alternative crédible au CHAR, mais la démarche ne peut prendre tout son sens sans une concentration des moyens dont ces établissements disposent.

Le nombre de lits installés pour mille habitants au 1^{er} janvier 2006 est en médecine de 1,57, dont 30 % dans le privé (2,10 en métropole), en chirurgie de 0,89, dont 48 % dans le privé (1,65 en métropole), en soins de suite de 0,20 (1,58 en métropole), en psychiatrie (lits et places) de 0,79 (1,63 en métropole), en soins de longue durée de 0,39 (1,70 en métropole). Seule la gynécologie-obstétrique échappe au constat avec un taux de 0,65, dont 35 % dans le privé (0,38 en métropole).

Cinq problèmes majeurs se cumulent au final :

- l'insuffisance des lits d'aigus ;
- le déficit en lits de moyen séjour ;
- l'insuffisance de l'offre de soins et de prévention dans les centres délocalisés de prévention et de soins, qui mériteraient pour la plupart d'être rénovés ;
- le faible nombre de places d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- la quasi-inexistence de places pour handicapés.

2. Une densité de professionnels de santé insuffisante

La concentration du secteur libéral dans les villes du littoral et la faiblesse d'effectif de toutes les professions médicales et paramédicales ne permettent pas d'apporter les compétences suffisantes à l'ensemble de la population.

La Guyane est d'ailleurs entièrement classée zone déficitaire en médecins libéraux. La densité régionale moyenne en médecins généralistes, médecins spécialistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes et dentistes est inférieure à la densité nationale moyenne.

De plus, hormis cinq communes sur vingt-deux, le territoire est classé zone rurale. Toutes les autres communes se trouvent donc à plus de vingt minutes d'un service d'urgence et possèdent une densité inférieure à trois médecins généralistes par tranche de 5 000 habitants.

La Mission régionale de santé (MRS) de la Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS) de Guyane a certes proposé dès 2006 trois orientations visant à pallier le déficit en médecins libéraux :

- une politique d'incitation à l'installation des professionnels de santé libéraux (déjà mis en place : majoration de 20 % sur les honoraires, majoration de 20 % supplémentaire en cas d'exercice en cabinet de groupe, contrat de bonnes pratiques offrant un complément de rémunération aux médecins remplaçant un confrère). Cependant, l'objectif de mise à disposition de locaux dédiés à la santé et de logements personnels s'est heurté à l'absence de coopération des collectivités locales ; cependant, le Conseil général a très récemment proposé sa collaboration ;
- l'organisation de consultations pour les populations isolées par des spécialistes en mission ou grâce à un dispositif de télé-médecine. Les deux appels à projets publiés sont restés infructueux ;
- une politique de recrutement ; prévoyant des indemnités de logement et de déplacement pour les étudiants de troisième cycle de médecine générale effectuant leurs stages dans des zones où est constaté un déficit en matière d'offre de soins et une indemnité d'étude et de projet professionnel à tout étudiant en médecine, à partir de la première année du troisième cycle, s'il s'engage à exercer comme médecin généraliste au moins cinq années. Les collectivités territoriales sollicitées n'ont pas transmis de propositions.

Les hôpitaux ont obtenu le droit de recruter des médecins étrangers hors Union européenne, qui ne peuvent exercer qu'en Guyane. Ceci répond à certaines carences, mais les obstacles liés aux compétences, aux pratiques et à la maîtrise de la langue sont nombreux.

3. La faible structuration des actions de prévention

Le dispositif de prévention, largement déficient, a été revisité ces dernières années au travers du Plan régional de santé publique (PRSP) et de la mise en place de la Conférence régionale de santé et du Groupement régional de santé publique (GRSP).

Le PRSP, prenant en compte l'insuffisance des politiques de prévention menées jusqu'alors, regroupe un certain nombre d'objectifs fédérateurs propres à la Guyane : réduction de la mortalité périnatale, du risque infectieux, renforcement du programme VIH-SIDA, intégration des problématiques environnementales (mercure) et maintien indispensable d'un programme d'accès aux soins pour les personnes les plus démunies. Les trois objectifs transversaux retenus (développement de l'observation sanitaire et sociale, constitution d'un centre de ressources pour les actions de prévention, organisation de l'alerte et de la gestion des situations d'urgence) ont été formulés comme les axes fondateurs de la démarche. Il conviendra d'évaluer la réussite des actions menées dans ce cadre.

Le GRSP mutualise les financements de l'État et de la Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS), c'est-à-dire l'ensemble des crédits de prévention alloués au département-région, la dotation de crédits pour les actions de recentralisation, le programme de santé communautaire de la Croix-Rouge et la dotation du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) géré par la CNAMTS. Sont financées prioritairement les actions relatives à la périnatalité, au VIH-SIDA, aux activités recentralisées et à la santé communautaire en territoires isolés.

Certains dossiers sont particulièrement lourds, parmi lesquels :

- la vaccination : si la Guyane est exempte des principales maladies évitables par la vaccination prévues par le calendrier de l'Organisation mondiale de la santé (poliomyélite, diphtérie, rougeole, fièvre jaune, tétanos néonatal), l'insuffisance globale de la couverture vaccinale la rend particulièrement fragile à la réintroduction de ces pathologies, notamment à partir des pays voisins (fièvre jaune sylvestre, rougeole et diphtérie au Brésil). Un Programme élargi de vaccination (PEV) a été mis en place ;
- la Lutte anti-vectorielle (LAV) : elle est menée par des agents départementaux du Conseil général.

La Croix-Rouge française a repris depuis 2006 les activités recentralisées (maladies sexuellement transmissibles, tuberculose, vaccinations), à l'exception de la prise en charge de la lèpre qui est demeurée dans le giron du CHAR de Cayenne qui dispose d'un service de dermatologie universitaire de grande qualité.

La PMI est assurée par les services du Conseil général. Une délégation au CHAR est envisagée pour les sites isolés afin d'améliorer la lisibilité du système de soins (mise en place d'un guichet unique pour les vaccinations des moins et des plus de six ans notamment). Il est d'autre part plus difficile pour le Conseil général de recruter des personnels. De nombreuses grossesses ne sont pas suivies, entraînant un risque de pathologies graves.

4. L'éloignement, inégalité fondamentale dans l'accès aux soins

L'absence d'avion sanitaire dédié ou d'hélicoptère pour la sécurité civile, autant que l'isolement de certaines populations, pose un problème majeur en matière d'égalité d'accès aux soins.

Certaines communes sont particulièrement démunies en infrastructures.

Les délais d'intervention sont extrêmement longs.

Les systèmes de communication en cas d'alerte restent insuffisants.

V - MARTINIQUE

A - LE CONTEXTE

1. Situation géographique

Île de l'archipel des Petites Antilles située à 6 858 kilomètres de la métropole et 400 kilomètres des côtes sud-américaines, entre l'île de la Dominique au nord et Sainte-Lucie au sud, la Martinique est une région monodépartementale de 1 128 km². Son chef-lieu est Fort-de-France.

D'origine volcanique, le territoire se caractérise par un relief accidenté et diversifié. Sur sa moitié nord s'érigent quatre massifs d'où s'écoulent les principales rivières, tandis qu'au sud se trouvent des plaines peu étendues entrecoupées de massifs moyens.

La Martinique connaît un climat tropical humide avec deux zones distinctes, le Nord pluvieux et le Sud relativement sec et ensoleillé, les températures oscillant entre 20°C et 32°C. L'île est sujette aux dépressions tropicales et aux cyclones et se trouve soumise au risque sismique.

2. Population

Plus petit Département français d'Amérique (DFA) en termes de surface, la Martinique est pourtant le plus densément peuplé. Le dernier recensement complet effectué en 1999 a permis de relever 381 427 habitants avec une densité de 338 habitants au km². L'estimation au 1^{er} janvier 2007 fait état de 401 384 habitants, soient 356 habitants au km², deuxième région française ayant la plus forte densité après l'Île de France (mais les zones de peuplement sont inégalement réparties et près de la moitié de la population réside dans quatre communes).

Le taux de croissance démographique annuel s'établit à 0,7 %, proche de celui de la France hexagonale (0,6 %) mais inférieur à ceux de la Guadeloupe (0,8 %) ou de la Guyane (3,8 %). Le solde migratoire est positif et la population étrangère progresse légèrement. Elle a été historiquement dix fois moins nombreuse qu'en Guadeloupe, où les entrées se font principalement par Saint-Martin ou directement d'Haïti et de Saint-Domingue, plus proches.

L'évolution démographique se rapproche du mode occidental : moindre croissance, allongement de la durée de vie, taux de natalité relativement faible et vieillissement progressif. Le nombre de naissances diminue et l'indice conjoncturel de fécondité est inférieur au seuil de renouvellement des générations.

La population reste cependant jeune, l'âge moyen étant de 36,4 ans (39,5 ans en métropole). Les moins de vingt ans constituent 29,3 % de la population (la proportion va diminuant), les plus de soixante ans 17,4 % (20,7 % en métropole) (la proportion va augmentant et la Martinique est le DOM le plus âgé). Les femmes représentent 53 % du total, les immigrés 2 %.

Selon les projections de l'INSEE, la Martinique sera au cinquième rang des régions les plus âgées en 2030, avec 34 % de personnes de plus de soixante ans pour une population totale de 427 000 habitants.

Concernant l'emploi, le secteur tertiaire concentre la majorité des actifs occupés. La population active est de 167 014 personnes et le taux de chômage s'élève à 21,0 % de cette population (25 % à 28 % estimés en fin d'année 2009 et donc en forte progression). La branche « éducation, santé et action sociale » occupe à elle seule 57 % du secteur tertiaire non marchand. 8 000 personnes travaillent dans le domaine de la santé. Le secteur primaire ne représente plus que 7 % des emplois.

3. Statut et organisation

La Martinique, à l'instar de la Guadeloupe, de la Guyane et de La Réunion, a été intégrée dans le cadre national de droit commun par la loi de départementalisation du 19 mars 1946, avec la possibilité de « faire l'objet des mesures d'adaptation nécessitées par leur situation particulière » (article 73 de la Constitution de 1958).

La loi du 2 mars 1982, dite « loi de décentralisation », a transformé la Martinique en une région française d'Outre-mer (ROM). Le territoire est donc une région monodépartementale, DOM-ROM ou DROM. Conseil général et Conseil régional exercent leurs compétences respectives sur le même espace géographique, avec un seul préfet. Les électeurs ont opté par référendum le 7 décembre 2003 pour le maintien des deux collectivités superposées.

Les institutions sont donc les mêmes que pour une région et un département métropolitains.

Le statut de région ultrapériphérique de l'Europe permet des dérogations au droit communautaire, notamment en matière fiscale avec le maintien de l'octroi de mer, et donne accès aux financements de la politique régionale européenne.

B - L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET LES ENJEUX

Du fait du statut de région monodépartementale de l'île, la Direction de la santé et du développement social (DSDS), service déconcentré de l'État, regroupe les compétences d'une DRASS et d'une DDASS métropolitaines.

1. Les professionnels de santé

La Martinique comptait 4 364 professionnels de santé en 2005, en hausse de 4,4 % sur un an, les infirmiers formant l'essentiel du corps de métier (54 %) et les médecins généralistes et spécialistes en regroupant 22 %.

La densité des personnels de santé demeure inférieure à celle de la France hexagonale, sauf pour les sages-femmes et les infirmiers libéraux. Pour exemple, la région-département compte 85 médecins généralistes en activité pour 100 000 habitants (113 en métropole).

Les consultations externes dans le secteur hospitalier public sont nombreuses, afin de compenser le déficit en spécialistes libéraux.

2. Les équipements sanitaires

La Martinique compte treize établissements publics de santé, dont le Centre hospitalier universitaire Pierre Zobda-Quitman à Fort-de-France et le Centre hospitalier spécialisé (CHS) Colson, et deux cliniques privées. L'essentiel de l'offre de soins relève du secteur public (90 %).

Trois établissements pratiquent la MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) : le CHU et les hôpitaux du Lamentin et de Trinité. Huit établissements de proximité assurent des Soins de suite et de réadaptation.

Une structure d'hospitalisation à domicile et trois centres de dialyse complètent le dispositif.

La part dévolue à la gynécologie et à l'obstétrique diminue mais reste supérieure à celle de la métropole (13 % contre 9,7 %). À l'inverse, la part consacrée à la chirurgie est inférieure (32 % contre 40,5 %).

3. Les pathologies rencontrées

Un Observatoire de la santé existe en Martinique. Il a permis de constater aujourd'hui une nette amélioration de la santé des Martiniquais par rapport aux années 1960-1970 et les indicateurs sanitaires sont globalement satisfaisants, mais des problèmes de santé spécifiques demeurent.

Les trois premières causes de décès sont les mêmes qu'au plan national :

- maladies cardiovasculaires ;
- tumeurs ;
- traumatismes et empoisonnements.

La mortalité prématurée (décès se produisant avant 65 ans) est élevée, représentant en moyenne un décès sur quatre (un sur trois chez les hommes, un sur cinq chez les femmes). Quatre grandes causes sont à l'origine des deux tiers de ces décès : traumatismes, cancers, maladies cardiovasculaires, alcool.

La fréquence de l'hypertension artérielle est très élevée (22 % d'hypertendus en population générale adulte). Le cancer de la prostate représente un cancer masculin sur deux, le cancer du sein un cancer féminin sur quatre. L'insuffisance rénale est répandue.

Le diabète est très présent, touchant 8% à 10% de la population adulte, soit deux à trois fois la moyenne nationale. La surcharge pondérale progresse de façon inquiétante, concernant un adulte sur deux et un enfant sur quatre.

Les troubles mentaux (syndromes dépressifs, anxiété généralisée...) sont répandus (32 % des Martiniquais), même si la région est en moyenne moins touchée que les autres pour le suicide et les tentatives de suicide.

La région est la troisième de France avec la plus forte proportion de personnes dépendantes à l'alcool, mais le tabac a peu d'impact en termes sanitaires. L'usage de cannabis et de cocaïne est répandu et le crack, avec 2000 personnes concernées, constitue un danger sanitaire (co-morbidité) et social (délinquance et errance).

Autour de la naissance, certains indicateurs restent défavorables par rapport à la moyenne nationale :

- mortalités périnatale et infantile encore élevées ; le taux de mortalité globale est inférieur à celui de la métropole, 6,6 ‰ contre 8,6, le taux de mortalité infantile est lui supérieur, soit 5,9 contre 4,9 en métropole en 2005 ;
- taux de prématurité double de celui de la métropole (10 % à 12 % des naissances), qui résulte sans doute d'un mauvais suivi des grossesses lié à la précarité et qui a pour conséquence un taux de handicap élevé ;
- nombre d'IVG stable, entre 2 300 et 2 500 par an (deux fois le taux national), mais en augmentation de la part des mineures (8 % à 10 %).

4. Les dépenses de santé

Le PIB par habitant situe la Martinique au premier rang des DOM, mais au 23^{ème} rang de l'ensemble des régions françaises. Il y a deux fois plus de ménages pauvres qu'au niveau national, avec une forte proportion d'allocataires de minima sociaux. Pour exemple, 32 000 bénéficiaires du RMI sont recensés pour 90 000 ayant-droits.

En 2005, la Martinique comptait 105 524 bénéficiaires de la CMU en progression annuelle de 5,5 %. Ils sont 111 000 au 1^{er} janvier 2009.

Les dépenses médicales remboursées s'établissent à un niveau comparable à celui de la métropole. Plus de la moitié des dépenses concernent des versements à des établissements de soins.

5. Les plans et projets développés

Le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) constitue un outil de planification essentiel, fondé sur l'évaluation de l'offre et des besoins, et prévoit pour la période 2006-2011 les principales orientations suivantes :

- la mise en place d'une filière gériatrique ;
- l'ouverture de 120 lits en psychiatrie ;
- la création d'une filière périnatalité ;
- la mise en place de pôles spécialisés pour les urgences gériatriques et pour les urgences psychiatriques ;
- le développement des coopérations inter-établissements (pôle d'excellence cardiaque, chirurgie de la main, pôle de référence pour la drépanocytose et l'urologie) ;
- la promotion des activités de proximité (développement des urgences de proximité au Marin, pôle de référence à l'hôpital du Lorrain-Basse-Pointe sur la gériatrie, la nutrition, l'addictologie...).

Le Plan régional de santé publique décline quant à lui neuf axes prioritaires :

- la nutrition ;
- la prévention des cancers ;
- les addictions et conduites à risques ;
- la sexualité, le VIH-SIDA et les IST ;
- les personnes vulnérables (âgées, handicapées et en réinsertion sociale) ;
- la périnatalité, la petite enfance et la parentalité ;
- la prévention (avec la mise en œuvre du Schéma régional d'éducation pour la santé ou SREPS) ;
- les maladies rares (drépanocytose notamment) ;
- la santé environnementale.

C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME

1. Une offre de soins satisfaisante

Toutes les activités prévues réglementairement par le Code de la santé existent en Martinique, à l'exception de la greffe rénale exercée en Guadeloupe. Le taux de fuite est faible et les évacuations sanitaires concernent essentiellement les grands brûlés et certaines spécialités très pointues comme la greffe cardiaque.

Le maillage des établissements est bon et les différentes zones sont bien couvertes.

Le parc immobilier est modernisé ou en cours de modernisation et en bonne voie d'achèvement. Reste cependant à effectuer la mise aux normes sismiques.

Hormis les établissements neufs aux normes, la reconstruction du plateau technique du CHU et de l'hôpital de Trinité est financée dans le cadre du plan hôpital 2012. D'autres opérations de reconstructions sont en bonne voie.

Quatre des filières spécialisées pour les urgences prévues dans le SROS sont mises en place. Ceci concerne les urgences pédiatriques, gériatriques, psychiatriques et de la main.

Une centre d'investigation clinique Antilles-Guyane a été mis en place et travaille sur les maladies émergentes et génétiques.

La tarification à l'activité (T2A) semble avoir poussé à une amélioration des coopérations entre les établissements. Un travail de réorganisation des hôpitaux se fait jour, qui envisage une fusion du CHU et des hôpitaux du Lamentin et de Trinité, avec dans un premier temps fusion des directions, puis des hôpitaux eux-mêmes. La coopération devrait permettre l'organisation des principales disciplines en filières de soins et l'émergence de réseaux. Les directions des hôpitaux du nord Caraïbe ont fusionné et ceux du sud-centre sont en procédure de rapprochement.

Un projet médical de territoire devrait voir le jour en fin d'année 2009, afin de définir le partage des activités entre les équipes et les structures.

La psychiatrie a vu, à côté du CHS Colson, l'émergence de deux nouveaux acteurs : le CHU et une clinique privée, qui apportent en particulier une réponse en matière de troubles anxio-dépressifs et de géronto-psychiatrie. Depuis 2001 a été mise en œuvre une politique d'alternative à l'hospitalisation, avec un Centre médico-psychologique (CMP), des hôpitaux de jour, des places en accueil familial-psychologique et des foyers d'accueil médicalisés. Deux problèmes essentiels subsistent. D'une part, le nombre des Hospitalisations d'office (HO) est important. D'autre part, il n'existe pas jusqu'alors de lits pour les patients infanto-juvéniles, même si un projet de dix lits pour enfants et de huit lits pour adolescents doit voir le jour en 2010.

Des filières gériatriques sont prévues pour faire face au défi du vieillissement. Elles concernent à la fois les urgences, l'hospitalisation de jour, les consultations, les ateliers mémoire, le court séjour, les Soins de suite et de réadaptation, le long séjour avec les Unités de soins de longue durée (USLD), les soins palliatifs et la mise en place d'équipes mobiles gériatriques.

La coopération avec la Guyane et la Guadeloupe se développe notamment au travers de rencontres dans le cadre de la Fédération hospitalière des trois Départements Français d'Amérique (DFA) et permet un partage d'activités. La Martinique accueille des patients en chirurgie cardiaque, oncologie, chirurgie infantile, urologie, exploration cardiaque.

2. Un partenariat volontaire des acteurs

Le Groupement régional de santé publique (GRSP) fonctionne très bien. La Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS) s'y investit pleinement. Les trois communautés de communes y participent, comme l'Agence départementale de l'insertion.

Le travail mené avec le Rectorat sur la prévention et l'éducation à la santé se développe.

L'articulation entre l'Agence régionale de l'hospitalisation, la Direction de la santé et du développement social et le Conseil général donne entière satisfaction sur le sanitaire et le médico-social, en particulier dans le domaine de la psychiatrie. L'association des maires accompagne les politiques et communique sur la déstigmatisation de la maladie mentale.

Le Conseil régional participe à la Commission exécutive (COMEX) de l'ARH avec voix délibérative, puisqu'il finance certains projets.

La Caisse d'allocations familiales (CAF) est associée aux travaux du GRSP sans en être membre.

3. Une surveillance épidémiologique ad hoc

La santé environnementale, avec la présence d'une antenne de l'Institut national de veille sanitaire et d'une Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE), fait l'objet d'un suivi permanent.

Le plan gouvernemental Chlordécone 2008-2010 a mené à la tenue d'un registre des cancers en Guadeloupe et au renforcement de celui de la Martinique, à la mise en place d'un registre des malformations congénitales et d'un réseau de toxico-vigilance, accompagnée d'une communication grand public approuvée par un comité scientifique.

La dengue et le paludisme font l'objet d'une surveillance accrue, comme la leptospirose.

D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE

1. Une démographie médicale et paramédicale insuffisante

Le déficit est d'environ 50 % pour les professions de santé, à l'exception notable des infirmiers libéraux et des sages-femmes. Neuf communes sur trente-quatre sont entièrement dépourvues de médecins.

Certains secteurs hospitaliers se trouvent en manque de spécialistes. Ainsi en est-il de la radiologie, de la pédiatrie et de la néonatalogie, de la cardiologie, de l'anesthésie (avec menaces sur l'utilisation optimale des blocs opératoires) et de la psychiatrie. Le service de pneumologie a dû fermer au CHU.

La situation n'est guère meilleure concernant les dentistes et les kinésithérapeutes.

Deux problèmes majeurs se cumulent : un déficit qualitatif de l'offre et la concentration géographique des praticiens sur certaines zones. Les règles d'emploi des médecins étrangers hors Union Européenne n'ont pas encore été assouplies.

Dans le domaine des soins de proximité, les insuffisances concernent à la fois l'offre de soins libérale, les soins infirmiers de ville, les centres de santé et les consultations externes. De plus, peu de médecins assurent la permanence des soins, ceci conduisant à une embolisation des services d'urgence. Les maisons de garde (une existe et deux sont en projet) et centres de santé pluridisciplinaires ne sont pas assez développés.

Il convient de souligner un déficit des formations médicales et paramédicales. Seuls existent les deux premières années de médecine (la troisième est programmée), une école de sages-femmes, un Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et une école de kinésithérapeutes.

Le peu de crédits et d'activités de recherche est également regrettable.

2. Les lacunes des établissements

L'équilibre financier des établissements s'est certes amélioré, mais semble se dégrader de nouveau. Les trois plus importantes structures présentent un déficit en 2007 de 6,7 millions d'euros pour le CHU (avec un report de charges de 13,8 millions d'euros sur 2008), de 2,4 millions d'euros pour l'hôpital du Lamentin, de 1,1 million d'euros pour l'hôpital de Trinité, soit plus de 10 millions de déficit cumulés pour des établissements assurant 90 % de l'offre de soins.

Des plans de redressement ont certes été mis en œuvre, mais le problème reste structurel. Il est lié au poids des créances irrécouvrables (en moyenne un million d'euros par an depuis dix ans pour les étrangers) qui nécessiteraient un abondement exceptionnel, comme sans doute à des difficultés d'organisation en raison des doublons existant. De plus, les sur-rémunérations (40 % pour les personnels non médicaux, 20 % pour les personnels médicaux) grèvent les

budgets. Les dotations versées sur l'activité réalisée sont majorées de 25 % par rapport à la métropole.

Les principaux hôpitaux ne sont pas organisés en filières de soins ni en communautés hospitalières de territoire. De nombreux doublons existent, les pertes de temps et retards de prise en charge sont fréquents. 42 % à 70 % de l'hospitalisation, selon les spécialités, passent par les urgences, alors même que 50 % de l'activité des urgences relèverait plutôt de la simple garde.

Enfin, en cas de catastrophe naturelle majeure, il n'est possible d'envisager aucune réponse au-delà de 186 urgences absolues (c'est-à-dire exigeant une solution dans les six heures), même avec l'appui des établissements de la Guadeloupe et de la Guyane, comme l'a montré le dernier exercice Richter de simulation d'un séisme. Dans ce cadre, la coopération avec les grands hôpitaux de la grande région antillaise (Cuba, Venezuela, Porto-Rico, Trinidad et Tobago, Barbades), voire de la Floride, n'avait pas été suffisamment réfléchie et intégrée et est aujourd'hui une piste de travail de la DSDS et du préfet de zone.

Plus largement, les partenariats avec les pays de la Caraïbe sont insuffisamment développés, concernant les missions et les consultations avancées par exemple, le financement pouvant se faire au travers du Fonds de coopération régionale (FCR).

Il faut également évoquer le manque de lits et places dans des structures médico-sociales, qu'il s'agisse des établissements pour personnes âgées ou pour handicapés, ce qui provoque une sur-hospitalisation. Quelques chiffres permettent de souligner le défi que représentera d'ici peu le vieillissement de la population : en dix ans, la population globale a crû de 11 %, les plus de 75 ans de 37 %, les plus de 85 ans 59 %. Un plan de développement du secteur mis en place par la DSDS, et en cours de finalisation avec les Conseils régional et général pour ce qui relève de leurs compétences, prévoit néanmoins l'ouverture dans les cinq ans de 1 000 lits et places pour personnes âgées et de 750 lits et places pour les personnes handicapées.

3. Une prévention insuffisante

Les moyens consacrés à l'éducation, à la prévention et à la promotion de la santé sont trop faibles. Ainsi, concernant la lutte contre la dengue, le travail sur l'évolution des comportements individuels se révèle insuffisant et ne complète pas efficacement les opérations des services de lutte anti-vectorielle.

Les thématiques essentielles sont pourtant identifiées : alcool et addictions, éducation à la sexualité, nutrition et obésité, cancers, épidémies. Mais il manque la mise en place d'équipes pluridisciplinaires autour d'une véritable charte d'éducation à la santé, en collaboration avec l'ensemble des partenaires (membres du Groupement régional de santé publique, Éducation nationale, associations...).

Des efforts sont cependant consentis. La PMI est présente au travers de 34 centres situés dans les 34 communes du département. La mairie de Fort-de-France finance un bureau d'hygiène municipal. La Martinique dispose de 43 points officiels de vaccination.

La CAF participe à la Prestation d'accueil à la restauration scolaire (PARS) ainsi qu'à des projets d'éducation nutritionnelle. Une vingtaine de travailleurs sociaux, assistantes sociales ou conseillers en économie sociale, conseillent et accompagnent des familles précaires, aident à la gestion du budget des ménages et développent des travaux de groupe de resocialisation.

VI - GUADELOUPE

A - LE CONTEXTE

1. Situation géographique

Située dans l'espace caribéen à environ 7 000 kilomètres de la métropole, 140 kilomètres de la Martinique et 2 000 kilomètres des États-Unis, la Guadeloupe est une région monodépartementale de 1 702 km².

L'archipel comprend deux îles principales séparées par un étroit bras de mer :

- la Grande-Terre, où se situe la capitale économique, Pointe-à-Pitre ;
- la Basse-Terre, où se trouve le chef-lieu du département, Basse-Terre.

Il compte également trois îles proches :

- Marie-Galante, 158 km², au sud de la Grande-Terre ;
- La Désirade, 22 km², à l'est de la Grande-Terre ;
- les Saintes, 14 km², au sud de la Basse-Terre, composées des îles de Terre-de-Haut et de Terre-de-Bas.

La Basse-Terre et les Saintes sont issues de formations d'une chaîne volcanique récente alors que les autres îles sont d'origine corallienne. Le risque sismique est important comme dans le reste de la Caraïbe. Le climat est de type tropical tempéré par les alizés.

2. Population

La population guadeloupéenne s'établit selon le dernier bilan démographique de l'INSEE à 447 002 habitants en 2006, soit une hausse de 15,4 % depuis 1990. Le rythme de croissance annuel moyen se révèle de moitié inférieur à celui constaté dans les années quatre-vingts.

La Guadeloupe constitue un département jeune avec un âge moyen de trente-cinq ans, 31,6 % de moins de vingt ans et 84,5 % de moins de soixante ans, malgré une population de plus de soixante ans en croissance de 16,9 % depuis le recensement de 1999. Les femmes représentent 52,7 % du total.

Le taux de natalité s'établit à 16,9 ‰ (à mettre en regard d'une moyenne nationale de 12,8 ‰), le taux de mortalité est en progression, le taux d'accroissement naturel diminue pour se situer à 10,4 ‰.

Concernant l'emploi, le secteur tertiaire concentre 84,7 % des actifs occupés. La population active est de 169 225 personnes et le taux de chômage s'élève à 27,3 % de cette population. La branche « éducation, santé et action sociale » occupe à elle seule près du quart des salariés du département. Le secteur primaire, en raison notamment du déclin des filières canne à sucre et banane, ne représente plus que 2,2 % des emplois, contre près de 14 % dans les années quatre-vingts.

3. Statut et organisation

La Guadeloupe, à l'instar de la Martinique, de la Guyane et de La Réunion, a été intégrée dans le cadre national de droit commun par la loi de départementalisation du 19 mars 1946, avec la possibilité de « *faire l'objet des mesures d'adaptation nécessitées par leur situation particulière* » (article 73 de la Constitution de 1958).

La loi du 2 mars 1982, dite « loi de décentralisation », a transformé la Guadeloupe en une Région française d'Outre-mer (ROM). Le territoire est donc une région monodépartementale, DOM-ROM ou DROM. Conseil Général et Conseil régional exercent leurs compétences respectives sur le même espace géographique, avec un seul préfet. Les électeurs ont opté par référendum le 7 décembre 2003 pour le maintien des deux collectivités superposées.

Les institutions sont donc les mêmes que pour une région et un département métropolitains.

Le statut de Région ultrapériphérique de l'Europe (RUP) permet des dérogations au droit communautaire, notamment en matière fiscale avec le maintien de l'octroi de mer, et donne accès aux financements de la politique régionale européenne.

B - L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET LES ENJEUX

Le secteur de la santé représente 15 % du PIB guadeloupéen en concentrant 9,5 % des actifs et 7 % des investissements réalisés sur le territoire.

Du fait du statut de région monodépartementale de l'archipel, la Direction de la santé et du développement social (DSDS), service déconcentré de l'État, regroupe les compétences d'une DRASS et d'une DDASS métropolitaines.

1. Les professionnels de santé

La Guadeloupe comptait 4 153 professionnels de santé en 2005, dont 976 médecins mais surtout 1 832 infirmiers.

En 2008, avec une densité de 80 médecins généralistes et de 55 médecins spécialistes en activité pour 100 000 habitants, la région-département se situe à un niveau nettement inférieur à celui de la métropole (respectivement 110 et 88). Les infirmiers sont au contraire plus nombreux (146 pour 100 000 habitants contre 104 en métropole).

Cependant, le rattrapage du retard accumulé est spectaculaire, avec une croissance globale des effectifs de 42 % entre 2000 et 2007 : 63,9 % pour les infirmiers, 52 % pour les médecins, 43 % pour les pharmaciens. La nette poussée démographique des infirmiers est en partie liée à la forte augmentation des places en Institut de formation aux soins infirmiers (IFSI) (de 42 à 122) et à la création des écoles d'infirmiers anesthésistes et de puériculture.

De 1995 à 2005, alors que la croissance n'est que de 11 % en métropole, on observe un doublement du nombre de médecins (94 % pour les médecins généralistes, 103 % pour les spécialistes, 159 % pour les médecins salariés).

L'évolution du nombre de dentistes est constante, avec une densité de 41,4 pour 100 000 habitants (65 en métropole).

2. Les équipements sanitaires

Le territoire se caractérise par l'importance historique du secteur de l'hospitalisation privée. Ce secteur, à la faveur des recompositions hospitalières étalées sur la période 1996-2006, a connu une réduction du nombre de sites, en particulier dans les domaines de la chirurgie et de l'activité gynécologie-obstétrique.

Le parc d'hospitalisation semble suffisant et équilibré, avec dix établissements publics de santé (un CHU, sept centres hospitaliers dont un psychiatrique et deux hôpitaux locaux) et douze cliniques privées.

Le secteur public est prépondérant en soins de court séjour (médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique), avec 67,6 % de la capacité d'accueil. Le secteur privé est bien implanté pour les soins de moyen séjour (Soins de suite et de réadaptation ou SSR) avec 67,0 % de la capacité d'accueil.

Le taux d'équipement (nombre de lits et places pour 1 000 habitants) se révèle très comparable à celui de la Martinique mais en deçà des niveaux métropolitains. L'archipel dispose de 3 350 lits et places et de 5 000 agents hospitaliers et salariés des cliniques.

Un déficit important doit être signalé concernant les équipements en lits et logements pour personnes âgées. Ainsi, seules 6 maisons de retraite existent pour 135 lits (28 maisons en Martinique pour 1 066 lits), alors que les plus de soixante-quinze ans représentent 5,1 % de la population (6 % en Martinique). La politique du Conseil général a consisté à encourager le maintien à domicile pour limiter les dépenses. Il faut en effet prendre en compte le fait que 90 % des personnes âgées en maisons de retraite en Guadeloupe dépendent de l'aide sociale, contre environ 10 % en métropole. L'absence de filière de soins

gériatriques conduit à une embolisation des urgences et des lits d'hospitalisation par les personnes âgées.

Le handicap est également très mal pris en charge et les structures d'accueil très peu nombreuses.

Région monodépartementale archipélagique, la Guadeloupe connaît des difficultés de couverture sanitaire et de transport nécessitant des moyens importants dont les hôpitaux publics disposent. Cependant, l'île de Marie-Galante dispose d'un centre hospitalier avec maternité. Un hélicoptère du SMUR, la gendarmerie, la sécurité civile assurent les évacuations sanitaires. Un fort développement de la télémédecine, favorisée par le Plan cancer, et de l'Hospitalisation à domicile (HAD) ; (huit opérateurs pour 200 places, soit deux fois la moyenne nationale par habitant) est inscrit dans les projets en cours d'application.

3. Les pathologies rencontrées

Un Observatoire régional de la santé de Guadeloupe (ORSAG) existe. Il a repris récemment ses travaux après une période de mise en sommeil et a développé un programme d'études sur la base d'une convention annuelle conclue avec le Groupement régional de santé publique (GRSP).

Les principales causes de décès diffèrent peu de celles constatées au niveau national :

- maladies circulatoires (29,6 % des décès en 2002) ;
- tumeurs (23,1 %).

La prévalence des cancers est cependant inférieure à celle rencontrée en métropole, à l'exception des cancers du sein et de la prostate. La chlordécone a été mise en cause pour expliquer les chiffres de ce dernier cancer en Guadeloupe, mais aucune étude ne l'a établi à ce jour. Le taux de dépistage du cancer du sein plafonne à 43 %.

Le diabète, l'insuffisance rénale chronique, l'hypertension artérielle et les accidents vasculaires cérébraux sont très présents. Le surpoids et l'obésité sont largement répandus et concernent 50 % des femmes de plus de 50 ans. Les impacts sont forts sur les troubles ostéo-articulaires et cardiovasculaires.

Le nombre d'IVG est particulièrement élevé : 4 000 en 2008 pour environ 7 000 naissances.

Le taux de mortalité infantile est important : 7,2 ‰ contre 4 ‰ en métropole.

Concernant l'addictologie, la toxicomanie au crack est une caractéristique de la région (la consommation de crack ne peut faire l'objet d'un traitement par substitution) et la consommation d'alcool est très forte.

La Guadeloupe est le deuxième département français pour les violences routières.

Un certain nombre de maladies sont spécifiques : la dengue, la leptospirose, la drépanocytose.

L'archipel reste par ailleurs fortement touché par le SIDA : 10 cas pour 100 000 habitants en moyenne annuelle sur 2003-2004 (36 cas pour 100 000 habitants en Guyane, mais 2 cas pour 100 000 habitants en métropole). Il est la deuxième région française de cas VIH, avec une prédominance de la contamination hétérosexuelle.

Le taux de vaccination est satisfaisant, entre 80 % et 90 %.

Enfin, l'archipel connaît une forte prévalence des troubles psychiatriques.

Il convient de mettre l'accent sur le nomadisme médical, l'abus des urgences hospitalières et la moindre adhésion qu'en métropole au système du médecin traitant.

4. Les dépenses de santé

En 2005, la Guadeloupe comptait 180 147 bénéficiaires de la couverture maladie universelle, dont 61,5 % bénéficiaires du régime complémentaire, soit 24,9 % de la population totale (6,7 % en métropole). La dernière étude de 2008 fait monter ce chiffre à 28 %. 30 000 Guadeloupéens sont bénéficiaires du RMI.

Les dépenses médicales remboursées s'établissent à un niveau comparable à celui de la métropole. Plus de la moitié des dépenses concernent des versements à des établissements de soins, plus du quart à des prescriptions. Un délai de remboursement de trois à quatre mois semble tout à fait admis et normal.

Le taux de couverture des dépenses de santé par les recettes n'est que de 46,6 % en 2003, en diminution de 12,4 points depuis 1999 en raison de la croissance des dépenses de santé et des prestations sociales.

L'indice de vieillissement est encore bas mais va augmenter significativement de 60 % d'ici 15 ans, avec des conséquences sur les dépenses de santé.

5. Les plans et projets développés

Le Plan régional de santé publique (PRSP) de la Guadeloupe, fixé pour la période 2006-2010, prévoit en particulier :

- la poursuite du Schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS), qui avait été à l'origine élaboré pour la période 2004-2008 et dont le principal objectif consiste à organiser, avec et pour les populations, un service public d'éducation pour la santé ;
- la poursuite du Plan régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), à l'origine élaboré pour la période 2003-2006, afin de lutter contre les inégalités sociales en matière de santé ;
- la promotion des comportements favorisant la santé chez les jeunes en milieu scolaire ;

- un meilleur dépistage des maladies chroniques (diabète, hypertension...).

Le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) constitue un outil de planification complémentaire au PRSP et fixe pour la période 2006-2010 les orientations suivantes :

- le développement de l'accès aux soins de proximité (mais il n'y a que peu de développement des Permanences d'accès aux soins de santé ou PASS) ;
- l'amélioration de la prise en charge des urgences (qui souffre encore d'une mauvaise répartition entre Grande-Terre et Basse-Terre) ;
- le renforcement du transport sanitaire (une vérification des conditions d'hygiène et de sécurité est en cours chez les ambulanciers et une formation des gestionnaires en cours de mise en œuvre) ;
- le développement de la télémédecine (la réflexion est en cours afin de pouvoir faire réaliser des diagnostics dans l'inter-région et en métropole).

C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME

1. Planification volontariste et démocratie sanitaire

Longtemps fondée sur l'application de ratios nationaux rigides (comme le nombre de lits en fonction de la population), la planification hospitalière découle désormais d'une approche territoriale destinée à proposer une offre de santé au regard de besoins de santé recensés.

Les besoins de santé ont été diagnostiqués et listés au moyen d'une expertise réunissant un groupe de travail régional. Une collaboration efficace s'est instaurée entre l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), la Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS), la Direction de la santé et du développement social (DSDS), l'INSEE, des urbanistes, des démographes et des économistes de la santé.

Sur cette base initiale, des référents régionaux (praticiens, cadres de santé, partenaires institutionnels et personnalités qualifiées) se sont réunis en ateliers de travail durant deux années (2004-2006) afin d'élaborer le schéma régional d'organisation sanitaire. La gouvernance de ces ateliers a le plus souvent été assurée par des praticiens hospitaliers, en particulier du CHU.

Une fois arrêtées les propositions de ces groupes de travail, l'ARH a conduit un large processus de concertation régionale et de démocratie sanitaire en favorisant une démarche de diffusion du projet ainsi que sa soumission au principe contradictoire (appels à observations et amendements, conférence sanitaire, Comité régional de l'organisation sanitaire, commission exécutive de l'ARH).

C'est sur cette base que le schéma régional d'organisation sanitaire a été adopté en 2006.

2. Un investissement important dans le développement de l'offre de soins

Les notions de restructuration et de rationalisation de l'offre de soins ne sont pas incompatibles avec le rattrapage dont l'archipel bénéficie depuis de nombreuses années, malgré une démographie médicale défavorable combattue par des dispositifs de recrutement exceptionnels efficaces mais onéreux.

La lutte contre la fuite des patients vers la métropole par l'amélioration de l'offre porte ses fruits. Les évacuations sanitaires ne concernent plus, pour l'essentiel, que la prise en charge de certains cancers, de la traumatologie lourde et de la chirurgie cardiaque.

Les équipements répondent aux besoins de la population. Le SROS consacre le principe d'un recours à l'offre de soins de façon graduée, de la proximité jusqu'au niveau de soins aigus. Ainsi, le CHU a été reconduit à la fois dans sa capacité à répondre à l'offre de premier recours et dans l'exercice d'activités hyperspécialisées. Pour exemple, il remplit une mission de centre unique de radiothérapie, a vocation à prendre en charge des chirurgies du cancer, assure la greffe rénale, les soins aux grands brûlés et la neurochirurgie pour l'inter-région Antilles-Guyane.

Sont bien développées les activités de cardiologie, de chirurgie et de neurochirurgie (la chirurgie cardiaque est effectuée à Fort-de-France), d'endocrinologie, de gynécologie-obstétrique et de Procréation médicale assistée (PMA), d'urologie.

La mise en place de la greffe rénale permet d'assurer sur place la prise en charge complète de l'insuffisance rénale, problème de santé publique majeur. L'installation d'un Ablatherm pour le traitement du cancer de la prostate (plus forte incidence française) permet également d'offrir toutes les solutions actuellement disponibles.

Deux sites publics (CHU et Centre hospitalier de Basse-Terre ou CHBT) prennent en charge les soins critiques et lourds : urgences lourdes, filière réanimation dont néonatale.

Les sites de moyen séjour pour les soins de suite font l'objet d'une répartition qui s'équilibre entre offre publique et privée.

Du point de vue de l'exigence de couverture de la totalité du territoire, la politique sanitaire s'appuie en priorité sur des promoteurs publics (Beauperthuy et Selbonne par exemple pour la côte sous-le-vent), parfois sur un mode dérogatoire en référence aux normes d'activité requises (activité obstétricale et chirurgicale à Marie-Galante).

Les hôpitaux et cliniques de la Guadeloupe ont su largement tirer profit des dispositifs du Plan hôpital 2007, avec des aides de l'ordre de 40 millions d'euros, et des fonds structurels européens, avec des aides FEDER-DOCUP de plus de 50 millions d'euros, pour un total de travaux, y compris de mise aux normes parasismiques, et d'achats d'équipements lourds (IRM, scanner, médecine nucléaire...) de près de 200 millions d'euros.

L'effort se poursuit au travers du Plan Hôpital 2012, de la marge de manœuvre régionale de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et des capacités propres des établissements. L'ARH a anticipé ces besoins en assurant la prise en charge de 50 % des coûts de la reconstruction complète de plusieurs établissements (Centre gérontologique du Raizet, hôpital local de Capesterre-Belle-Eau) et de la rénovation du Centre hospitalier de Beauprethuy de Pointe-Noire, trois établissements déterminants dans l'accueil des personnes âgées, pour un total de travaux de plus de 200 millions d'euros.

Des réseaux de soins ont été développés. Ils fonctionnent bien pour le diabète, le cancer, l'hypertension artérielle et l'asthme, un peu moins dans les domaines de la périnatalité, de la gérontologie, des addictions et de la pédiatrie. Le réseau soins palliatifs reste à créer.

Concernant la formation, une faculté de médecine assure le PCEM 1 (bientôt la deuxième année), la suite des études se déroulant à Bordeaux. Des formations paramédicales sont organisées sur place : infirmières, auxiliaires de puériculture, sages-femmes, préparateurs en pharmacie hospitalière, manipulateurs de radiologie). Une formation d'Infirmière de bloc opératoire diplômée d'État (IBODE) est assurée en partage en Martinique.

La surveillance épidémiologique est bien assurée par une antenne de l'Institut national de veille sanitaire et de la Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) basée à Fort-de-France. Deux médecins dédiés surveillent en priorité la leptospirose et la dengue et travaillent au développement de signaux d'alerte.

D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE

1. Les faiblesses de l'offre de soins

1.1. La démographie médicale

La croissance des effectifs des professionnels de santé ne permet toujours pas de combler le déficit que connaît la région, de lutter efficacement contre les principales affections qui touchent les populations et encore moins d'affronter les défis du vieillissement qui se profile. En effet, la densité médicale est encore l'une des plus faibles de France.

Les médecins de premier recours sont peu nombreux, inégalement répartis, avec une tendance à s'écarter de certaines zones. Ainsi, ce sont les bassins les plus éloignés des grandes agglomérations, rencontrant les plus grandes difficultés économiques, subissant le poids du vieillissement de leur population, souffrant de l'insuffisance des moyens de transport, qui connaissent une sous-densité médicale.

La permanence des soins de ville est relativement préservée, mais repose sur un dispositif en équilibre précaire, car le nombre de médecins non volontaires augmente. La proportion des médecins de garde varie de 15 % à 70 % selon les secteurs ; elle est environ d'un médecin sur trois. 80 % en moyenne des actes réalisés dans les services d'urgence concernent des soins non urgents.

De plus, la formation initiale est insuffisamment développée, la Guadeloupe serait apparemment peu attractive et la médecine générale de premier recours sans doute pas assez reconnue.

Il y a enfin très peu de psychiatres libéraux.

1.2. Les lacunes des établissements

Si le CHU bénéficie d'une offre de soins satisfaisante, il pêche par la vétusté de ses locaux, son inconfort et son ambiance sociale tendue. Il ne dispose que de peu de psychologues ou d'assistantes sociales.

Il connaît une situation financière difficile avec des déficits très importants et des plans de redressement ardu à mettre en œuvre. Les charges financières incluent des surplus de salaires de 25 % pour les personnels médicaux et de 40 % pour les personnels non médicaux. Malgré la majoration des tarifs de 25 % par rapport à la métropole dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), le sous-financement est réel. Le taux de précarité des populations soignées n'est pas assez pris en compte, pour le budget alloué aux missions d'intérêt général en particulier.

Si le télé-enseignement fonctionne, la télé-médecine est encore balbutiante, malgré la formation et l'envoi en stages de médecins hospitaliers.

Les postes de professeurs ne sont pas suffisants, comme le partenariat avec les universités métropolitaines, le télé-enseignement et la formation continue ou la mobilité des internes entre la métropole et l'Outre-mer.

La recherche n'est pratiquement pas développée. Son caractère émergent n'est pas reconnu et la part budgétaire consacrée à l'Outre-mer ne fait l'objet d'aucune majoration. Il existe cependant un centre de référence drépanocytose et un centre d'investigation clinique et épidémiologique pour certaines maladies spécifiques comme le cancer de la prostate.

La coopération avec les autres régions d'Outre-mer est insuffisamment poussée, qui permettrait notamment d'élaborer un schéma d'organisation interrégionale avec répartition des activités et des investissements et réflexion sur les filières de soins et les parcours thérapeutiques. C'est également le cas avec

les pays de la Caraïbe, vis-à-vis desquels il faudrait renforcer le partenariat pour consolider les établissements étrangers, à l'image du développement du centre de dialyse de la Dominique à Roseau.

L'étude de l'offre en psychiatrie fait apparaître un manque de places et de lits. Mais les secteurs s'étoffent en nombre de praticiens et les alternatives à l'hospitalisation sont bien développées. Le domaine souffre des demandes, quatre fois plus nombreuses qu'en métropole, d'hospitalisations sous contrainte. Le nombre élevé de ces demandes s'explique en partie par les effets des addictions et des multi-consommations de produits licites et illicites (le nombre de psychoses alcooliques est de 60 % supérieur à celui rencontré en métropole). L'absence de structure d'accueil et de resocialisation dans les communes est également à prendre en compte. La pédopsychiatrie est bien prise en charge mais subit également une surcharge. Parmi les enfants suivis, huit sur dix sont d'origine étrangère, conséquence probable de la précarité et des grossesses mal suivies.

Les établissements vivent dans le risque sismique, cyclonique et épidémique. Les constructions ne sont pour la plupart pas aux normes parasismiques et les investissements nécessaires sont lourds (550 millions d'euros pour le seul CHU, un milliard d'euros pour l'ensemble des structures de soins). Ces contraintes, ajoutées à l'éloignement, majorent en effet les coûts de 40 %. L'existence de ces risques devrait en outre conduire à prévoir des surfaces et des capacités plus importantes qu'en métropole relativement aux populations concernées, afin de faire face le cas échéant à une catastrophe majeure.

2. Une politique de prévention peu développée

Le Schéma régional d'éducation pour la santé, dont le principal objectif consistait à organiser, avec et pour les populations, un service public d'éducation pour la santé, est en sommeil, alors même que les indicateurs épidémiologiques sont décevants, voire alarmants. Un Comité guadeloupéen d'éducation à la santé (COGES) existe pourtant, qui met en place des formations et donne des conseils méthodologiques aux professionnels afin d'accompagner les éventuels promoteurs d'actions.

Le déficit en associations qui pourraient porter des projets empêche cependant un travail de proximité efficace.

Le Conseil général organise la Protection maternelle et infantile. Il a développé au moins un Centre local d'actions de santé et de solidarité (CLASS) par commune et dispose de moyens humains (30 sages-femmes). La PMI suit 42,8 % des grossesses sur le territoire. 43 % des femmes qui consultent sont étrangères. Des actions de prévention à domicile sont menées et les assistantes maternelles et familiales sont agréées par le Conseil général. Mais la mortalité périnatale reste forte et le taux de prématurés important. La précarité explique largement le faible suivi des grossesses.

De plus, la planification familiale est le parent pauvre de la PMI. Il n'est pour s'en convaincre que de constater le nombre des IVG pratiquées. Le nombre de conseillères familiales est très insuffisant. Les effectifs médicaux et paramédicaux ne permettent pas de répondre à l'ensemble des demandes de contraception d'urgence. Le recrutement des médecins n'est pas satisfaisant, sans doute pour une large part à cause des salaires peu attractifs offerts par la Fonction publique territoriale.

Les communes ne s'investissent pas dans l'ingénierie environnementale et ne semblent pas avoir souci de l'hygiène publique, avec des conséquences possibles sur la santé des populations en l'absence totale de prévention. Le manque de formation des élus dans ces domaines peut expliquer cet état de fait.

Face à la désocialisation d'un nombre croissant de personnes liée aux addictions et aux multi-consommations de produits licites et illicites, il existe peu d'équipements d'accueil de jour, de lieux d'écoute et de prise en charge des troubles du comportement. Ceci contribue fortement au développement de maladies psychiatriques.

La promotion des comportements favorisant la santé chez les jeunes en milieu scolaire se traduit notamment par un appel à projet « addictions » pour les collèges, à intégrer dans le projet pédagogique. L'ensemble de la démarche se heurte cependant à un obstacle de taille : la réticence du rectorat à faire de la place aux actions de prévention en santé dans les établissements scolaires, les référents n'étant pas soutenus par l'institution.

La Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS) finance les dépistages des cancers du sein et colorectal. Les discussions sont en cours pour le cancer du col de l'utérus et une réflexion est menée sur la méthodologie à mettre en place pour le cancer de la prostate.

La Caisse d'allocations familiales (CAF) participe à la Prestation d'accueil à la restauration scolaire (PARS), mais sans participer au contrôle diététique. Elle finance un programme de lutte contre l'obésité de l'enfant en accompagnant l'association qui porte le projet, soutenu par le Conseil général.

VII - SAINT-MARTIN

A - LE CONTEXTE

1. Situation géographique

L'île de Saint-Martin est située au nord de l'arc antillais, à égale distance de Porto Rico et de la Guadeloupe (260 kilomètres) et à une trentaine de kilomètres à l'ouest de l'île de Saint-Barthélemy. D'une superficie d'un peu plus de 90 km², elle est composée de deux parties, Grande-Terre et Terres-Basses, reliées entre elles par deux étroits cordons littoraux qui contiennent l'étang salé de Simpson Bay.

Le traité du mont Concorde ou de Concordia, portant « mutuelle assistance », signé le 13 mars 1648 entre la France et la Hollande a marqué les limites des deux souverainetés et partagé l'île en deux parties :

- une partie hollandaise de 34 km² au sud, Sint Maarten, avec pour chef-lieu Philipsburg ;
- une partie française de 56 km² au nord, avec le siège de la préfecture déléguée des Îles du Nord (Saint-Martin et Saint-Barthélemy), Marigot.

2. Population

Lors du recensement de 1999, l'INSEE a comptabilisé 29 112 résidents dans la partie française de Saint-Martin, Sint Maarten comptant pour sa part 30 599 habitants. Une dernière estimation réalisée en 2006 a permis de dénombrier plus de 35 000 habitants en secteur français. La population en situation irrégulière semble cependant importante et le bassin de population insulaire peut être estimé de 70 000 à 80 000 personnes dont 45 000 côté français (mais la frontière géographique reste très théorique).

La croissance annuelle de la population a été de 17,1 % dans le courant des années 1980, provoquant un triplement de la population entre 1982 et 1990. Cette croissance est revenue à 0,2 % en rythme annuel durant la décennie suivante.

35,9 % des habitants avaient moins de vingt ans et 71,7 % moins de quarante ans lors du dernier recensement, la moyenne d'âge se situant à 33 ans. Les femmes représentaient 51% du total et la population d'origine étrangère était de 36 %, conséquence de l'important flux migratoire des années quatre-vingts.

Le taux de natalité a baissé pour atteindre un niveau de 25 ‰ en 1999 contre 27,1 ‰ en 1990, demeurant cependant supérieur à ceux de la Guadeloupe (17,9 ‰) et de la métropole (12,8 ‰).

Saint-Martin comptait une population active de 14 476 personnes, en recul de 8,2 % par rapport à 1990 et représentant 49,7 % de la population totale (contre 58,9 % pour la partie hollandaise). Le secteur tertiaire prédomine avec 84,1 % des emplois. Le taux de chômage s'établit à 26,5 % (contre 17,5 % pour Sint Maarten). Les bénéficiaires du RMI sont au nombre de 1 000 environ.

Les principales langues pratiquées sur l'île sont dans l'ordre l'anglais, le français, l'espagnol et le papaminto (créole).

3. Statut et organisation

Le changement de statut répond à la volonté de la population et du gouvernement de doter l'île d'un statut tenant compte de ses spécificités géographiques. La population s'est prononcée le 7 décembre 2003 pour la création d'une Collectivité d'Outre-mer (COM), permettant l'exercice des compétences actuellement dévolues aux communes, aux départements et aux

régions, ainsi que celles qui pourront leur être transférées ultérieurement dans le cadre des futures lois de décentralisation. La ratification a abouti le 7 février 2007 à l'émergence de la Collectivité d'Outre-mer de Saint-Martin.

Saint-Martin n'est plus une commune, ceci entraînant de fait la disparition du Conseil municipal et de la fonction de maire. La Collectivité a vocation à s'administrer directement par le biais de ses élus et par la voie d'une nouvelle démocratie directe locale (droit de pétition et référendum local), d'où l'émergence de nouvelles institutions.

L'organisation politico-administrative peut être synthétisée comme suit :

- le Conseil territorial constitue l'assemblée délibérante élue pour cinq ans et composée de 19 membres ;
- le président du Conseil territorial est élu parmi ses membres pour la durée du mandat et joue le rôle d'organe exécutif de la Collectivité ;
- le Conseil exécutif de sept membres, élus en son sein par le Conseil territorial à la représentation proportionnelle, assiste le Président et reçoit les délégations ;
- le Conseil économique, social et culturel bénéficie de compétences d'initiative et de consultation. Il est obligatoirement consulté sur les projets d'actes et de délibérations à caractère économique, social ou culturel ;
- les conseils de quartier sont les organes consultatifs émettant des opinions au sujet des projets et réglementations spécifiques à leur ressort géographique ;
- un préfet délégué représente l'État et le gouvernement au sein des deux collectivités des îles de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy ;
- la Collectivité est représentée au Parlement par un sénateur et, à partir de 2012, par un député commun avec Saint-Barthélemy ;
- un conseiller représente Saint-Martin au Conseil économique, social et environnemental.

B - L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTÉ

1. L'offre hospitalière

Le Centre hospitalier Louis Constant Fleming de Saint-Martin dispose d'un total de 81 lits autorisés. Deuxième employeur de l'île, son effectif regroupe 289 personnels non médicaux et 42 personnels médicaux. Si le recrutement ne pose pas de problème particulier, le *turnover* médical s'avère très pénalisant dans le développement des projets.

Outre un service d'urgence et un SMUR, l'hôpital se compose d'un certain nombre de services : médecine, pédiatrie, néonatalogie (60 % des accouchées sont d'origine étrangère en 2008), gynécologie obstétricale, chirurgie, psychiatrie.

S'y ajoutent un hôpital de jour, un Centre d'accueil de la petite urgence (CAPU) et un Centre médico-psychologique adulte et de pédopsychiatrie.

Les assistantes sociales sont peu nombreuses (quatre postes au CH). Une carence générale est d'ailleurs constatée sur l'île en ce domaine.

Concernant l'activité, le nombre de passages aux urgences est quasi-stable (15 478 passages en 2008), comme le nombre de séjours (4 749 en 2008). Les journées d'hospitalisation sont en progression constantes (22 837 en 2008). 912 naissances ont été enregistrées en 2008.

Plus de 25 000 consultations ont été effectuées en 2008.

2. L'offre libérale

Vingt médecins généralistes sont présents à Saint-Martin. Il n'y a pas de problème de gardes, neuf de ces médecins s'étant portés volontaires pour les assurer.

L'île dispose également d'un certain nombre de spécialistes : trois ophtalmologistes, deux oto-rhino-laryngologistes, deux radiologues, un cardiologue, un rhumatologue.

L'offre libérale est complétée par un orthodontiste, une sage-femme, cinq cabinets d'infirmiers libéraux, trois orthophonistes, deux orthoptistes, des kinésithérapeutes (chiffres non communiqués).

Des vacations de libéraux ayant le statut de praticiens contractuels sont effectuées au sein de l'hôpital en ophtalmologie, cardiologie, stomatologie et urologie. Un projet de clinique ouverte, afin d'établir un lien entre le milieu hospitalier et la médecine de ville, prévoit la mise à disposition des praticiens libéraux des moyens de l'hôpital en personnels, matériels, blocs opératoires et personnels en contrepartie d'un reversement de 30 % des honoraires perçus à la structure hospitalière. Ceci permettrait d'augmenter le taux d'occupation des blocs et la rentabilité dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A).

3. L'offre de complément

La Collectivité dispose de trois dispensaires et d'un centre médico-social. Elle y assure notamment la protection maternelle et infantile : suivi des grossesses, notamment à risques, consultations et vaccinations des moins de six ans, activité de planification familiale, sensibilisation dans les lycées (prévention des grossesses précoces en particulier), contrôle des établissements d'accueil de jeunes enfants, des assistantes maternelles et des assistantes familiales.

L'objectif à terme est de transformer ces sites en Maisons de la solidarité et de la famille afin de développer l'ensemble des actions couvertes par le champ social et de mettre en place un guichet unique. Le déplacement d'équipes sera possible afin d'aller à la rencontre de la population dans les quartiers et de travailler sur la prévention. Le projet se heurte cependant à des difficultés de recrutement de travailleurs sociaux et de professionnels de santé, la nécessité du multilinguisme constituant un obstacle supplémentaire.

La santé scolaire existe et assure les examens obligatoires malgré des locaux souvent non adaptés à l'exercice de la médecine, mais aucune action, faute de moyens suffisants en personnel (un médecin et trois infirmiers pour dix-sept établissements et 8 000 élèves), n'est menée en matière de prévention et d'éducation à la santé.

Certaines associations interviennent dans le secteur sanitaire. Ainsi, « Liaisons dangereuses » assure le dépistage des infections sexuellement transmissibles et reçoit les utilisateurs de drogue dans le cadre d'un Centre de soins spécialisés en toxicomanie. Elle mène également des actions de prévention à l'occasion de manifestations scolaires ou de quartiers. Elle a pour objectif d'étendre ses activités en développant un volet exclusion au travers d'une plateforme d'accueil.

Le faible milieu associatif fait cependant douter de la capacité de dégager des porteurs de projets, notamment dans le domaine du handicap pourtant fortement déficitaire en nombre de structures.

4. Les pathologies rencontrées

Il convient en préambule de relever l'absence sur l'île d'un observatoire de la santé. L'Observatoire régional de la santé de Guadeloupe (ORSAG) n'intervient que très peu sur les Îles du Nord.

Les pathologies recensées sont d'abord chroniques :

- diabète et obésité (le taux d'amputation est particulièrement élevé) ;
- insuffisance rénale chronique ;
- hypertension artérielle ;
- maladies cardio-vasculaires.

Les pathologies psychiatriques sont en très forte augmentation, en liaison avec la toxicomanie (et notamment le crack) et la déshérence sociale.

Les infections sexuellement transmissibles et le VIH sont très présents. L'estimation de 1 500 séropositifs sur la partie française de l'île la situerait au premier rang national en proportion de sa population, avant même la Guyane. Cette estimation repose cependant sur le modèle mathématique d'ONU/SIDA et est contestée. La file active des patients au Centre hospitalier se monte à 430 personnes.

Dengue, tuberculose et drépanocytose sont également prévalentes.

Beaucoup de maladies, notamment les cancers, sont malheureusement très souvent décelés très tardivement, en raison de l'extrême précarité de certaines franges de la population et d'habitudes de vie qui éloignent de l'univers médical.

Enfin, les grossesses précoces sont particulièrement nombreuses. En 2008, dix-sept parturientes avaient entre treize et seize ans.

5. Les Évacuations sanitaires (EVASAN)

Elles sont en constante diminution depuis 2005, passant de 242 à 139 en 2008, grâce à l'amélioration de l'offre de soins.

Les seuls vecteurs d'évacuation sanitaire aéroportée sont constitués par des sociétés privées dont l'activité dédiée aux EVASAN peut être sujette à caution en raison des activités de ces sociétés et de leurs contraintes de fonctionnement.

La certitude des EVASAN n'est pas totalement assurée, ni donc la sécurité de la prise en charge immédiate.

C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME

1. Un hôpital en développement aux compétences reconnues

Après avoir connu des difficultés financières et budgétaires, le Centre hospitalier a bénéficié d'un rebasage budgétaire fin 2005 et signé début 2006 un contrat de retour à l'équilibre avec l'Agence régionale de l'hospitalisation de Guadeloupe. Il dispose d'un budget 2009 de 36,5 millions d'euros, auquel s'ajoutent 3,2 millions d'euros pour les soins urgents.

L'instruction très lente des dossiers par la Caisse générale de Sécurité sociale de la Guadeloupe induit un retard moyen de paiement des prestations avoisinant les dix-huit mois et en conséquence une importante avance de trésorerie de la part du Centre hospitalier, soumis à la T2A. Le Centre hospitalier est excédentaire de 170 000 euros sur l'exercice 2008.

Outre l'offre de soin décrite plus haut, le Centre hospitalier est très actif dans son implication dans les missions liées aux réseaux :

- missions de santé publique (IST, lutte contre la tuberculose, vaccinations) ;
- réseau périnatalité ;
- réseau diabète, hypertension artérielle, oncologie ;
- lutte contre la drépanocytose.

Il a notamment en projet :

- l'amélioration de la prise en charge du diabète et de l'obésité ;
- la progression de l'accueil des enfants et adolescents pour les maladies pédiatriques et la drépanocytose ;
- la création d'une unité de maladies infectieuses et tropicales ;

- le développement de la chimiothérapie.

Le Centre hospitalier s'investit d'autre part largement dans les actions de prévention : lutte contre les IST et la tuberculose, vaccinations.

Des missions sont conduites dans le cadre d'une convention avec le CHU de Pointe-à-Pitre. Elles portent sur l'endocrinologie, la chirurgie pédiatrique, l'oto-rhino-laryngologie et la chirurgie ORL, la dermatologie et l'oncologie. Les difficultés actuelles du CHU de Pointe-à-Pitre, hôpital de recours, conduisent à un repli actuel sur le CHU de Fort-de-France, pôle régional dans le domaine de la neurochirurgie par exemple.

Le Centre hospitalier est hôpital de secteur en psychiatrie pour les Îles du Nord. Ceci répond à une demande forte liée à un stress important de la population qui peut s'expliquer par un taux de chômage très élevé, le désarroi d'un certain nombre de métropolitains déphasés et la forte consommation de produits psychotropes.

Le Centre hospitalier disposera à terme de dix-neuf places en psychiatrie dont trois chambres d'isolement, neuf places étant externalisées par rapport à l'hôpital.

L'hôpital est aujourd'hui reconnu dans ses compétences par les populations locales. Malgré les progrès effectués, il se dégage cependant une impression de fragilité, l'ensemble de l'édifice, sans doute plus qu'ailleurs, reposant sur les hommes actuellement en place tant au sein de la direction administrative que du staff médical.

2. Une forte implication des services de l'État

La création voici trois ans à Saint-Martin pour les deux Îles du Nord d'une antenne de la Direction de la santé et du développement social et de l'Agence régionale de l'hospitalisation, avec une équipe encadrée par un Inspecteur des affaires sanitaires et sociales, a permis de coordonner sur place l'ensemble des actions auparavant menées uniquement sous la forme de missions à partir de la Guadeloupe.

Ceci fait suite à une longue période de défaillance de la puissance publique dans son ensemble (État, Conseil régional et Conseil général) qui a laissé une situation largement sinistrée dans les domaines de l'assainissement, des adductions d'eau, de l'état des routes, de la restauration scolaire... et de la santé en général.

Ont ainsi pu être mieux gérés :

- l'accompagnement de la modernisation du nouvel hôpital construit en 2003, avec des contrôles réguliers dans le cadre d'une démarche de partenariat ;

- la veille sanitaire : un dispositif local a été développé, afin de travailler notamment sur la dengue (surveillance de l'apparition des symptômes par des médecins sentinelles, remontée des informations, coopération avec la partie hollandaise), et un protocole spécifique de signalement des médicaments et de certains produits dangereux existe ;
- la lutte anti-vectorielle ;
- le contrôle des eaux de baignade et potables (une usine de dessalement a été installée dans chaque île, fonctionnant en osmose inverse et non plus sur le principe du chauffage de l'eau, qui pouvait entraîner un risque de légionellose) ;
- la gestion des situations d'urgence : les plans blancs des deux hôpitaux ont été élaborés ;
- la mise à jour et la vérification des diplômes des professionnels de santé, afin de lutter contre les fraudes ;
- les transports sanitaires terrestres et aériens ;
- l'accompagnement et le contrôle des structures médico-sociales : Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD) de 40 places (100 enfants sont actuellement en liste d'attente), Service de soins infirmiers à Domicile (SSIAD), Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 40 places (une maison de retraite est en projet), Centre de soins spécialisés en toxicomanie (CSST).

Une question épineuse demeure : la gestion des remboursements des dépenses de santé. À la suite d'un audit, la Caisse générale de Sécurité sociale de la Guadeloupe a nommé une directrice d'agence CGSS à Saint-Martin afin de donner plus d'autonomie en local. Se fait dès lors jour un espoir de diminution des importants délais de remboursement comme d'enregistrement des dossiers, notamment des naissances et des créations de droits. Il est cependant trop tôt pour porter un jugement sur la réussite de la démarche.

La création prochaine de l'Agence régionale de santé (ARS) de la Guadeloupe permet d'espérer la création d'une antenne pour les Îles du Nord. Ceci devrait entraîner une amélioration de la gestion de la CGSS. Il serait souhaitable dans le futur cadre institutionnel qu'une convention entre la préfecture et l'ARS donne à la préfecture des Îles du Nord la fonction d'antenne de l'ARS.

D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE

1. Un déficit de formation des Saint-Martinois aux métiers de la santé

Seuls 12,86 % des emplois hospitaliers sont occupés par des Saint-Martinois d'origine. Parmi eux, trois seulement sont cadres (un médecin, une sage-femme et un cadre soignant). Aucun n'occupe de poste d'infirmière.

Le souci est amplifié par le fait que les emplois occupés par les non Saint-Martinois connaissent une rémunération assortie d'un taux de 40 % pour faire face à la cherté de la vie et de l'Indemnité particulière de sujétion insulaire (IPSI), indemnité d'éloignement représentant seize mois de salaire versés en trois tranches si l'agent reste sur place quatre ans révolus. Hors ces avantages, les recrutements qualifiés seraient fortement remis en question, et en conséquence le maintien de la permanence et de la qualité des soins.

2. Une offre de soins hospitalière à développer

Divers axes doivent être poursuivis.

- L'éloignement de l'île nécessite la mise en place de moyens de communication très performants. Équipé d'un matériel de visioconférence, le Centre hospitalier doit se doter des possibilités de transmission en télé-médecine vers les CHU de recours et vers les États-Unis puisqu'un certain nombre de patients en proviennent. Ceci permettrait notamment de mieux diagnostiquer et de diminuer encore les coûts liés aux évacuations sanitaires.
- La Fédération des urgences des hôpitaux des Îles du Nord, constituée par le Centre hospitalier de Saint-Martin et l'hôpital local de Saint-Barthélemy dans le cadre de leur direction commune, a apporté une réponse satisfaisante à la mutualisation des moyens médicaux pour assurer la permanence des soins d'urgence et des évacuations sanitaires. Il convient cependant d'aller plus loin dans un souci de logique et d'efficacité. En effet, le SAMU de référence régulateur des interventions est le CHU de Pointe-à-Pitre dont les opérateurs ne maîtrisent pas l'ensemble des langues pratiquées à Saint-Martin.
- Concernant les évacuations sanitaires et au regard des incertitudes évoquées plus haut, la population ne dispose pas d'un vecteur aéroporté dédié au Centre hospitalier et adapté aux conditions météorologiques locales. de type hélicoptère de la Protection civile (et qui servirait évidemment également pour Saint-Barthélemy).
- Le Centre hospitalier de Saint-Martin remplit un éventail de missions plus large que les autres hôpitaux, notamment métropolitains, au travers par exemple des missions de santé publique, essentiellement de prévention, qui lui sont confiées. D'autre part, le Centre hospitalier présente une capacité d'hébergement insuffisante au regard de la demande de soins et déborde vers des missions d'action sociale du fait

de l'absence ou de l'insuffisance de réponse du réseau médico-social insulaire (protection de l'enfance et insuffisance de places d'accueil en foyer, d'où l'occupation de places de pédiatrie en raison de problèmes parentaux ; traitement long des dossiers d'aide sociale et d'allocations pour les personnes âgées, hébergées au Centre hospitalier en attente de places dans des structures adéquates ; traitement des demandes d'allocation pour les personnes handicapées, parfois également hébergées en attente). Les appartements thérapeutiques gérés par l'association Aides ne suffisent pas et l'on constate un retour vers le secteur hospitalier des personnes concernées.

- Une réflexion sur le développement de l'offre doit être menée avec le double souci de la réponse à la demande de soins en progression constante et de l'efficacité financière, liée notamment à la réduction du nombre d'évacuations sanitaires. En effet, l'offre est encore insuffisante, en particulier dans les domaines suivants : cardiologie et appareil vasculaire, dermatologie, endocrinologie, urologie. De même, la prévention fait encore largement défaut, concernant notamment la dengue, le diabète et l'obésité, les maladies pédiatriques et l'infectiologie. L'absence d'un observatoire de la santé interdit de bénéficier de données plus complètes sur les pathologies recensées.

3. Une coopération sanitaire entre Saint-Martin et Sint Maarten très insuffisante

La partie hollandaise de l'île est située en dehors du champ de la législation européenne puisque dépendant du gouvernorat de Curaçao.

Deux établissements de soins se partagent en conséquence la prise en charge des patients à hospitaliser et à secourir en urgence : le Centre Hospitalier Louis Constant Fleming côté français, le *Medical Center* côté hollandais. Ce dernier est un établissement privé à but lucratif ne disposant pas d'un plateau technique et d'infrastructures de la même ampleur que le Centre hospitalier de Saint-Martin. La politique de santé publique est quasi-inexistante à Sint Maarten.

Pour cette raison, comme pour d'autres liées à des considérations financières, le *Medical Center* de Sint Maarten n'accepte pas d'accueillir tous les patients, qui sont alors orientés vers le Centre hospitalier de Saint-Martin, dont 45 % de la fréquentation est constituée par des non assurés sociaux, la plupart de nationalité étrangère (Haïti, Saint-Domingue, Sint Maarten, Saint-Kitts and Nevis, Anguilla...).

Il importe de relever que les professionnels de santé de Saint-Martin ne peuvent juridiquement exercer sur l'ensemble de l'île et que des moyens sanitaires français ne peuvent dès lors être déportés côté hollandais, ce qui pose en particulier problème en matière de prévention et d'épidémiologie.

La mise en place de certains groupes de travail est aujourd'hui envisagée afin d'explorer les pistes possibles de coopération en matière de :

- soins hospitaliers ;
- veille et urgence sanitaires et lutte contre la dengue ;
- santé publique : lutte contre le VIH/SIDA, vaccinations, qualité des eaux... ;
- questions d'hygiène et vétérinaires : santé animale et sécurité sanitaire des aliments ;
- affaires sociales ;
- protection sociale.

Une déclaration d'intention confirmant cette approche est à la signature du préfet délégué, du président de la Collectivité de Saint-Martin et du Lieutenant-gouverneur hollandais.

L'évolution institutionnelle prévue l'an prochain de la partie hollandaise, avec autonomisation de Sint Maarten par rapport à Curaçao, concomitamment à la création de l'Agence régionale de santé côté français, permet d'espérer une évolution favorable de la situation.

VIII - SAINT-BARTHÉLEMY

A - LE CONTEXTE

1. Situation géographique

L'île de Saint-Barthélemy est située à 6 500 kilomètres de Paris et à 230 kilomètres au nord-ouest de la Guadeloupe, à la charnière des Grandes et des Petites Antilles. D'une superficie de 21 km², elle est hérissée de collines sèches d'origine volcanique abritant une végétation rare et essentiellement épineuse dans un climat aride. Les côtes sont découpées et creusées d'anses de sable fin.

2. Population

Lors du recensement de 1999, l'INSEE a comptabilisé 6 852 résidents, soit une hausse de 36 % par rapport à 1990 et un taux de croissance de 3,5 % par an, très inférieur à celui observé dans les années 1980 (6,4 %). L'estimation de 2007, dont les résultats sont encore partiels, a permis de dénombrier 8 450 habitants, soit une nouvelle augmentation de 23 % par rapport à 1999.

La population de l'île vieillit, la part des moins de quarante ans diminuant de 7,5 % et celle des plus de soixante ans progressant de 6,4 %. Les femmes représentent 47 % du total.

Le taux de natalité a diminué significativement, passant de 13,4 ‰ en 1990 à 11,9 ‰ en 1999, inférieur à ceux de la Guadeloupe (17,9 ‰) et de la métropole (12,8 ‰).

La population étrangère ne constitue que 7,4 % des habitants. La population métropolitaine augmente évidemment sensiblement pendant la haute saison touristique.

La population active s'élève à 5 192 personnes en 2007. Le secteur tertiaire prédomine dans une activité économique essentiellement tournée vers le tourisme en concentrant 71,3 % des emplois. Les services marchands non financiers, le commerce et le BTP sont fortement représentés. Saint-Barthélemy connaît un taux de chômage stable et très faible (165 chômeurs en 2007). Les dernières statistiques disponibles font état de 73 bénéficiaires du RMI, soit un peu moins de 1 % de la population.

3. Statut et organisation

Le changement de statut répond à la volonté de la population et du gouvernement de doter l'île d'un statut tenant compte de ses spécificités géographiques. La population s'est prononcée le 7 décembre 2003 pour la création d'une Collectivité d'Outre-mer (COM), permettant l'exercice des compétences actuellement dévolues aux communes, aux départements et aux régions ainsi que des compétences d'État dont, à titre d'exemple, la fiscalité et l'urbanisme. Dans l'avenir, la COM pourra solliciter le transfert d'autres compétences. La ratification a abouti le 7 février 2007 à l'émergence de la Collectivité d'Outre-mer de Saint-Barthélemy.

Saint-Barthélemy n'est plus une commune, ceci entraînant de fait la disparition du Conseil municipal et de la fonction de Maire. La Collectivité a vocation à s'administrer directement par le biais de ses élus et par la voie d'une nouvelle démocratie directe locale (droit de pétition et référendum local), d'où l'émergence de nouvelles institutions.

L'organisation politico-administrative peut être synthétisée comme suit :

- le Conseil territorial constitue l'assemblée délibérante élue pour cinq ans et composée de 19 membres ;
- le président du Conseil territorial est élu parmi ses membres pour la durée du mandat et joue le rôle d'organe exécutif de la Collectivité ;
- le Conseil exécutif de sept membres, élus en son sein par le Conseil territorial à la représentation proportionnelle, assiste le président et reçoit les délégations ;
- le Conseil économique, social et culturel bénéficie de compétences d'initiative et de consultation. Il est obligatoirement consulté sur les projets d'actes et de délibérations à caractère économique, social ou culturel ;
- un préfet délégué représente l'État et le gouvernement au sein des deux collectivités des îles de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy ;
- la Collectivité est représentée au Parlement par un sénateur et, à partir de 2012, un député commun avec Saint-Martin ;

- un conseiller représente Saint-Barthélemy au Conseil économique, social et environnemental.

B - L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

1. L'offre hospitalière

Elle est concentrée au sein de l'hôpital de Bruyn. Fondé en 1930 par le père de Bruyn, curé de la paroisse, il s'est placé sous l'égide du diocèse jusqu'en 1970, puis sous celle du Conseil général, avant d'être érigé en hôpital local communal en 1988 et transformé en hôpital public hospitalier en 1991 par dévolution de ses biens à l'hôpital par le Conseil général. Depuis 2006, une direction commune au Centre hospitalier de Saint-Martin et à l'hôpital de Bruyn de Saint-Barthélemy a été mise en place.

L'hôpital dispose d'un service d'urgence avec un véhicule d'intervention. Il s'est doté en 2008 d'une table de radiologie numérisée qui constitue une aide précieuse au diagnostic. Les praticiens hospitaliers sont au nombre de quatre et la permanence des soins est assurée. Dix lits de médecine et sept lits de soins de suite complètent l'offre. Un kinésithérapeute intervient chaque matin dans l'hôpital, une podologue une fois par mois.

Hormis l'accueil des urgences, les quatre médecins, tous urgentistes, assurent la prise en charge et le suivi des hospitalisés en médecine et soins de suite. Les patients en soins de suite relèvent en réalité du long séjour, certains se trouvant dans l'établissement depuis plus de vingt ans. La construction d'un EHPAD permettra leur placement dans cette structure.

Concernant l'activité, le nombre de passages aux urgences est en constante augmentation (de 24 % en 2008 avec 4 770 passages, dont environ 15 % de touristes). L'activité de médecine enregistre une très légère baisse en termes d'entrées (702 séjours en 2008), mais le nombre de journées d'hospitalisation est en progression (de 46 %, avec un taux d'occupation de 76 %), comme les journées en soins de suite, avec un taux d'occupation de 94 %.

Des consultations avancées sont aussi assurées par le CHU de Pointe-à-Pitre en endocrinologie et en cardiologie.

4 070 consultations et 476 consultations avancées ont été effectuées en 2008.

L'hôpital est géré selon le principe de la Dotation globale de fonctionnement (DGF) et non selon celui de la tarification à l'activité (T2A).

2. L'offre libérale

Huit médecins généralistes sont installés sur l'île. Trois sont conventionnés et les tarifs peuvent être élevés chez les autres (jusqu'à 150 euros une visite le week-end), ce qui pose un problème d'égalité d'accès aux soins et incite nombre d'habitants à s'adresser aux urgences de l'hôpital.

Les spécialistes se limitent à un gynécologue-obstétricien, un ophtalmologiste, un rhumatologue et un radiologue. Cette offre est complétée par des déplacements réguliers de spécialistes venant de Saint-Martin pour assurer des consultations ce qui évite les déplacements des patients. Un Laboratoire d'analyses biomédicales (LABM) exerce son activité.

Les infirmières libérales sont au nombre de cinq et les kinésithérapeutes de neuf.

Il faut signaler que les frais de transport pour des visites chez les spécialistes de Saint-Martin prescrites par des médecins libéraux de Saint-Barthélemy ne sont pas remboursés. Seul l'hôpital peut prescrire des évacuations sanitaires.

3. Les pathologies rencontrées

Il s'agit d'abord de pathologies chroniques :

- diabète ;
- insuffisance rénale chronique ;
- accidents vasculaires cérébraux ;
- affections respiratoires.

Les pathologies psychiatriques progressent (démences, suicides et dépressions), comme les cancers. La dengue, comme sur les autres îles antillaises, est présente, alors que la drépanocytose l'est peu.

Certains facteurs de risques développent des prévalences : tabac, alcool, nutrition ou conditions de travail.

Les accidents, de la route ou de chantiers, engendrent de nombreux traumatismes.

Il existe enfin une particularité locale : la ferritine, fort répandue, qui correspond à un taux élevé de fer dans le sang et entraîne des risques vasculaires nécessitant des saignées régulières.

Cependant, aucun observatoire de la santé n'existe sur l'île et l'Observatoire régional de la santé de Guadeloupe (ORSAG) n'intervient que très peu.

4. Les Évacuations sanitaires (EVASAN)

Elles sont comprises depuis cinq ans entre 100 et un peu plus de 200 par an (155 en 2008).

Assurées par le médecin d'astreinte, elles sont essentiellement effectuées par avion avec une compagnie privée, les patients relevant de pathologies psychiatriques étant évacués en bateau.

Les destinations concernent majoritairement Saint-Martin, les pathologies les plus lourdes étant dirigées vers Pointe-à-Pitre ou Fort-de-France.

5. Le remboursement des prestations sanitaires

La Caisse générale de Sécurité sociale de la Guadeloupe envoie quinze jours par mois un agent à Saint-Barthélemy, qui est hébergé aux frais de la Collectivité.

Le système reste cependant peu efficace, avec des remboursements connaissant de lourds retards (un délai de quatre mois est considéré comme normal).

C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME

1. Le partenariat avec le Centre hospitalier de Saint-Martin

Par convention de partage d'activité, un certain nombre de moyens a pu être mis en commun avec le Centre hospitalier de Saint-Martin : pharmacien un jour par semaine, maintenance du matériel biomédical, médecin DIM (informatique médicale), informaticien, gestion des risques.

La mutualisation des moyens médicaux est également permise par la Fédération inter hospitalière des urgences des Îles du Nord (Saint-Martin/Saint-Barthélemy).

Des consultations avancées de chirurgie orthopédique ou viscérale, d'anesthésie-réanimation et de sages-femmes sont organisées. Le secteur de psychiatrie intervient à Saint-Barthélemy à raison d'une fois par semaine pour les adultes comme pour les patients infanto-juvéniles. Une antenne locale a récemment été créée avec un mi-temps de psychologue et un mi-temps d'infirmier.

Ce partenariat, essentiel, est encore insuffisamment développé en consultations avancées, notamment en cardiologie et en endocrinologie, mais également en dermatologie.

Il devrait aussi permettre de mettre l'accent sur la prévention. Aujourd'hui, celle-ci est peu développée. Un médecin du travail a repris ses visites dans le secteur du BTP. Une infirmière à mi-temps assure la médecine scolaire, un médecin ne s'étant pas déplacé depuis un an.

La Protection maternelle et infantile est assurée au sein d'un dispensaire dans le cadre d'une convention signée entre la Collectivité et le Conseil général de la Guadeloupe. Au sein de ce dispensaire sont également effectuées des dialyses par l'Association pour l'utilisation du rein artificiel (AUDRA) et des vaccinations pour les plus de six ans par l'hôpital, qui offre aussi des consultations sur la tuberculose et en pédopsychiatrie et bientôt sur le VIH.

2. Un projet de construction et de rénovation en voie d'achèvement

Les locaux de l'hôpital ont d'ores et déjà été largement rénovés, pour ce qui concerne en particulier l'accueil, les lieux d'hospitalisation et les espaces réservés à la logistique. Les services administratifs le seront ensuite.

La radiologie sera bientôt réaménagée, afin de permettre la réalisation du projet d'implantation d'un scanner. Un pôle imagerie publique et privée pourra être développé, avec l'intervention régulière d'un radiologue libéral de Saint-Martin et d'un manipulateur privé de radiologie présent sur l'île.

Un projet d'EHPAD de trente lits doit voir le jour cette année. Il aura le statut de service de l'hôpital. La cuisine et la buanderie, en position centrale, seront communes aux deux sites de l'hôpital et de l'EHPAD.

Il faut cependant signaler qu'aucune structure pour handicapés n'existe sur Saint-Barthélemy.

D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE

1. La qualité des évacuations sanitaires

Si l'autorisation de décoller de nuit a récemment été accordée, il est impossible d'atterrir de nuit à Saint-Barthélemy, sauf pour l'hélicoptère de la protection civile, basé à Pointe-à-Pitre et long à mobiliser. Le départ trop tardif d'un avion de Saint-Barthélemy peut donc entraîner l'immobilisation sur un autre aéroport de l'avion, du pilote et du médecin accompagnateur, provoquant d'importants surcoûts.

La pose d'un avion sur l'aéroport de Juliana, dans la partie hollandaise de Saint-Martin, sur dérogation exceptionnelle, est facturée 250 dollars par heure après 22 heures. La pose sur l'aéroport de Grand-Case, en territoire français, est aujourd'hui réglementairement possible mais le personnel d'astreinte nécessaire n'est pas mis à disposition par les autorités aéroportuaires.

Il n'existe pas de contrat pour les évacuations sanitaires entre l'hôpital et l'avionneur de Saint-Barthélemy, qui préfère fonctionner au coup par coup (ce qui poserait difficulté si l'ensemble des appareils était occupés, notamment en période de haute fréquentation).

2. Les difficultés liées à la double-insularité

Malgré la double-insularité au regard de la métropole et de la Guadeloupe, le développement d'un réseau de télémédecine n'a pas encore eu lieu afin de faciliter la transmission des données, particulièrement en direction :

- du Centre hospitalier de Saint-Martin ;
- du cabinet de radiologie ;
- des États-Unis (des liens existent déjà avec des fondations américaines qui financent certains équipements lourds de l'hôpital et la clinique de Cleveland propose de centraliser les données).

L'ARH de Guadeloupe a désigné le Centre hospitalier de Saint-Martin comme porteur de projet pour les deux établissements des Îles du Nord. Une phase de consultation des opérateurs est en cours. Devront suivre une première estimation des coûts, un appel d'offres et une installation en parallèle du pôle d'imagerie médicale public-privé à l'hôpital de Saint-Barthélemy.

Ceci devrait permettre à la fois de gagner du temps en termes de diagnostic et de diminuer significativement les évacuations sanitaires.

3. La spécificité des femmes enceintes

Une centaine de grossesses sont enregistrées chaque année. La plupart des parturientes accouchent à Saint-Martin.

Elles sont donc contraintes de partir quinze jours, voire trois semaines, avant l'accouchement. Cette situation, traumatisante pour les primo-parturientes et difficilement acceptable socialement et familialement, engendre en outre des coûts importants d'hébergement, qui ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale (Caisse générale de Sécurité sociale de la Guadeloupe), pas plus que le billet d'avion du conjoint.

Dans les faits, de nombreuses femmes attendent le dernier moment pour quitter l'île, ceci entraînant d'importants risques médicaux.

Un hôtel hospitalier est cependant en projet sur le site du Centre hospitalier de Saint-Martin pour l'accueil, notamment, des femmes enceintes et des familles des hospitalisés de Saint-Barthélemy.

Se pose là encore la question, commune à de nombreux territoires ultramarins, de l'inscription des nouveau-nés à l'état-civil d'une autre île. Pratiquement plus aucun enfant ne naît ni n'est enregistré à Saint-Barthélemy.

IX - SAINT-PIERRE ET MIQUELON

A - LE CONTEXTE

1. Situation géographique

Situé dans l'Atlantique Nord, à l'embouchure du Saint-Laurent, l'archipel de Saint-Pierre et Miquelon se situe à 4 750 kilomètres de Paris, à 1 220 kilomètres de Montréal (trois heures d'avion), à 560 kilomètres de la ville d'Halifax, capitale de la province canadienne de la Nouvelle-Ecosse et à moins de 25 kilomètres des côtes sud de la province canadienne de Terre-Neuve et du Labrador.

Seul territoire resté français en Amérique du nord, l'archipel de Saint-Pierre et Miquelon dispose d'une superficie de 242 km². Saint-Pierre est la plus petite des trois îles principales, avec environ 26 km². Miquelon (110 km²) est reliée par un isthme de sable à Langlade (91 km²).

Le climat est océanique, froid et humide avec une forte modération maritime. Lieu d'affrontement entre les poussées d'air froid arctique et les masses d'air maritime plus douces, l'archipel est également le lieu de rencontre du courant océanique chaud du Gulf Stream et de celui, froid, du Labrador. La température moyenne hivernale avoisine - 3° C et le facteur éolien est important. L'été, la température moyenne est de 16° C, avec certains jours un brouillard très dense en juin et juillet.

2. Population

Jacques Cartier fait escale aux îles Saint-Pierre et Miquelon en 1536. La période qui s'étend de 1689 à 1816 sera une période d'hostilité entre la France et La Grande-Bretagne ; les habitants paieront un lourd tribut à ces conflits. Il faudra attendre 1816 pour que l'archipel ne connaisse plus aucune attaque et que les familles ne soient plus déportées.

La population est principalement d'origine normande, bretonne, basque mais aussi acadienne et de la côte sud de Terre-Neuve.

Le recensement de 2006 dénombrait une population de 6 125 habitants, dont 5 509 à Saint-Pierre et 616 à Miquelon. La population de l'archipel a diminué de 191 habitants (- 3 %) depuis le recensement de 1999 dont 109 à Saint-Pierre et 82 à Miquelon. Les départs concernent essentiellement les personnes âgées de 40 à 49 ans et de 10 à 19 ans, ce qui semble correspondre à l'émigration de familles entières. L'analyse de la démographie laisse apparaître un phénomène général et progressif de recul de la natalité et de vieillissement de la population.

La proportion des jeunes de 20 à 30 ans est passée de 12,6 % en 1999 à 9,6 % en 2006. L'archipel est confronté à d'importants départs de jeunes en âge de faire leurs études ou de trouver un emploi. Le taux de chômage des 20/24 ans a atteint 27,8 % en 2006, les jeunes hommes étant les plus touchés avec un taux de 36,2 %.

Jusqu'au début des années 1990, l'économie de l'archipel reposait principalement sur la pêche industrielle. Depuis, cette activité économique s'est effondrée à cause de l'épuisement de la ressource, de l'arbitrage du tribunal de New-York qui a réduit considérablement les zones de pêche traditionnelles en 1992 et du moratoire de 1994 imposé par le Canada pour la gestion des stocks de poissons.

Après une période de recours au fonds national pour l'emploi, les pouvoirs publics ont mis en place un grand nombre de mesures visant à maintenir le taux d'activité. Un transfert d'activité de la main d'œuvre masculine s'est effectué vers le secteur du bâtiment et des travaux publics, largement dépendant de la commande publique. Le secteur du BTP, tout comme celui du tourisme et de la pêche, est marqué par une forte saisonnalité. Le premier employeur de l'archipel est l'administration, plus du quart de la population active (fonction publique d'État, territoriale et hospitalière) en dépendant.

3. Statut et organisation

L'archipel de Saint-Pierre et Miquelon a été régi par trois statuts successifs : d'abord Territoire d'Outre-mer (TOM) en 1946, puis Département d'Outre-mer (DOM) du 19 juillet 1976 à juin 1985, sa situation est aujourd'hui celle d'une Collectivité territoriale, depuis la loi n°85-595 du 11 juin 1985 portant statut de l'archipel. La loi organique et la loi ordinaire de février 2007 introduisant de nouvelles dispositions statutaires et institutionnelles dans le cadre de la révision constitutionnelle de l'Outre-mer sont venues compléter cette évolution institutionnelle.

L'archipel, de par son statut de Collectivité d'Outre-mer, exerce les compétences dévolues en métropole à un département et à une région, avec une Collectivité territoriale unique pour ces deux champs de responsabilités.

La loi s'applique de plein droit à Saint-Pierre et Miquelon, son statut spécifique plaçant la Collectivité sous le régime de l'inclusion législative (les lois de la République y sont applicables sans mention spécifique nécessaire). Toutefois, la Collectivité territoriale détient des compétences propres dans les domaines douanier, de la fiscalité, du logement et de l'urbanisme.

L'archipel est associé à l'Union européenne dans le cadre de la décision n°91-482 du 25 juillet 1991, révisée le 24 novembre 1997. Il bénéficie du statut spécial de région ultrapériphérique qui lui confère certains droits, essentiellement en matière de protection des ressources et de l'activité de la pêche. La Collectivité ne fait cependant pas partie du territoire communautaire européen, même si la population française de l'archipel est citoyenne de l'Union européenne.

L'organisation politico-administrative peut-être synthétisée comme suit :

- un préfet représente l'État ;
- la Collectivité territoriale comprend 19 membres élus, représentant deux circonscriptions qui correspondent aux deux communes : Saint-Pierre (15 conseillers) et Miquelon-Langlade (4 conseillers) ;
- chaque commune dispose d'un conseil municipal ;
- un Conseil économique, social et culturel est consulté par la Collectivité territoriale et peut s'autosaisir ;
- un député ;
- un sénateur ;
- un représentant du Conseil économique social et environnemental.

B - L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTÉ

1. Organisation de l'offre de santé

L'offre de soins libérale est limitée à un médecin généraliste, un pharmacien, un dentiste, un centre dentaire mutualiste, un psychologue et un pédicure-podologue. L'archipel semble peu attractif dans un contexte de pénurie médicale nationale, et ce malgré les aides à l'installation proposées par l'assurance maladie.

L'offre sanitaire de l'archipel est organisée comme suit : un hôpital de premier recours situé à Saint-Pierre, le Centre hospitalier François Dunan (CHFD) ; un poste médical situé à Miquelon ; un secteur libéral peu développé complété par un centre de santé qui gère la majorité de l'offre de soins de ville.

Dans l'archipel, l'offre de soins s'articule à trois niveaux :

- ce qui peut se faire localement avec les équipes médicales et para médicales présentes en permanence dans l'archipel ;
- ce qui peut se faire localement grâce à des spécialistes présents à l'occasion de missions ;
- ce qui ne peut être traité dans l'archipel en raison de l'absence des spécialités diagnostiques ou thérapeutiques et qui demande une orientation vers l'extérieur (Évacuations sanitaires ou EVASAN).

2. La santé, une compétence État

L'État a compétence en matière de santé dans l'archipel. Le préfet assure les fonctions de DRASS et de directeur d'ARH ; il dispose d'un service déconcentré, la DASS. La tutelle de l'État s'exerce donc directement sur le Centre hospitalier François Dunan (CHFD), sur l'organisation des soins de ville et sur la Caisse de prévoyance sociale (CPS), organisme général de Sécurité sociale.

Le code de la santé publique s'applique de plein droit dans l'archipel. Le Schéma territorial de l'organisation sanitaire et sociale de l'archipel (STOSS) est arrêté conjointement par le préfet et par le président du Conseil territorial pour ce qui relève des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le deuxième STOSS a été arrêté en décembre 2008.

Les principales données en matière de santé sont difficiles à appréhender. Il n'existe en effet pas encore d'observatoire de la santé dans l'archipel. Une réflexion est actuellement en cours sur ce sujet. Un travail de diagnostic entre les différents partenaires du système de santé s'est attaché à mettre en perspective les études et les enquêtes menées dans l'archipel, apportant ainsi un éclairage sur les principaux problèmes de santé de la population.

L'étude de ces documents, complétée par l'analyse des certificats de décès et des motifs EVASAN, démontre que les principales causes de mortalité sont :

- les néoplasies : 34, 6% ;
- les maladies cardio-vasculaires : 27 % ;
- les traumatismes et empoisonnements : 13 %.

L'absence d'un système d'information rend impossible une analyse du taux des mortalités évitables, c'est-à-dire des décès intervenus avant 65 ans, souvent liés à des facteurs de risques comportementaux. Ces indicateurs seraient précieux car ils permettraient d'affiner les objectifs d'une politique de prévention et d'éducation pour la santé.

Un travail en réseau entre la CPS, le Centre de santé, le CHFD, la DASS, la médecine scolaire, la médecine du travail et les associations laisse à penser que les facteurs suivants constituent des risques significatifs pour la population de l'archipel :

- la consommation de tabac ;
- la consommation d'alcool ;
- la consommation de drogues illicites ;
- la mauvaise alimentation (diabète, obésité, hypertension artérielle) ;
- la mauvaise gestion de la contraception (taux d'IVG important).

Le premier Plan territorial de santé publique (PTSP), actuellement en cours de rédaction, devrait être arrêté avant la fin de l'année 2009.

3. La prévention et l'éducation pour la santé

Le premier Schéma territorial d'éducation pour la santé (STEPS), récemment arrêté par le préfet, fixe les orientations pour les cinq années à venir dans le domaine de l'éducation à la santé et de la prévention.

Au regard des indicateurs de santé, quatre programmes prioritaires ont été développés dans un premier temps, dont trois sont gérés par le service prévention de la Caisse de prévoyance sociale :

- les consommations (tabac, alcool, drogues) ;
- l'alimentation (diabète de type II, maladies cardio-vasculaires, obésité) ;
- la préservation de l'autonomie des personnes âgées.

Le quatrième est financé par la CPS mais a été délégué à une association :

- l'éducation à la vie affective et sexuelle (contraception, IST, IVG).

Deux autres priorités relèvent de la compétence du Conseil territorial :

- la création du centre de planification et d'éducation familiale ;
- le développement de la Protection maternelle et infantile (PMI).

Les priorités suivantes ont été fixées dans un second temps :

- développer un programme de prévention de la santé bucco-dentaire ;
- favoriser la prévention des troubles spécifiques de l'apprentissage du langage ;
- mettre en place la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et promouvoir la santé au travail.

En prévention secondaire seront effectués :

- le dépistage organisé des cancers ;
- la mise en place des examens de santé.

4. La protection sociale

La Caisse de prévoyance sociale (CPS) assure la gestion de la maladie, maternité, décès, accident du travail et maladies professionnelles, la prévention et l'éducation à la santé, la branche famille, le régime de retraite de base, le recouvrement des cotisations ainsi qu'une action sanitaire et sociale et une action sociale famille et vieillesse. 90 % de la population relève de la CPS pour ce qui est de l'assurance maladie et 10 % relève de la Caisse nationale des invalides de la Marine (ENIM).

La CPS gère les évacuations sanitaires pour ses ressortissants ainsi que la partie administrative de ces dernières (paiement des factures, coordination avec les mutuelles, paiement des indemnités de séjour aux malades...) pour le compte de l'ENIM et par conventionnement.

Il existe un tiers-payant très étendu localement (CHFD, Centre de santé, pharmacies, cabinets dentaires), ce qui constitue un avantage substantiel pour la population. Le faible nombre de la population et son isolement expliquent le coût particulièrement élevé de l'offre de soins lié en grande partie aux hospitalisations et aux évacuations sanitaires. Ceci explique la nécessité pour les habitants de l'archipel d'adhérer à une mutuelle.

5. Les évacuations sanitaires

L'isolement géographique de l'archipel, sa faible population et son offre de soins sur place inévitablement incomplète obligent à établir des coopérations avec d'autres sites (France et Canada).

Cette offre de soins à l'extérieur se caractérise par un dispositif d'évacuations sanitaires en urgence vers un pays étranger (Canada). Les évacuations sanitaires planifiées sont orientées à 80 % vers le Canada et à 20 % vers la métropole.

Le nombre d'évacuation baisse régulièrement depuis 2002. Cette baisse s'explique notamment par une meilleure réponse locale dans les prises en charge de la population.

C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME

1. Une planification sanitaire récente, rapide, en évolution constante

Longtemps marquée par une tradition de médecine coloniale, l'offre de soins a continué jusqu'à un passé très récent à être concentrée quasi exclusivement sur l'hôpital. Une partie du personnel était de statut militaire jusque dans les années 1980/1990. Le premier STOSS a permis de fixer des orientations en matière d'organisation de l'offre de soins afin de donner un accès à des soins de premier secours de qualité sur place, de garantir la sécurité des patients en organisant des réponses adaptées lors des situations d'urgence et d'assurer l'accès à des soins spécialisés.

Pour atteindre ces objectifs, l'orientation générale a été d'améliorer et de développer l'offre de soins de ville (médecine générale, soins infirmiers, soins dentaires, kinésithérapie, orthophonie) et de permettre au Centre hospitalier d'intervenir dans des domaines spécialisés pour les développer.

2. Le Centre hospitalier François Dunan (CHFD)

Établissement public de santé, le Centre hospitalier François Dunan est chargé d'une mission générale de prévention et de soins comportant ou non un hébergement. Pivot dans l'organisation de l'offre sanitaire, il constitue le premier recours dans la prise en charge des situations d'urgence.

Le programme de reconstruction du nouvel hôpital prévu pour la période 2007/2011 ainsi que la rédaction d'un nouveau projet d'établissement pour 2009 permettront une meilleure prise en charge de la population.

Cet établissement assure en complément de sa pharmacie hospitalière la gestion d'une officine de pharmacie de ville. Le service ambulancier dépend également de l'hôpital avec deux ambulances à Saint-Pierre. Pendant la période estivale, une permanence infirmière est assurée au poste de secours de Langlade, lieu de villégiature l'été.

Le CHFD dispose de praticiens hospitaliers et contractuels (un chirurgien, un anesthésiste-réanimateur, un radiologue, un gynécologue-obstétricien, un psychiatre, un cardiologue, un médecin-biologiste, un gériatre, un médecin DIM). Des missions de médecins spécialistes (52 missions en 2007) sont organisées.

2.1. Les disciplines présentes à l'hôpital en permanence

- La gynécologie et l'obstétrique dont l'objectif est de maintenir une maternité de niveau 1 avec l'accueil des parturientes 24h /24. Les grossesses à risques et autres prises en charge ne pouvant pas être assurées localement, y compris les urgences néo-natales, sont évacuées vers Saint-Jean de Terre-Neuve.

- Une activité générale de chirurgie et d'anesthésie répond aux situations d'urgence (dans la limite du déclenchement d'une évacuation sanitaire) et aux opérations chirurgicales programmées (à l'exception de la chirurgie vasculaire périphérique et de la chirurgie urologique).
- L'activité d'anesthésie, sous la forme d'une activité de présence et d'astreinte, assure un rôle transversal et sécuritaire.
- Un service de médecine principalement orienté vers la cardiologie assure la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires.
- L'imagerie médicale dispose d'un équipement diversifié : scanner, échographie, table télécommandée avec scopie, table os/poumon, mammographie. Une étude est en cours pour assurer la numérisation complète du service et l'acquisition d'un PACS (*Picturing Archiving Communication System*) permettant le transfert des données via une interface web. L'acquisition d'un PACS couplé à la numérisation des activités permettrait de transférer les données vers un autre établissement.
- L'activité d'hémodialyse se compose de trois générateurs de dialyse pour accueillir trois personnes.
- Le laboratoire de biologie médicale permet de réaliser sur place 96 % des analyses et de poser un diagnostic en situation de risque vital. Il assure les examens de biochimie, bactériologie, hématologie et immunologie, les automates étant doublés pour une continuité du service.
- La psychiatrie : un psychiatre est présent dans l'archipel (7 psychiatres contractuels se sont succédés de 2002 à 2007) et un pédopsychiatre intervient sous forme de trois missions de cinq jours par an. La mise en place d'une chambre d'isolement a été finalisée en 2007. Un poste de psychologue est réparti entre le CHFD et le SESSAD (Service d'éducation et de soins à domicile).

2.2. Les spécialités médico-chirurgicales présentes sous forme de missions de courte durée

Un comité des missions réunissant la DASS, le Centre hospitalier et l'assurance-maladie a été mis en place sur la base d'une réunion par an afin de fixer le calendrier des missions pour l'année suivante. Sont concernées les disciplines chirurgicales pour lesquelles les suites opératoires ou anesthésiques sont simples et courtes (ophtalmologie, ORL, gastro-entérologie...), ainsi que les disciplines médicales pour lesquelles le plateau technique du CHFD suffit aux bilans diagnostiques (dermatologie, endocrinologie, pédiatrie, diabétologie, rhumatologie...).

3. Le Centre de santé

Créé par la Caisse de prévoyance sociale, le Centre de santé a été agréé par arrêté préfectoral. Cette œuvre de caisse, à l'exemple des centres gérés en métropole par les CRAM et CPAM, complète l'offre de soins de ville. Officiellement ouvert en 2006 dans un contexte d'insuffisance globale de développement de l'offre de soins libérale, le Centre de santé a intégré la médecine générale jusque là gérée par le Centre hospitalier.

Le Centre de santé régule l'offre de santé en développant les disciplines absentes des soins de ville. Il est complémentaire de l'offre hospitalière et de l'offre libérale tant dans le domaine du soin que dans celui de la prévention.

Différents professionnels intervenant dans les soins de ville exercent au sein de cette structure qui accueille huit médecins dont un à Miquelon, trois kinésithérapeutes, un ergothérapeute, une diététicienne, un cabinet dentaire dont le dentiste assure une fois par semaine un déplacement à Miquelon, un orthodontiste qui intervient sous forme de missions de quinze jours tous les deux mois, un laboratoire de prothèse dentaire, un orthophoniste et prochainement un poste de psychomotricien en partenariat avec le Service d'éducation et de soins à domicile (SESSAD).

Outre les consultations médicales relevant de la médecine de famille, les médecins du Centre de santé assurent, sous la forme de vacations et par conventionnement, un ensemble de missions complémentaires dans le cadre de la médecine scolaire, de la PMI, de la DASS, de la crèche, de la médecine pénitentiaire, de la commission territoriale de l'éducation spéciale ainsi que des consultations et expertises (certificats de dératification, équipes médico-sociales, examens médicaux des permis de conduire...).

Les médecins assurent également les gardes dans le cadre de la permanence des soins et les astreintes d'évacuation sanitaire.

Dans les mois à venir, le centre de santé contribuera au recueil des données sur l'état de santé de la population et développera le volet prévention avec la mise place des examens de santé.

4. Miquelon

L'île est située à une heure de bateau et dix minutes d'avion de Saint-Pierre. Ses habitants subissent le handicap de la double insularité. La prise en charge sanitaire se distingue par une équipe médicale réduite, par le déplacement de quelques professionnels de santé et des évacuations sanitaires sur Saint-Pierre en urgence ou programmées.

Les locaux du poste médical appartiennent au CHFD. Le seul médecin en poste, de garde 24 h/24, dépend du centre de santé depuis janvier 2007, ce qui permet échanges et relais avec ses collègues de Saint-Pierre. Une infirmière, une aide-soignante et un ambulancier salariés du CHFD viennent compléter le dispositif de permanence des soins. Le poste médical assure des consultations ainsi que la prise en charge des situations d'urgence en liaison avec Saint-Pierre.

Une fois par semaine, l'orthophoniste et le kinésithérapeute en poste au CHFD se déplacent sur Miquelon ; il en est de même pour le dentiste, salarié du centre de santé.

Quelques missions de spécialistes se déplacent également sur Miquelon ; elles sont limitées en raison de la faible population et du plateau technique très restreint.

Les habitants de Miquelon se déplacent sur Saint-Pierre pour des consultations ou examens spécialisés ainsi que pour l'hospitalisation. Ils bénéficient de la prise en charge de leur passage et d'une indemnité de séjour.

L'accueil des familles accompagnant un malade hospitalisé pour une longue période à Saint-Pierre reste cependant à améliorer.

5. Des urgences régulées : la permanence des soins

Le dispositif de la permanence des soins s'articule autour du centre de régulation des appels téléphoniques ou dispositif d'appel du « 15 », comportant une équipe de cinq permanenciers, gérée par le Centre de santé, qui réceptionne les appels liés aux besoins de soins immédiats présentant un caractère d'urgence. Les médecins du Centre de santé assurent à tour de rôle des gardes de 24 heures. Le médecin de garde prend en charge la régulation médicale en coordination avec le service ambulancier et le plateau technique du CHFD. Lors des gardes, le médecin est basé au CHFD.

Les évacuations en urgence sont décidées par l'un des trois médecins hospitaliers qui ont autorité pour les déclencher à l'extérieur de l'archipel. Ces décisions doivent être présentées à la CPS (assurance-maladie) dans un délai de 48 heures pour être ratifiées.

Le médecin généraliste en poste à Miquelon déclenche les évacuations sanitaires en urgence. Elles sont orientées vers le Centre hospitalier de Saint-Pierre, plus rarement vers le Canada en fonction des avis médicaux.

Les évacuations sanitaires en urgence sont accueillies à Saint-Jean de Terre-Neuve du fait de la proximité (3/4 d'heure d'avion). Cependant, en cas de mauvais temps ou d'indisponibilité de lits, le malade est dirigé vers une autre destination canadienne, le plus souvent Halifax (Nouvelle Écosse) et très exceptionnellement vers Sydney (Nouvelle Écosse) ou Moncton (Nouveau Brunswick).

Les EVASAN en urgence absolue vers le Canada se chiffrent à une soixantaine par an. Les médecins généralistes du Centre de santé ainsi que des infirmiers du CHFD assurent les astreintes en tant qu'accompagnateurs médicaux.

Dans certaines situations, l'hôpital fait appel à un avion ambulance canadien, particulièrement dans le cas de transfert des nourrissons

6. Des filières de soins qui s'intensifient

Ces dernières années, une organisation de filières de soins a vu le jour. Cette organisation vise à améliorer l'accès aux soins spécialisés hors de l'archipel, tant auprès des établissements canadiens que français. Une sélection a été établie en fonction des spécialités recherchées, des conditions d'accueil des patients, de la proximité pour l'accueil des urgences absolues (Canada) et des modalités de travail avec les équipes hospitalières (transmission des résultats d'examen, contenu et suivi du dossier médical, formation médicale continue, place de la télémédecine).

Outre le dispositif d'évacuations sanitaires, l'offre de soins à l'extérieur se caractérise par des spécialités accessibles par conventions ou réseaux auprès d'établissement hospitaliers extérieurs.

Une convention tripartite existe entre la CPS/CHFD/EHRA (*Eastern Health Regional Agency*) de la province de Terre-Neuve et du Labrador. Le choix de ce site canadien s'explique du fait de sa proximité, 3/4 d'heures d'avion, particulièrement importante dans le cas d'urgence absolue. Cette convention, établie pour 3 ans, fixe les tarifs ainsi qu'un certain nombre d'obligations, qui vont de l'accueil des malades et du coût à la qualité des soins et au respect des procédures. 80 % des malades évacués le sont vers le Canada dont 70 % vers Saint-Jean de Terre-Neuve et 10 % vers Moncton (Nouveau Brunswick) et Halifax (Nouvelle Écosse). Au-delà d'une semaine d'hospitalisation, les malades sont évacués sur la métropole.

Deux autres conventions existent entre le CHFD et les CHU de Montpellier et de Tours. La convention avec Tours permet à la fois l'envoi de missions de spécialistes dans l'archipel et un accueil des malades en métropole. Cet accord a permis une réelle amélioration dans la gestion des missions.

7. La commission des Évacuations sanitaires (EVASAN)

La commission EVASAN se réunit une fois par semaine. La présidence est assurée par le médecin conseil de l'assurance maladie assisté du chef de service de médecine, du chirurgien et de l'anesthésiste-réanimateur en poste au CHFD. Les médecins prescripteurs d'EVASAN présentent leurs dossiers devant la commission, les décisions d'évacuations et d'accompagnateurs ainsi que les destinations sont arrêtées. Le cadre réglementaire des EVASAN est fixé par un décret en date de 1991. Les malades et leurs accompagnateurs bénéficient

d'indemnités journalières de séjour servies par l'assurance maladie et complétées par les mutuelles.

Cette commission a l'avantage d'être un lieu d'échange des différents praticiens de l'archipel.

8. La prévention

La politique de prévention développée ces dernières années a permis de cibler les programmes prioritaires en cours et de fixer les objectifs à développer à court terme. Les enquêtes mises en place permettent à la fois d'évaluer les actions et d'effectuer les réajustements nécessaires. Le travail en réseau (CPS, associations, Éducation nationale, Centre de santé, hôpital...) vient d'être complété par l'ouverture d'un kiosque inter générationnel géré par la CPS. Ce lieu, rencontre de différents groupes de paroles ou ateliers, favorise l'accès à l'information.

D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE

1. Les médecins généralistes insuffisamment accessibles

En l'absence de service d'urgence au Centre hospitalier, les médecins du Centre de santé sont sollicités pour assurer les urgences, gardes et astreintes d'évacuations sanitaires. Le temps dévolu aux urgences et les récupérations qui les accompagnent mobilisent les médecins généralistes du Centre de santé sur des activités qui ne sont pas les leurs, les rendant indisponibles pour leur mission prioritaire de médecine de famille. Une insatisfaction se fait ressentir tant auprès des patients qui ne peuvent consulter leur médecin que 3 jours par semaine, qu'auprès des praticiens qui souhaiteraient être plus disponibles. Cette organisation, outre le fait qu'elle ne permet pas aux médecins d'investir les missions de prévention faute de temps, maintient la confusion entre la consultation, la garde et l'urgence.

2. Les difficultés de recrutement

Dans un contexte de démographie médicale difficile, l'archipel est confronté à des difficultés de recrutement. Le problème est plus aigu pour le Centre hospitalier, particulièrement pour ce qui concerne les spécialistes et leurs remplacements. Confrontés à la difficulté des astreintes, ces derniers sont en poste sept mois dans l'année, les autres mois étant consacrés à la formation et aux congés. L'exercice de leur profession auprès d'une faible population nécessite en effet le maintien de leur compétence par le biais d'une formation continue soutenue.

Il en résulte pour le CHFD une mobilisation permanente sur ce sujet et un coût important pour financer les différentes annonces et structures de recrutement intérimaire.

3. Les nouvelles technologies peu développées

Dans un contexte d'insularité et d'isolement, une véritable assistance à distance doit se développer. La télémédecine est un moyen efficace pour rompre l'isolement de la communauté médicale et améliorer la prise en charge sanitaire de la population. L'archipel a une relation privilégiée avec le Canada, pays où la télémédecine est fortement développée. Des obstacles juridiques, liés à la différence de définition de la responsabilité médicale dans les deux pays, ne permettent pas aux praticiens de l'archipel d'utiliser le réseau de télémédecine de la province de Saint-Jean de Terre-Neuve et du Labrador, province qui accueille pourtant 70 % des malades évacués.

L'équipement insuffisant du CHFDD est un frein à la mise en place du dépistage organisé des cancers. Le financement nécessaire pour s'équiper avec un matériel performant représente un budget conséquent pour un hôpital de proximité.

4. L'orientation du service de médecine imprécise

L'activité du service de médecine révèle que la moitié des patients relèvent de soins de longue durée, de soins de suite et de réadaptation ainsi que de la psychiatrie gériatrique.

Les réponses sont insuffisamment développées dans les domaines de la gériatrie, de la diététique, dans la prise en charge des addictions, dans l'accueil des patients en situation post opératoire ou en en soins palliatifs.

5. Le champ de la santé mentale peu structuré

L'inadaptation et l'insuffisance dans l'offre de psychiatrie sont constatées à la fois par les médecins, les professionnels intervenant dans le champ de la prévention et les associations.

Le réseau de soins visant à une prise en charge globale, pluridisciplinaire et transversale des problèmes liés au mal être et touchant toutes les tranches d'âge de la population est peu développé. Il en résulte que les besoins de la population ne sont pas correctement couverts dans le champ de santé mentale et que le travail entre les différents partenaires (hôpital, Centre de santé, secteur libéral associations, éducation nationale) n'est pas coordonné.

Des priorités avaient été fixées dans le premier STOSS (2002/2007) sans qu'aucune n'ait été développée.

6. Les soins infirmiers de ville à réorganiser

L'insuffisance de la couverture des soins assurés auprès de la population de Saint-Pierre, mais surtout auprès de celle de Miquelon, par le Service des soins infirmiers à domicile, s'accroît avec le vieillissement de la population.

La capacité du SSIAD géré par le CHFD ne peut pas répondre aux besoins de la population âgée. Le même constat se dégage pour les Soins infirmiers de ville (SIV) géré actuellement par l'hôpital en l'absence d'offre libérale. Cette activité ne génère aucune recette pour le CHFD en raison de son financement en budget global.

7. L'absence d'un observatoire de la santé

L'absence d'un observatoire de santé se fait ressentir. Les indicateurs de santé de la population collectés par les différents partenaires (CHFD, Centre de santé, associations, médecine du travail, Éducation nationale, secteur libéral) ne sont pas mutualisés. Cette absence de coordination ne permet pas d'optimiser les données recueillies pour avoir une lisibilité de l'état de santé de la population afin d'orienter plus précisément la politique de santé.

8. Les services de l'État sous-dimensionnés

Le service de la DASS est sous-dimensionné au regard des missions de contrôle et de pilotage des politiques sanitaire et sociale qui lui sont confiées à la fois par l'État et par la Collectivité.

Si la faible population ne justifie pas un nombre conséquent de postes, l'isolement de l'archipel et la polyvalence inévitable des personnels nécessitent des appuis techniques soutenus et pérennes.

9. La politique de prévention

Des actions de proximité se sont développées ces dernières années. Les thèmes prioritaires ont été arrêtés par le STEPS. La mobilisation et la mutualisation des différents financeurs (CPS, État, collectivités...) sont à améliorer.

Même si la PMI est assurée, le centre de planification familiale est toujours absent alors que des indicateurs comme le nombre d'IGV et le nombre d'IST sont alarmants.

Le dépistage organisé des cancers ainsi que les examens de santé ne sont pas mis en place.

10. La place de l'utilisateur dans la démocratie sanitaire

Lors du premier STOSS, les plaintes concernant l'ensemble du système de soins devaient faire l'objet d'une attention et d'un suivi par les services de l'État. La poursuite de cet objectif a toute sa légitimité dans une petite Collectivité où il n'existe pas d'association de représentants des usagers et où il est délicat, pour un malade, de se retourner contre des offreurs de soins dont il est dépendant.

La Conférence de santé a eu lieu une seule fois, en 2006. Cette manifestation n'a pas été renouvelée ; les partenaires, les élus et la population ne se sont pas retrouvés depuis cette date pour échanger sur la santé.

X - LA RÉUNION

A - LE CONTEXTE

1. Situation géographique

Située dans le sud-ouest de l'Océan Indien, dans l'hémisphère sud, au sein de l'archipel des Mascareignes auquel appartiennent également Maurice et Rodrigues, La Réunion est une île qui s'étend sur 2 520 km². Elle se trouve à 9 180 kilomètres de Paris, à 210 kilomètres de Port-Louis, capitale de Maurice et à 880 kilomètres d'Antananarivo, capitale de Madagascar.

Il s'agit d'une île géologiquement jeune, au relief tourmenté et montagneux, qui culmine à 3 069 mètres au Piton des Neiges, plus haut sommet de l'Océan Indien. Elle est constituée de coulées basaltiques qui descendent en pentes étalées jusqu'à la mer, où elles s'enfoncent jusqu'à une profondeur de 4 000 mètres.

La Réunion possède un climat tropical tempéré par l'insularité et, dans l'intérieur, par le relief. Elle est affectée par des cyclones

2. Population

La population a été estimée par l'INSEE à 785 221 habitants au 1^{er} janvier 2006 et à 812 000 au 1^{er} janvier 2009. Le rythme de croissance de la population était en 2005 de 1,37 %, en recul par comparaison aux quatre premières années du nouveau millénaire (entre 1,45 % et 1,53 %) mais largement supérieur à celui observé en métropole (0,8 % en 2005).

Le taux de natalité reste stable à 18,9 ‰, supérieur à ceux de la métropole (12,8 pour mille en 2005), de la Martinique (13,3 ‰ en 2005) et de la Guadeloupe (16,2 ‰ en 2004) mais nettement inférieur à celui de la Guyane (28,3 ‰ en 2004). L'indice conjoncturel de fécondité s'élevait, toujours en 2005, à 2,47 enfants par femme (1,94 en métropole).

Le taux de mortalité est de 5,6 ‰ en 2005 (8,7 ‰ en métropole). Cette situation s'explique en premier lieu par la jeunesse de la population qui compte 43,9 % de moins de vingt-cinq ans au 1^{er} janvier 2006 (31,2 % en métropole). Les personnes de plus de soixante ans représentent à la même date 10,6 % des résidents (20,9 % en métropole).

L'INSEE prévoit une population dépassant le million d'individus en 2030, La Réunion poursuivant sa transition démographique mais connaissant encore un fort dynamisme dans ce domaine. Le vieillissement de la population conduira à une proportion d'environ 20 % de plus de soixante ans.

Concernant l'emploi, la population active au sens du Bureau international du travail était de 323 200 personnes en 2006, en croissance moyenne de 1,8 % par an sur la période 2001-2006. La population active occupée se répartissait au 31 décembre 2005 entre 88,9 % de salariés et 11,1 % de non salariés. Près des deux tiers des salariés réunionnais exercent dans le secteur marchand.

Le taux de chômage était de 29,1 % en 2006, préoccupant puisque plus de trois fois supérieur au taux métropolitain.

3. Statut et organisation

La Réunion, à l'instar de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Guyane, a été intégrée dans le cadre national de droit commun par la loi de départementalisation du 19 mars 1946, avec la possibilité de « faire l'objet des mesures d'adaptation nécessitées par leur situation particulière » (article 73 de la Constitution de 1958).

La loi du 2 mars 1982, « loi de décentralisation », a transformé La Réunion en une Région française d'Outre-mer (ROM). Le territoire est donc une région monodépartementale, DOM-ROM ou DROM. Conseil général et Conseil régional exercent leurs compétences respectives sur le même espace géographique, avec un seul préfet.

Les institutions sont donc les mêmes que pour une région et un département métropolitains.

Le statut de Région ultrapériphérique de l'Europe (RUP) permet des dérogations au droit communautaire, notamment en matière fiscale avec le maintien de l'octroi de mer, et donne accès aux financements de la politique régionale européenne.

B - L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET LES ENJEUX

Du fait du statut de région monodépartementale de l'île, la DRASS, service déconcentré de l'État, regroupe les compétences d'une DRASS et d'une DDASS métropolitaines.

1. Les professionnels de santé

La Réunion présentait au 1^{er} janvier 2006 une densité médicale de 1 119 professionnels de santé pour 100 000 habitants contre 1 555 pour la métropole et 1 010 pour les Antilles-Guyane. Les professionnels de santé réunionnais sont essentiellement composés d'infirmiers diplômés d'État (43,4 %), de médecins (21,6 % dont 11,9 % de généralistes et 9,8 % de spécialistes) et de masseurs-kinésithérapeutes (9,8 %).

L'analyse de la densité médicale par spécialité traduit un retard par rapport à la métropole, à l'exception des postes de sages-femmes, de masseurs-kinésithérapeutes et d'orthophonistes. Ainsi en est-il pour les médecins généralistes (133 contre 162 pour 100 000 habitants), les spécialistes (109 contre 167), les chirurgiens-dentistes (55 contre 68), les pharmaciens (70 contre 114) et les infirmiers diplômés d'État (486 contre 696). Mais la densité médicale reste plus élevée à La Réunion qu'aux Antilles-Guyane dans les principales disciplines, hormis pour la branche des infirmiers diplômés d'État.

Il convient en outre de souligner que La Réunion s'inscrit dans un processus de rattrapage des niveaux métropolitains, les taux de croissance annuels moyens de ses indicateurs de densité médicale étant supérieurs à ceux enregistrés en métropole sur la période 1997-2006 dans la majorité des spécialités.

2. Les équipements sanitaires et médico-sociaux

L'offre de soins est harmonieusement équilibrée et diversifiée entre le public et le privé sur l'ensemble des territoires de santé. Les principaux établissements de Médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) sont :

- le centre hospitalier régional, qui regroupe le centre hospitalier Félix Guyon de Saint-Denis et le groupe hospitalier Sud Réunion ;
- un centre hospitalier à l'ouest de l'île et un à l'est ;
- le groupe Clinifutur qui regroupe plusieurs cliniques (trois cliniques privées indépendantes subsistent).

Un Établissement public de santé mentale de La Réunion (EPSMR), équivalent d'un Centre hospitalier spécialisé (CHS), complète l'offre de soins.

Hormis pour la gynécologie-obstétrique, La Réunion présente des taux d'équipement en lits pour 1 000 habitants en 2006 sensiblement inférieurs à ceux de la métropole : 1,27 lit contre 1,85 en médecine et 0,82 lit contre 1,49 en chirurgie. Les actes de médecine (46,6 % des entrées) constituent le motif majoritaire d'hospitalisation devant les actes de chirurgie (32,6 %) et de gynécologie-obstétrique (20,8 %). Le secteur public prend en charge 71,2 % des soins pratiqués en court séjour.

Il est toutefois à noter que depuis cette date, on observe un désengorgement de l'hôpital grâce à l'hospitalisation à domicile qui atteint aujourd'hui 240 lits et au développement des soins de suite et de réadaptation qui sont passés en trois ans de 200 à 1 000 lits. Un hôpital spécialisé pour les enfants existe dans ce secteur.

Les établissements ne peuvent aujourd'hui être considérés comme saturés, certains éprouvant même des difficultés à remplir les objectifs de leur Contrat d'objectifs et de moyens (COM). Au regard des objectifs quantifiés, le nombre de lits n'est plus le seul indicateur, on s'intéresse désormais à la file active des patients.

Des formations existent : première année de médecine ; internat de l'Océan Indien ; une école de sages-femmes ; une école d'aides anesthésistes ; deux Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), un troisième étant en projet ; une école de masseurs-kinésithérapeutes.

Les taux d'équipement pour 1 000 habitants âgés de plus de soixante-cinq ans atteignaient en 2005 18,02 lits dans les maisons de retraite (44,32 en métropole).

La même année, concernant les personnes handicapées, La Réunion affichait des taux d'équipement pour 1 000 habitants âgés de vingt à soixante-quatre ans inférieurs à ceux observés dans l'Hexagone pour les établissements d'hébergement (1,28 lit contre 2,94 lits) comme pour les structures de travail protégé (1,43 place contre 3,27 places). Le taux d'équipement des structures d'accueil de l'enfance et de la jeunesse handicapées pour 1 000 habitants âgés de moins de vingt ans atteignait 4,31 lits sur l'île (6,90 lits en métropole).

3. Les pathologies rencontrées

Un observatoire de la santé existe à La Réunion. Il a permis de constater aujourd'hui une nette amélioration de la santé des Réunionnais par rapport aux années 1960-1970, avec notamment une diminution très nette des maladies infectieuses et parasitaires.

Les indicateurs sanitaires sont globalement satisfaisants, mais des problèmes de santé spécifiques demeurent. L'espérance de vie en 2006 est de 73 ans pour les hommes et de 80 ans pour les femmes, en augmentation de quatre ans par rapport à 1990.

Les premières causes de décès sont :

- les maladies cardio-vasculaires (un tiers des décès) ;
- les cancers (un cinquième des décès).

Des surmortalités importantes doivent être signalées : la psychose alcoolique (cinq fois plus qu'en métropole), l'asthme (quatre fois plus, sans qu'aucune étude n'ait encore été menée sur les allergènes) et le diabète (trois fois plus). Les maladies chroniques sont d'ailleurs fréquentes, le diabète entraînant un taux d'insuffisance rénale de plus de deux fois supérieur à celui de la métropole et l'hypertension artérielle étant à l'origine de nombreuses maladies cardio-vasculaires.

La mortalité prématurée (avant soixante-cinq ans) évitable est due à la fois à l'alcool (cirrhoses et psychoses), aux accidents de la route (l'alcool, là encore, est impliqué dans un tiers à la moitié des accidents), au suicide des jeunes et aux morts violentes (dans lesquelles on retrouve les violences faites aux femmes).

Environ 2 000 nouveaux cas de cancers sont déclarés chaque année, la moindre incidence par rapport à la France hexagonale s'expliquant par la jeunesse de la population. Mais certains cancers sont surreprésentés à La

Réunion : cancers des voies aéro-digestives supérieures et de l'œsophage, en corrélation avec les consommations importantes d'alcool et de tabac, et cancers de l'utérus.

L'impact de l'alcool est considérable, provoquant à la fois des troubles mentaux et des suicides, de nombreuses violences intrafamiliales et de fréquents cas de Syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF). 15 % à 20 % de la population sont dépendants à l'alcool, environ 20 000 buveurs excessifs sont recensés. Les poly-toxicomanies se développent, mêlant l'alcool avec le zamal (cannabis local), les médicaments (les trois-quarts des toxiques provenant de prescriptions médicales) ou l'ecstasy. La montée en puissance de la toxicomanie intraveineuse dans la zone géographique (Maurice, 2^{ème} pays au monde pour ce type de consommation, mais aussi Madagascar et les Seychelles) est à cet égard inquiétante, représentant un danger d'accroissement du SIDA, de l'hépatite C et des violences.

Une forte consommation alimentaire de glucides et de lipides explique largement la fréquence de l'obésité, le surpoids touchant un adulte sur deux et un enfant sur quatre. Depuis cinquante ans, en raison du passage d'une société rurale à une société de services, le régime alimentaire s'est considérablement modifié et l'activité physique a fortement décliné. Un centre de rééducation nutritionnelle a d'ailleurs été installé dans le département.

Une étude de la morbidité permet de constater qu'il y a peu de maladies infectieuses, le VIH/SIDA et les Infections sexuellement transmissibles (IST) étant eux-mêmes maintenus à des niveaux comparables à la métropole et sans rapport avec les taux relevés dans les autres DOM.

Le taux de décès néonataux (dans le courant de la première année de vie) est deux fois supérieur à celui de l'Hexagone. Le nombre d'IVG est élevé, comme celui des grossesses précoces.

4. Quelques chiffres significatifs

La précarité, très présente à La Réunion, se traduit notamment par l'existence de plus de 100 000 bénéficiaires de minimas sociaux dans le département : 80 000 bénéficiaires du RMI (auxquels s'ajoutent 11 000 allocataires du RSO ou Revenu de solidarité, réservé aux personnes de plus de 50 ans dispensés de recherches d'insertion) ; 13 000 personnes relevant de l'allocation parent isolé (API) ; 11 000 bénéficiaires de l'Allocation adulte handicapé (AAH). La Caisse d'allocations familiales recense au total 218 000 allocataires pour environ 450 000 ayants-droits. Elle a versé 1 400 millions d'euros d'allocations en 2008.

52 % des Réunionnais vivent officiellement au-dessous du seuil de pauvreté, ce qui est à l'origine de nombreuses pathologies.

L'illettrisme, d'après une étude menée conjointement en 2007 par le rectorat et l'INSEE, concerne 110 000 personnes. Malgré les efforts consentis, environ 20 % des élèves ne maîtrisent pas la lecture au sortir du primaire.

En 2007, la Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS) dénombrait 724 410 personnes protégées par le régime général, soient 90 % de la population totale, et 296 442 bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU ou CMU complémentaire), soient 41 % des personnes protégées. Les médecins libéraux acceptent d'accueillir ces bénéficiaires de la CMU qui constituent souvent une part importante de leur clientèle. Le tiers payant a été généralisé.

Les dépenses de santé Objectif national des dépenses de l'assurance-maladie (ONDAM) se montaient la même année à 1 590,3 millions d'euros, en augmentation de 6,9 % par rapport à 2006, dont 808,9 millions d'euros pour l'hospitalisation et 778,3 millions d'euros pour les soins ambulatoires.

5. Les plans et projets développés

Le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) constitue un outil de planification essentiel, fondé sur l'évaluation de l'offre et des besoins, et définit pour la période 2005-2010 les grandes orientations de la politique de santé publique :

- diabète et nutrition ;
- santé et sexualité ;
- alcool et addictions ;
- cancer ;
- santé mentale et prévention du suicide ;
- Programme d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ;
- droits des usagers ;
- lutte contre la douleur.

Le SROS met également l'accent sur l'articulation des actions avec Mayotte et sur la coopération régionale. Les liens officialisés avec Mayotte concernent déjà la surveillance épidémiologique, l'inspection des pharmacies, l'hémovigilance... Sont en cours de développement la complémentarité et la coopération sur les secteurs des soins de suite et de réadaptation, de la réanimation et des soins intensifs, de l'imagerie médicale, de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, de la psychiatrie et de la santé mentale, des cancers, des soins palliatifs et de la télémédecine.

La coopération régionale revêt quant à elle trois formes : les jumelages inter hospitaliers (au nombre de huit avec Madagascar, Maurice, les Comores et les Seychelles) ; l'appui à la recherche et à la formation grâce à des fonds de l'Organisation mondiale de la santé) et de la Commission de l'Océan Indien (COI) ; le Réseau de veille épidémiologique (REVE) pour l'Océan Indien.

Le Programme d'action stratégique de l'État à La Réunion (PASER) 2004-2007 a insisté, dans ses aspects touchant la santé et au social, sur la sécurité sanitaire (à travers la lutte contre les maladies vectorielles, la lutte contre les conduites addictives, la qualité de l'eau, la prévention des troubles nutritionnels

et des maladies d'origine alimentaire, l'organisation de la permanence des soins) et sur la lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants.

Le Plan régional de santé publique, initialement élaboré pour la période 2006-2008 mais dont la mise en œuvre se poursuit, met quant à lui l'accent sur onze objectifs régionaux :

- décliner le plan national de lutte contre le cancer ;
- lutter contre les conduites à risque ;
- prévenir les troubles nutritionnels et le risque cardio-vasculaire ;
- limiter les risques sanitaires liés aux comportements sexuels ;
- promouvoir la santé des enfants en milieu scolaire ;
- développer la prise en charge des maladies rares ;
- améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ;
- favoriser l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies ;
- promouvoir l'éducation pour la santé ;
- limiter la perte d'autonomie des personnes âgées ;
- lutter contre les maladies transmissibles et les zoonoses.

C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME

1. Une offre de soins satisfaisante

Toutes les activités prévues réglementairement par le code de la santé existent à La Réunion. Seules font défaut les activités très complexes : transplantations, sauf rénales, suivi des greffes, bilans des cancers (mis en place en 2009), traitement des cancers de la thyroïde (en prévision)... Le nombre d'évacuations sanitaires (chirurgie cardiaque pédiatrique, onco-pédiatrie complexe, suivi des greffes, spécialités très pointues...), d'environ 800 par an, a donc fortement décliné et atteindra bientôt un niveau incompressible.

Le Centre hospitalier régional (CHR) a été créé en avril 2007 par la réunion du centre hospitalier Félix Guyon de Saint-Denis et du groupe hospitalier Sud Réunion de Saint-Pierre. Le CHR apparaît attractif pour les médecins, même si certaines disciplines s'avèrent déficitaires en postes : neurologie et cardiologie dans le nord de l'île, anesthésie dans le sud, urgences sur les deux sites ; l'équipe de neurochirurgie devra être reconfigurée à moyen terme. Le projet médical est axé sur les filières de soins. Les 5 000 salariés du CHR en font le 16^{ème} établissement français par la taille de son personnel.

Le CHR constitue un établissement de référence à la fois pour Mayotte et pour les pays environnants (Maurice, Madagascar, Seychelles) avec lesquelles des conventions existent pour la prise en charge de patients.

Des centres s'intéressent aux maladies rares, génétiques, neuromusculaires ou parasitaires.

La fusion dans l'est de l'île entre le Centre hospitalier et une clinique, afin de constituer, avec un site de l'Établissement public de santé mentale de La Réunion (EPSMR) déjà ouvert, le pôle sanitaire de l'est, est en voie d'être réalisée. La reconstruction est bien avancée et le pôle bénéficiera de la présence d'une structure de dialyse et d'un centre médico-social d'accueil du handicap lourd. Seule inquiétude, la difficulté de recrutement de pédiatres fait peser une menace sur le fonctionnement du pôle mère-enfant.

L'équilibre financier des établissements est satisfaisant, les objectifs des plans de retour à l'équilibre étant tenus. Les salaires pèsent forcément sur cet équilibre, la sur-rémunération étant de 40 % pour les médecins et atteignant 53 % pour les personnels non médicaux. On constate un tassement de l'activité, mais le taux de remplissage des différentes structures est encore élevé.

Divers réseaux ont été créés pour répondre aux principaux enjeux de santé publique : diabète et hypertension ; périnatalité (les indices de mortalité infantile et maternelle sont supérieurs à ceux de la métropole et un défaut de suivi des grossesses est constaté) ; obésité infantile ; syndrome d'alcoolisme foetal ; cancers. Un réseau consacré à l'asthme fait cependant encore défaut.

Trois institutions participent à l'offre de soins en psychiatrie : l'Établissement public de santé mentale de La Réunion (EPSMR), le centre hospitalier régional sur son site de Saint-Pierre et la clinique des Flamboyants. Une quarantaine de structures gèrent d'autre part des Centres médico-psychologiques (CMP), des hôpitaux de jour, un Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), des familles d'accueil, des places d'Hospitalisation à domicile (HAD)... Environ 375 lits et places sont disponibles et l'extrahospitalier est bien développé. L'offre de soins est donc aujourd'hui suffisante, même si une inquiétude existe sur le recrutement de futurs médecins, le département étant peu doté malgré un récent rattrapage. En revanche, les structures d'aval médico-sociales d'accompagnement et d'accueil font encore largement défaut. Les installations de psychiatres privés ne sont pas nombreuses et seule la psychiatrie publique existe sur la côte est de l'île.

Le réseau santé mentale fonctionne bien et réunit les compétences du public et du privé. Les relations de l'EPSMR sont bonnes tant avec la clinique des Flamboyants qu'avec les structures Médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Une unité d'urgence psychiatrique est installée au Centre hospitalier régional (CHR) sur le site Félix Guyon à Saint-Denis, une unité d'accueil psychiatrique existe à Saint-Paul, un travail commun est mené sur les urgences avec la clinique Saint-Benoît. Dans le cadre du futur pôle sanitaire de l'est, la structure psychiatrique est déjà ouverte. Les sites du CHR de Saint-Denis et du centre hospitalier de Saint-Paul disposeront très bientôt de lits d'observation de courte durée (72 heures maximum) pour évaluer et orienter les patients avant une

éventuelle hospitalisation en psychiatrie qui peut se révéler traumatisante et stigmatisante.

La coopération régionale en psychiatrie se fait notamment par le biais de l'association « Santé mentale Océan Indien » (SMOI). Des formations sont organisées à Madagascar sur l'hospitalier et l'ambulatoire, un jumelage réunit l'EPSMR et l'hôpital de Tamatave (aujourd'hui Toamasina), sur la côte est de Madagascar, une convention a été signée entre l'EPSMR et l'hôpital de Mahajanga sur la côte ouest et des missions exploratoires sont planifiées. Des missions sont également organisées aux Comores, des conseils sont donnés à Maurice et l'EPSMR participe à des études psychiatriques intéressant l'ensemble de l'Océan Indien.

2. Un système de surveillance épidémiologique performant

La santé environnementale, avec la présence de la Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) Réunion-Mayotte, antenne régionale de l'Institut national de veille sanitaire (INVS) disposant en 2008 d'un budget de plus de 54 000 euros, fait l'objet d'un suivi permanent.

La CIRE a deux fonctions essentielles : d'une part, l'épidémiologie d'intervention et l'évaluation quantifiée des risques sanitaires ; d'autre part, la structuration, la coordination et l'animation du réseau régional de veille sanitaire, prolongement de l'action de l'INVS dans le cadre du Plan régional relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire (PRAGSUS).

Sa priorité actuelle consiste à développer les dispositifs de surveillance, les réseaux et les outils d'alerte afin de se préparer à l'imprévisible

Certaines surveillances épidémiologiques spécifiques sont organisées à La Réunion. Elles concernent principalement les arboviroses, dengue et chikungunya (même si aucun cas n'a été détecté depuis 2007), mais aussi la leptospirose. Elles visent à détecter précocement toute augmentation d'incidence, à identifier les conditions d'exposition et, à terme, à formaliser des recommandations de prévention adaptées à la situation locale.

Un réseau de médecins sentinelles, animé et coordonné par l'Observatoire régional de la santé, permet à la CIRE d'assumer la fonction de veille et d'alerte qui lui est dévolue. Il offre entre autres la possibilité de surveiller les syndromes grippaux et les gastro-entérites. Le système est renforcé par le dispositif Organisation de la surveillance coordonnée des urgences (OSCOUR).

Des bulletins de veille sanitaire sont rédigés et diffusés régulièrement, complétés en cas d'alerte sanitaire (dengue, grippe, bronchiolite...) par des points épidémiologiques. Une présentation est faite chaque semaine de la veille internationale.

La CIRE réalise également des formations à destination des acteurs de santé : formations à l'épidémiologie, à la veille sanitaire, à la toxicovigilance ou encore à l'investigation d'une épidémie. Dans le domaine de la toxicovigilance, a été mis en place un réseau régional de surveillance et d'alerte des effets sanitaires des pesticides.

Des publications scientifiques et des communications à destination de la presse complètent une démarche stratégique planifiée et cohérente.

D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE

1. Des lacunes persistantes

Si l'organisation hospitalière est satisfaisante concernant la majorité des territoires de santé, les fusions étant réalisées ou en voie de l'être, l'ouest de l'île reste en attente de la modernisation de ses établissements et de la mise en place d'un véritable pôle sanitaire réunissant l'Établissement public de santé mentale de La Réunion (EPSMR) et le centre hospitalier de l'ouest, au sein duquel les conditions de prise en charge et d'hébergement des patients sont difficiles. La reconstruction de ce dernier, déterminante pour le projet, n'est pas entamée à ce jour.

Le statut du Centre hospitalier régional (CHR), qui n'est pas un Centre hospitalier universitaire (CHU), interdit à l'établissement de développer son attractivité par la mise en œuvre de programmes de recherche et la proposition aux professionnels de vraies perspectives de carrière.

Les établissements subissent de plus les handicaps structurels de l'éloignement. Les coûts sont plus élevés concernant les constructions, les médicaments, les consommables, les salaires. L'obligation de gérer des stocks entraîne un surcoût supplémentaire. L'étroitesse du territoire impose de déroger aux textes (sur le nombre de lits de grands brûlés par exemple) pour les activités pointues et structurellement déficitaires en raison du potentiel de patients insuffisant (ainsi en est-il pour la radiothérapie). L'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) accompagne les établissements et finance sur les Crédits d'aide à la contractualisation (CAC) certaines activités (grands brûlés, médecine nucléaire) et une réflexion est en cours sur le développement de la greffe rénale et la mise en place de l'onco-pédiatrie.

La permanence des soins souffre du manque de volontariat des professionnels libéraux. Certes, ont été mis en place huit cabinets de garde et deux maisons médicales de garde, et trois associations de type SOS médecins existent. Mais manquent encore des maisons pluridisciplinaires pour rompre l'isolement du médecin dans certains secteurs. L'ensemble provoque une embolisation des services d'urgence et du SAMU. Du fait de la difficulté de recrutement de médecins, la totalité des SMUR exercent hors normes des décrets par rapport aux moyens humains nécessaires (médecins, infirmiers et

ambulanciers). Plus généralement, l'emploi fréquent de médecins étrangers pose parfois un problème de compétences et de communication et de culture médicale.

L'inégalité d'accès aux soins est d'abord sociale (les bénéficiaires de la CMU ne font que peu appel aux soins dentaires ou d'optique et la précarité éloigne du médical). Elle est aussi géographique, les Hauts et les écarts étant défavorisés. Le cirque de Mafate, par exemple, ne dispose pas de matériel de télé-médecine (ni de médecin d'ailleurs et les frais d'hélicoptère pour des raisons sanitaires s'élèvent à 3,5 millions d'euros par an), au contraire de celui de Cilaos. Aucun médecin n'est présent dans le cirque de Salazie la nuit ou le week-end, même si la télé-médecine est pratiquée avec une infirmière sur place.

Enfin, si la coopération régionale existe, elle repose trop souvent sur des implications personnelles. Les actions ponctuelles, réalisations et projets sont certes nombreux, mais souffrent d'un manque de stratégie globale et de cohérence. Les structures hospitalières pourraient pourtant plus efficacement développer des formations, fournir des équipements de deuxième main et de l'expertise (ingénierie biomédicale ou hygiénisme, pour lequel la demande est forte, de la part du Mozambique notamment), conseiller les établissements de la zone géographique sur leur organisation.

2. Une prévention insuffisante

Un Schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS) a été élaboré pour la période 2007-2012. Reconnaisant la pluralité des acteurs et la nécessité d'une culture partagée et d'un langage commun, il comporte cinq axes :

- professionnaliser les acteurs ;
- améliorer la qualité des actions ;
- fédérer les acteurs et optimiser les ressources régionales ;
- développer la santé communautaire ;
- adapter les dispositifs et supports d'information au contexte réunionnais.

Le réseau des acteurs de prévention commence à se connaître et échanger, ce qui permet d'espérer à l'avenir un travail en partenariat à partir des attentes des différents intervenants comme des besoins estimés des populations.

Cependant, les actions sont souvent très ponctuelles et menées sur le court terme. On peut regretter le faible degré de spécialisation thématique des acteurs et le manque global de formation des intervenants. La prévention se résume dès lors surtout à une simple information. La sensibilisation collective est le moyen privilégié bien que son impact sur le changement des comportements soit relativement faible. Les programmes mis en œuvre ne font que rarement l'objet d'une évaluation. Les outils évoluent, mais leur adaptation au contexte créolophone, éducationnel et culturel local est encore trop rare, même si les expériences menées récemment se révèlent prometteuses.

De plus, des inégalités géographiques sont constatées (l'Est et les Hauts sont très peu couverts). Ces inégalités sont également populationnelles (les cibles sont souvent les enfants et les adolescents), d'autres approches populationnelles faisant largement défaut.

Concernant les thématiques de santé abordées, la promotion du bien-être psychologique, familial et social est assez bien développée. La prévention de la maladie vise essentiellement les pathologies liées au diabète et à l'obésité, aux addictions et aux infections sexuellement transmissibles. Certaines pathologies, comme le cancer, sont peu prévenues.

Mais les actions d'éducation pour la santé sont surtout dirigées vers la majorité bien portante à faible risque. Les publics cibles spécifiques du fait d'un risque particulier vis-à-vis de leur santé souffrent d'un manque d'interventions adaptées. Les structures intervenantes sont d'ailleurs essentiellement impliquées dans l'accueil du public et l'intervention éducative. Les services permettant d'améliorer la qualité des actions (formation, conseil, évaluation) sont relativement peu développés.

Au final, l'éparpillement des moyens financiers et humains se révèle être la première caractéristique du champ de la prévention, qui manque de l'affirmation de priorités et d'une stratégie globale.

Les professionnels de santé, en particulier libéraux, ne disposent quant à eux que de peu de temps à consacrer à la prévention. L'éducation thérapeutique du patient est négligée, pour ce qui est par exemple des injections d'insuline effectuées le plus souvent par des infirmiers.

Le Conseil général gère les centres de prévention maternelle et infantile et de planification familiale, qui sont passés de 30 à 26 pour des raisons budgétaires. Ces centres disposent de 250 agents pour 15 000 naissances annuelles. Un déficit est constaté quant au nombre de médecins. Cette carence interdit la prescription d'IVG médicamenteuses qui ne peuvent de ce fait être pratiquées qu'en milieu hospitalier. Hors, le nombre de mineures enceintes est de huit fois supérieur à celui de la métropole, ce qui semble corrélé à l'échec scolaire et à l'absence de perspectives d'emploi.

Les centres fonctionnent cependant bien, mettant l'accent sur la promotion de la famille grâce à la mise en place de groupes de paroles et d'un accompagnement par les éducateurs de jeunes enfants. Ils favorisent la mixité sociale. 88 % des enfants en école maternelle bénéficient d'une évaluation des troubles sensoriels.

Les centres de ressources en prévention et en éducation à la santé ne sont pas suffisamment nombreux. Par exemple, une seule maison pour adolescents a été installée, à laquelle s'ajoute un projet d'ouverture d'une deuxième maison dans le sud de l'île. Le besoin en maisons maternelles n'est pas couvert, pas plus que le travail de sensibilisation des jeunes hommes à leur futur rôle de pères.

De nombreux postes de médecins scolaires sont vacants, alors même que 28 % de la population totale réunionnaise fréquentent le milieu scolaire, chaque tranche d'âge représentant 15 000 jeunes. Chaque praticien est donc amené à suivre environ 8 500 élèves. 63 % des bilans des enfants de six ans sont effectués, à mettre en regard de l'objectif national de 80 %. Des programmes ont été élaborés sur la nutrition, le zéolite, l'alcool, les nombreuses grossesses précoces et les IVG qui constituent les priorités de santé concernant les jeunes. Des équipes pluridisciplinaires gèrent les troubles psycho-traumatiques.

Le rectorat de La Réunion a intégré, dans le projet académique santé-social en faveur des élèves, « *l'éducation à la santé et la prévention des risques par l'acquisition des connaissances et le développement d'un esprit critique en vue d'adopter des comportements bénéfiques à la santé* ». Ce projet, tout à fait innovant, s'inscrit dans le contexte médico-social, démographique et économique spécifique de La Réunion. Au regard de la précarité existant dans ce DOM, l'école est à la fois le milieu où les enfants peuvent être suivis sur le plan de leur santé et avoir accès à une information adaptée et scientifiquement validée. Depuis cette année, une chargée de mission en éducation à la santé en milieu scolaire intervient au titre du partenariat entre l'IUFM et le rectorat. Cinq écoles, à titre expérimental ont fait le choix, au travers de leur projet d'école, de participer au suivi du « passeport santé » pour leurs élèves. Ce passeport regroupe sur plusieurs années les thèmes tels que l'éducation à la sexualité, la prévention des addictions, l'éducation nutritionnelle et l'apprentissage des premiers secours. L'un des objectifs de cette démarche qui est de stopper le surpoids chez l'enfant et l'adolescent pour préparer leur vie d'adulte présente un intérêt vital pour l'avenir de ces jeunes. Ce projet expérimental mérite qu'on lui accorde un grand intérêt. À court terme, il pourrait être pilote pour les collectivités d'Outre-mer au sein desquelles les indicateurs de santé relatifs à l'obésité des jeunes sont alarmants.

La Caisse d'allocations familiales participe à la Prestation d'accueil à la restauration scolaire (PARS). Elle fait en outre porter ses actions sur l'accueil des jeunes enfants et sur les bénéficiaires de l'allocation parent isolé, à l'aide d'une trentaine de travailleurs sociaux, assistantes sociales ou conseillers en économie sociale et familiale. Elle soutient également des démarches associatives sur la prévention et l'accompagnement des familles.

XI - MAYOTTE

A - LE CONTEXTE

1. Situation géographique

Située dans l'Océan Indien entre l'équateur et le tropique du Capricorne, à mi-distance de Madagascar et de l'Afrique, Mayotte est un archipel appartenant géographiquement aux Comores. D'une superficie totale de 375 km², Mayotte se trouve à 1 600 kilomètres de La Réunion et à 8 000 kilomètres de la métropole.

Le territoire est constitué de deux îles principales, Grande Terre (375 km²) et Petite Terre (10 km²). Une trentaine d'îlots sont parsemés dans un lagon de plus de 1 100 km² délimité par un récif corallien de 160 kilomètres.

L'archipel des Comores est d'origine volcanique. Mayotte, plus ancienne que ses voisines, présente une altitude moins élevée et culmine à 660 mètres. Le relief est cependant très accidenté et offre peu de place aux activités humaines.

Le climat est de type tropical humide, avec une saison chaude et pluvieuse d'octobre à mars et un hiver austral plus sec et avec des températures plus basses d'avril à septembre. La température annuelle moyenne s'élève à 25,6° C et la pluviométrie moyenne annuelle varie entre 1 000 et 2 000 millimètres.

2. Population

La population est concentrée dans les rares espaces plats, le plus souvent dans la mince bande littorale de l'île.

Le recensement de 2002 a compté 160 265 habitants dont 55 000 étrangers, en forte augmentation puisque le recensement de 1991 faisait apparaître une population de 94 410 personnes. Selon l'estimation de 2006, celle-ci s'élèverait à 191 000 habitants, soit un accroissement de plus de 30 700 habitants. La natalité élevée et l'immigration en provenance des îles voisines sont à l'origine de cette forte croissance démographique, qui ralentit cependant depuis 1997 en raison de la chute du solde migratoire. Le taux de croissance induit un doublement de la population tous les 17 ans.

Entre 1999 et 2006, la croissance annuelle moyenne de la population mahoraise, qui représente 0,3 % de la population française, est beaucoup plus élevée (4,3 %) qu'en métropole (1,5 %) et que dans les DOM, à l'exception notable de la Guyane (3,7 %). La densité est également la plus forte avec 428 habitants au kilomètre carré.

Mayotte est le plus jeune territoire français. Plus d'un habitant sur deux a moins de vingt ans (un sur quatre en métropole). La population des plus de soixante ans reste stable à 4 %. Les femmes représentent 51,4 % du total.

Concernant l'emploi, la population active recensée était de 44 558 personnes, soit 28 % de la population totale. Il convient cependant de souligner la difficulté d'appréhension de la notion d'actif à Mayotte. En effet, il subsiste une activité traditionnelle vivrière et les « agriculteurs » ne travaillent pas pendant la saison sèche, période pendant laquelle le recensement a lieu.

De plus, l'absence d'indemnités de chômage (seuls les licenciés économiques touchent une allocation depuis août 2006) rend difficile le dénombrement des demandeurs d'emploi. Selon les dernières estimations, le taux de chômage reste très élevé à 25,6 %.

3. Statut et organisation

Devenue colonie en 1841, Mayotte a été dotée en février 1976 d'un statut provisoire de Collectivité territoriale de la République française.

L'Accord sur l'avenir de Mayotte, signé à Paris le 27 janvier 2000, et la loi du 11 juillet 2001 relative à Mayotte transforment le territoire en Collectivité départementale.

La loi prévoit un programme d'actualisation et de modernisation du droit applicable à Mayotte. La loi constitutionnelle du 28 mars 2003 a inscrit Mayotte dans la Constitution en tant que Collectivité d'Outre-mer. Le gouvernement doit soumettre au Parlement un projet de loi portant sur l'avenir constitutionnel du territoire.

L'exécutif de la Collectivité départementale a été transféré du préfet au président du Conseil général de Mayotte.

Une consultation référendaire a eu lieu le 29 mars 2009 et a abouti à la départementalisation du territoire, qui sera officialisée en 2011. À l'issue, les institutions seront peu à peu rendues similaires à celles rencontrées dans un département métropolitain.

L'octroi du statut de Région ultrapériphérique de l'Europe (RUP) permettra des dérogations au droit communautaire, notamment en matière fiscale avec le maintien de l'octroi de mer, et donnera accès aux financements de la politique régionale européenne.

B - L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET SES ENJEUX

1. L'organisation du secteur de la santé

Les soins sont essentiellement dispensés par des structures publiques. Le système de santé repose sur quatre piliers complémentaires :

- le Centre hospitalier de Mayotte (CHM), situé à Mamoudzou et doté d'une antenne sur Petite Terre (hôpital de Dzaoudzi), dispose de l'essentiel du plateau technique et assure les consultations spécialisées, les hospitalisations et plus de la moitié des accouchements dans l'île ;

- un réseau d'une quinzaine de dispensaires médico-sociaux assure des soins primaires de proximité et des actions de prévention. La répartition géographique doit permettre l'accès à tous en moins d'une heure de marche. L'équipe de chaque dispensaire se compose d'un médecin, d'infirmiers, d'agents de santé, ainsi que de sages-femmes si la structure comporte une maternité ;
- quatre hôpitaux intercommunaux (cinq à très court terme), de niveau intermédiaire, assurent une permanence pour les premières urgences, fournissent des consultations avancées de médecine générale et spécialisée et disposent d'une « maison de naissance ». Ces sites posent la question de l'avenir des dispensaires, mutualisation des moyens ou redéploiement ;
- le secteur privé libéral est très limité et concentré sur Mamoudzou et la Petite Terre. La mise en place de l'assurance-maladie doit accélérer l'installation de professionnels. Un laboratoire d'analyses biologiques privé est opérationnel depuis 2002.

L'offre de soins reste très insuffisante, souffrant d'un déficit quantitatif comme d'une forte rotation du personnel soignant qui nuit à la qualité des soins malgré l'ouverture d'un Institut de formation aux soins infirmiers (IFSI) en 2001.

La Direction de la solidarité et du développement social (DSDS), financée par le Conseil général, a en charge plusieurs services de santé :

- Protection maternelle et infantile (PMI) ;
- service « actions de santé » (lutte contre les infections transmissibles, le SIDA et la tuberculose ; détermination de la dépendance des personnes âgées et des personnes handicapées) ;
- service d'éducation pour la santé ;
- Conseil et orientation familiale (COFAMIL) dans le domaine de l'éducation sur la planification familiale.

2. Les équipements sanitaires

Mayotte dispose en équipements sanitaires de 245 lits et places, capacité largement insuffisante au regard des besoins de la population. Le taux d'équipement en lits et places de médecine pour 1 000 habitants est près de sept fois inférieur à celui de la métropole. La réalisation du Plan directeur du CHM devrait cependant porter la capacité d'accueil à 401 lits et places à l'horizon 2010.

La durée moyenne d'hospitalisation est très courte, en particulier pour les services de maternité et de chirurgie, et ce en raison du manque de places.

Le secteur hospitalier a enregistré 122 812 consultations en 2006.

Les patients présentant des pathologies aiguës sont évacués vers La Réunion. En 2006, le nombre d'évacuations s'est établi à 531.

3. Des pathologies spécifiques

Le paludisme persiste sur un mode endémique, avec 565 cas pour la seule année 2006. Le non-remboursement par la Sécurité sociale des tests de dépistage et des médicaments anti-paludéens pénalise la lutte anti-vectorielle.

Alors que la lèpre a pratiquement disparu dans l'Outre-mer français, une cinquantaine de nouveaux cas est diagnostiquée chaque année sur l'archipel.

L'accès inégal à l'eau potable (20 % des foyers ne sont pas raccordés à un réseau) a un fort retentissement sur la morbidité liée aux gastro-entérites, surtout chez les enfants.

L'absence d'assainissement (seuls 20 % des foyers sont raccordés à un réseau) et les lents progrès en matière de gestion des ordures ménagères maintiennent le risque de typhoïde et de leptospirose.

Les mouvements de population internes et externes favorisent les risques de développement des maladies épidémiques.

La plupart des victimes du chikungunya n'ont pas consulté de médecin, alors même qu'une enquête de séroprévalence estime que l'épidémie a touché en 2006 38 % de la population.

Les problèmes de nutrition, largement généralisés, entraînent entre autres une forte prévalence du diabète.

4. Le financement du secteur de la santé

Les dépenses de santé à Mayotte sont en constante progression (21 % entre 2004 et 2005), les dépenses de fonctionnement de l'hôpital et des dispensaires représentant plus de 90 % du total. Fin 2008, le fichier des bénéficiaires de l'assurance maladie contenait 146 000 personnes, enfants compris, pour 80 000 assurés.

L'ordonnance du 12 juillet 2004 a modernisé en profondeur le régime de santé de Mayotte.

L'accès aux soins ainsi que les médicaments distribués dans le secteur public sont gratuits. Ce système de protection sociale a évolué en 2005 vers un système d'assurance maladie-maternité comparable à terme au système métropolitain.

La Caisse de prévoyance sociale (CPS) est devenue la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte (CSSM), dans l'attente de devenir une réelle Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS) sur le modèle des DOM. Le coût de la santé est en principe désormais assuré par les cotisations des affiliés. Les soins sont gratuits pour les assurés sociaux dans les dispensaires et le CHM, limitant le développement du secteur libéral (même si le conventionnement doit permettre de pallier cet obstacle). L'offre de médicaments par CHM et dans les

dispensaires freine l'expansion des officines pharmaceutiques privées. De nombreuses prestations n'existent pas à Mayotte : CMU, CMU complémentaire (même si un système de ticket modérateur à 50 % a été mis en place mais est très peu utilisé), AMU, RMI ou RSA, régime invalidité, régime décès, congé paternité.

Les consultations chez le médecin généraliste sont remboursées à hauteur de 70 %. Les personnes non affiliées au régime de Mayotte ou à ceux de la métropole et des DOM doivent déposer une provision financière pour bénéficier des soins des établissements publics de santé. Se pose le règlement des frais d'hospitalisation et de consultations externes des personnes en situation irrégulière.

C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME

1. Une offre de santé hospitalière en constante évolution

Le Centre hospitalier de Mayotte (CHM), dont la reconstruction est en voie d'achèvement, dispose dès aujourd'hui d'un plateau technique performant et bénéficie, grâce à ses quatre hôpitaux intercommunaux (cinq à court terme) et à ses quinze dispensaires dont les personnels appartiennent au CHM, d'un maillage du territoire apte à assurer à tous une porte d'entrée au système des soins.

La rationalisation qui a conduit à la réduction du nombre de dispensaires de dix-neuf à quinze ces dernières années semble avoir atteint ses limites, même si leur ouverture 24 heures sur 24 sera à court terme abandonnée. Seules les maternités rurales sont fermées peu à peu pour des raisons de sécurisation des patientes, les hôpitaux intercommunaux prenant le relais.

Avec son personnel de 1 690 agents dont 163 médecins, ses 258 lits et 24 places, le CHM assure 22 000 hospitalisations, 390 000 consultations et 8 000 accouchements, ce qui en fait la première maternité de France. Le site de Mamoudzou dispose d'un bloc, d'un service d'urgence et d'une offre étendue en Médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Les hôpitaux intercommunaux de référence se concentrent sur leurs maternités et leurs services de consultation et d'urgence.

Les projets de développement pour la période 2007-2012, qui bénéficient d'une enveloppe de 150 millions d'euros, visent au développement de l'activité dans une démarche de normalisation. Ainsi le passage de quatre à six blocs opératoires s'accompagne-t-il d'une mise aux normes. La mise en place des hôpitaux de référence se terminera avec la rénovation de Dzaoudzi et l'ouverture de Dzoumongne. Un centre de dialyse ouvrira prochainement et permettra de diminuer le nombre des évacuations sanitaires. Enfin, après une longue absence de personnel suffisamment formé, le CHM a ouvert en 2009 une unité de psychiatrie, ajoutant au système déjà existant des tournées régulières dans les

dispensaires une offre ambulatoire. Les six lits pour les crises aiguës ne rendront plus nécessaires les évacuations vers La Réunion.

Les projets s'attachent d'autre part à apporter une réponse aux spécificités locales. La recentralisation des actions en santé au 1^{er} janvier 2009 offre la possibilité de mieux lutter contre la lèpre, le paludisme ou les infections sexuellement transmissibles. Les vaccinations sont à nouveau assurées par le CHM, ceci permettant d'espérer une meilleure couverture vaccinale. Il en est de même pour les maladies vectorielles, avec une meilleure prophylaxie, concernant notamment le chikungunya et la fièvre de la vallée du Rift.

Enfin, le développement du CHM, qui dépasse ainsi son strict champ initial de compétences, passe par la réponse donnée à un certain nombre de carences du secteur médico-social. Ainsi en est-il, pour exemple, de l'intervention des équipes hospitalières, au travers d'une convention passée avec la DASS, dans le domaine du handicap.

2. Une politique volontariste de l'État

En l'absence de conférence de santé réunissant régulièrement l'ensemble des partenaires et des usagers, la DASS de Mayotte, service déconcentré de l'État, a mis en œuvre un projet de santé de territoire afin de travailler sur l'ensemble des axes prioritaires de la santé sur l'archipel.

La nécessité de la proximité des lieux de prise en charge a conduit la DASS à recommander de mettre fin à la fermeture de dispensaires du CHM en raison des difficultés de transport qui pourraient constituer un obstacle à l'accès aux soins. La DASS a d'autre part confié au CHM les actions de prévention en santé comme la réponse à certaines carences du secteur médico-social.

La mise en place d'une cellule de veille épidémiologique en partenariat avec le CHM et la Cellule régionale d'épidémiologie (CIRE) de La Réunion dans le cadre de la coopération régionale permet d'instaurer la veille sanitaire et d'imposer les déclarations obligatoires de certaines pathologies, avec pour base de travail le maillage des dispensaires.

Un renforcement des politiques est à l'étude et connaît déjà un commencement de mise en œuvre concernant certains thèmes de santé publique particulièrement prégnants : la psychiatrie, le dépistage des cancers permettant la pratique de la chirurgie et de la chimiothérapie à Mayotte et de la radiothérapie à La Réunion, la lutte anti-vectorielle et la lutte contre les maladies de civilisation, les pathologies des pays pauvres et des pays riches coexistant sur le territoire. La lutte contre le SIDA et la tuberculose a déjà été reprise par la DASS.

Une parfaite complémentarité est nécessaire entre Mayotte et La Réunion. Une agence interrégionale de santé, qui devrait prochainement voir le jour sur le modèle des agences régionales de santé bientôt mises en place en métropole et dans les DOM, permettra son développement. La création d'un Centre hospitalier universitaire pourrait compléter le dispositif, offrant à terme la possibilité de créer une réelle communauté hospitalière de l'Océan Indien.

Suite à la rencontre en 2008 à Paris des présidents des deux États, un groupe de travail de Haut niveau a été mis en place entre la France et les Comores. Pour ce qui touche à la santé, cinq axes ont été dégagés : la veille épidémiologique, la formation des professionnels, les parcours de soins, les évacuations sanitaires et le partage de campagnes d'intervention et de dépistage. Le CHM est déjà l'hôpital de référence des Comores, même si de nombreuses difficultés financières perdurent. Afin de prendre conscience de l'ampleur des problèmes à résoudre, il est utile de souligner que le budget du CHM s'élevait en 2008 à 105 millions d'euros, quand celui de l'ensemble de l'État des Comores se montait à 35 millions d'euros pour une population d'environ 930 000 habitants (400 000 à la Grande Comore ou Ngazidja, 380 000 à Anjouan ou Ndzouani et 150 000 à Mohéli ou Moili).

D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE

1. Une forte immigration illégale insuffisamment prise en compte par les politiques de santé

Si l'INSEE estimait en 2006 la population de Mayotte à 191 000 personnes, le nombre des affiliés sociaux auprès de la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte permet de déterminer précisément la population y résidant en situation régulière, seule condition à l'affiliation. Il se monte en début 2009 à 146 000 personnes (nombre total de bénéficiaires pour 80 000 assurés sociaux), soient environ 77 % des recensés. La population globale estimée à l'horizon 2015 se situe dans une fourchette comprise entre 270 000 et 320 000 personnes.

Il est aisé de réaliser que, face à cette démographie galopante et quels que soient les efforts d'investissement réalisés dans le domaine de la santé, les capacités restent en deçà des besoins réels de l'archipel. Ceci est largement dû au fait que les investissements sont calculés sur la base de la population résidente officielle et non sur la population réelle estimée.

De plus, cette absence de prise en compte des personnes en situation irrégulière crée un engorgement du système de santé. Si la gratuité des soins est totale pour les affiliés sociaux, les non affiliés, en l'absence de l'Aide médicale État à Mayotte, sont en principe redevables d'un forfait leur permettant un accès pour une certaine période aux hôpitaux et dispensaires et dont le montant et la durée sont fonction de la pathologie diagnostiquée. Cette pratique induit plusieurs effets pervers. D'une part, les médecins sont réticents à percevoir ces sommes et ne souhaitent pas se substituer aux services de l'immigration. Ils n'hésitent pas, pour des raisons déontologiques et face à des situations sociales et financières difficiles, à requalifier la pathologie en Affection grave et durable (AGD) qui permet de ne pas exiger le versement du forfait. D'autre part, les non affiliés bénéficiant d'une prise en charge forfaitaire pour une durée fixée multiplient les visites dans les lieux de soins, allongeant d'autant les files d'attente. Enfin, la provision financière demandée est rarement versée en

pratique faute de moyens des non assurés et en raison de l'absence d'état-civil et de résidence pour adresser les rappels.

Le phénomène est de grande ampleur. Les activités du CHM en faveur des irréguliers sont estimées en 2008 à 24 % pour l'ensemble de l'activité de soins, à 51 % pour les hospitalisations. Les naissances de non affiliés représentent 56 % des naissances en 2008, sans doute en diminution (68 % en 2005) du fait de l'augmentation des affiliations. Ces chiffres intègrent à la fois les personnes en situation irrégulière, les Mahorais non affiliés ou affiliés ne présentant leur papier lors de l'accès aux soins. Les problèmes liés à l'état civil et l'informatisation insuffisante des services de santé sont à prendre en compte.

Le CHM prend en charge sur ses fonds propres les non assurés sociaux grâce à une dotation de l'État. Mais cette subvention va diminuant et reste inférieure aux recommandations faites par le rapport de l'IGAS en 2005.

Cette situation conduit de nombreux Mahorais à porter un jugement négatif sur le système de soins et à ressentir une certaine forme d'exclusion. Pour eux, d'une part, les « clandestins » seraient prioritaires et feraient l'objet de toutes les attentions, au détriment de la population française subissant d'importants délais d'accès aux soins. D'autre part, ils pensent que le budget consacré par l'État aux irréguliers en matière de santé serait supérieur à celui consacré aux Français. Il leur apparaît également que le système de soins serait au final bien calibré et efficace si seuls les Mahorais y avaient accès.

Cela montre la nécessité de prendre en compte le contexte géographique, social et culturel local source de l'immigration clandestine.

La présence de nombreux irréguliers constitue également un problème en termes d'hygiène publique et d'épidémies potentielles. La peur des contrôles éloigne du système de soins cette population, qui s'y adresse souvent fort tard, en particulier les futures mères et les enfants. Ainsi, de nombreux enfants laissés seuls après la reconduite à la frontière de leurs parents ne sont que peu concernés par les systèmes scolaire et de santé. Une intervention récente de la défenseure des enfants rappelant les termes de la Charte des droits de l'enfant de l'ONU doit permettre leur meilleure prise en charge.

2. De fortes contraintes pesant sur l'hôpital

Ces contraintes portent en premier lieu sur les carences en termes de ressources humaines. Malgré la mise en œuvre d'un plan de formation visant notamment à la mahorisation des infirmiers, le manque de compétences locales, tant en matière administrative que paramédicale, est encore évident. De nombreux postes sont vacants. La densité médicale hospitalière est quant à elle trois fois inférieure à celle de l'île de La Réunion. Le peu d'attractivité et le fort turnover font qu'il est difficile de faire vivre les projets. Le défaut de spécialistes dans certains domaines, comme l'imagerie, la pédiatrie ou l'anesthésie induit des délais parfois très longs ainsi qu'un inconfort certain pour les populations. Ainsi aucune péridurale n'est-elle effectuée pour les accouchements à Mayotte. La

présence d'une seule assistante sociale au sein du CHM, au regard des besoins des populations locales, pose également problème.

À ceci s'ajoute un problème de ressources financières contraintes. La non mise en place de la tarification à l'activité (T2A) et le maintien en conséquence de la dotation globale de fonctionnement se traduisent par des lacunes en matière de stratégie et de cadrage. Les règles locales de rémunération des personnels, induisant indemnités pour les personnels non médicaux et sur-majorations pour les personnels médicaux, grèvent lourdement le budget. La prise en charge déjà évoquée précédemment des non assurés sociaux, y compris de leurs évacuations sanitaires (avec le refus de certains établissements réunionnais ou métropolitains de procéder aux interventions sans avoir au préalable de garanties de paiement), ajoute aux difficultés financières de l'établissement. Au final pèse en permanence sur la structure une incertitude en termes de financement, concernant la dotation annuelle de l'État pour les non assurés, l'adoption éventuelle de la T2A, les conséquences de la départementalisation, en particulier sur la mise en place à terme de l'aide médicale État pour les personnes en situation irrégulière.

Un chiffre pourrait à lui seul traduire la situation actuelle : les dépenses de santé ont été pour 2006 à Mayotte de 600 euros par habitant pour l'année, contre 3 318 euros en métropole.

3. Des réponses encore insuffisantes aux besoins de santé

Des carences constatées tant en termes de ressources humaines qu'en matière financière découlent un manque d'investissement et de présence sur des pathologies pourtant connues comme constituant autant de prévalences locales.

Peuvent ainsi être déclinés dans ce cadre :

- la prise en charge de l'hypertension ;
- les Accidents vasculaires cérébraux (AVC) ;
- le diabète ;
- l'asthme ;
- l'insuffisance rénale chronique.

Un déficit de la prise en compte de la santé de la mère et de l'enfant, malgré une prise de conscience du Conseil général en ce domaine se heurtant là encore au manque de moyens, conduit à une augmentation du risque, alors même que Mayotte, plus grande maternité de France comme il l'a déjà été souligné, connaît 8 000 accouchements par an.

Les coopérations, notamment avec La Réunion, sont également insuffisamment développées sur les pathologies pour lesquelles ressources locales et équipements font défaut (insuffisance rénale, radiothérapie, chirurgie cardiaque, rééducation...) ou dans les domaines dans lesquels les carences du secteur sanitaire libéral et du secteur médico-social sont les plus évidentes. Dans l'attente d'une amélioration du plateau technique du CHM et en particulier de la

mise en place d'un service d'IRM, les évacuations sanitaires des affiliés de la CSSM et les transferts sanitaires (concernant les non affiliés) programmés sont en augmentation constante : 201 en 2006, 459 en 2007, 975 en 2008.

La télémédecine n'a pas encore été explorée, l'absence de haut débit constituant un obstacle majeur à sa mise en place.

4. Un secteur libéral quasi-inexistant

L'idée développée par certains qu'en dehors des interventions ciblées du Conseil général le CHM serait le seul acteur de santé de l'archipel repose sur cette constatation chiffrée : seuls 16 médecins généralistes exercent à Mayotte et les spécialistes privés sont très peu nombreux (il n'y a ainsi qu'un ophtalmologiste et qu'un radiologue et aucun cardiologue). L'investissement et les études se concentrent de fait sur l'hôpital et les centres de référence.

Les infirmiers libéraux sont au nombre de 69. Le secteur est insuffisamment contrôlé alors que les prescriptions qu'ils effectuent sont nombreuses, au mépris parfois des règlements, comme c'est le cas en matière de diabète. La réalité de leurs actes échappe à toute évaluation. Un infirmier libéral a ainsi pu percevoir une rémunération de 500 000 euros en 2008. La CSSM ne dispose il est vrai que d'un médecin conseil pour l'ensemble des missions de contrôle sur l'île, ce qui est nettement insuffisant, d'autant que la départementalisation pourrait entraîner sans doute une progression de l'offre libérale. La création d'un syndicat d'infirmiers a permis de développer la collaboration et le dialogue avec la profession afin de réfléchir à l'élaboration d'un code de bonnes pratiques.

Les officines pharmaceutiques sont peu nombreuses. L'hôpital distribue directement et gratuitement les médicaments correspondant aux prescriptions, ce qui constitue un obstacle majeur au développement de ces officines.

Un seul laboratoire d'analyses biomédicales est présent à Mayotte.

Aucune clinique privée ne s'est installée dans l'archipel.

Il n'y a pas d'ambulanciers privés, ce qui ne permet pas d'améliorer l'organisation des transports sanitaires uniquement assurés par une seule équipe de SMUR (le Samu n'existe pas sur l'archipel, non plus que le Centre 15) et les pompiers. Les urgences multiples ne peuvent ainsi être prises en compte, en particuliers dans les maternités rurales pourtant dépourvues de pédiatres ou de réanimateurs comme de gynécologues.

5. Une politique de prévention et un système d'éducation à la santé déficients

Il faut avant tout signaler que l'état sanitaire des populations est très peu connu. Peu d'éléments sont par exemple disponibles sur les MST. Le SIDA ne toucherait que 100 personnes sur l'archipel. Une enquête de prévalence du diabète a été entreprise depuis un an.

Le changement d'alimentation avec l'arrivée de nouveaux produits mieux considérés induit des maladies de civilisation. Les nouvelles et nombreuses réglementations se sont parfois mises en place au détriment de la culture antérieure, nécessitant une information et une éducation des populations, et ce d'autant que la médecine moderne s'est largement substituée à un système traditionnel qui s'efface peu à peu.

Cependant, il n'existe pas à Mayotte de Schéma territorial d'éducation à la santé (STEPS).

Le Conseil général, au travers d'agents spécialisés, fait preuve d'une volonté incontestable dans le domaine de l'éducation à la santé, en partenariat avec des institutions et des associations et avec le soutien financier du Comité territorial d'éducation pour la santé (COTES) et de l'État. Il dispose d'un service d'éducation à la santé d'une trentaine d'agents, dont les priorités concernent les accidents domestiques (les brûlures domestiques touchant les enfants sont particulièrement fréquentes aux Comores), la nutrition, les grossesses précoces et la sensibilisation aux soins bucco-dentaires, et d'un service de planning familial, d'une trentaine d'agents également, dont l'objectif consiste à terme à créer des centres de planification familiale. Vingt-sept points de consultation existent en Protection maternelle et infantile (PMI).

La planification familiale bénéficie d'un investissement important, un service d'éducation se déplaçant dans les villages et les centres de PMI, en effectuant souvent un travail de terrain et de porte à porte afin de mener des actions individuelles et collectives de conseil et d'orientation familiale. Un plan triennal de nutrition a permis d'organiser des sessions d'information et de démonstration dans les communes. Mais les recommandations sont rarement mises en œuvre par les mères de famille, l'ensemble de la démarche se heurtant au niveau d'éducation général. 10 % environ des enfants restent victimes de malnutrition (le béribéri a tué vingt-neuf nouveau-nés en 2006). Un nouvel accompagnement, avec réunions de groupes de dix personnes dans les villages, est actuellement développé en liaison avec un nutritionniste de La Réunion. L'éducation du patient sur le diabète est inexistante malgré une forte prévalence de cette pathologie.

Le manque de moyens humains et financiers est également patent. Il est ardu de recruter des médecins et seuls douze postes sont pourvus sur les trente budgétés par le Conseil général. Les centres de la PMI sont débordés du fait de l'absence quasi-totale de médecine libérale et assurent 70 à 80 % de l'activité de PMI contre environ 20 % en métropole. Les produits pharmaceutiques sont achetés par le Conseil général au CHM et non financés par la CSSM. Jusqu'à présent, et même si cette pratique est amenée à disparaître en 2009, le CHM facturait au Conseil général, qui avait fait le choix de cette politique pour des raisons évidentes de santé publique, les frais de contraception ou de pose de stérilet après IVG et de vaccination pour les plus de six ans et pour les nouveau-nés concernant l'hépatite B. Pour ce qui touche aux examens

biologiques (65 % de l'activité de la PMI), le Conseil général joue le rôle de mutuelle pour les affiliés sociaux et prend en charge 100 % des dépenses pour les non affiliés. La CSSM lui doit plus de trois millions d'euros pour les affiliés sociaux et la demande de prise en charge par l'État pour les non affiliés n'a aujourd'hui pas reçu de réponse.

Le Comité territorial d'éducation à la santé (COTES) ne dispose pas de moyens suffisants en l'absence de subvention de l'État et du fait d'un soutien financier du Conseil général allant décroissant. Concentré sur l'éducation en milieu scolaire, il ne présente ni programme, ni procédures d'évaluation.

La CSSM ne développe quant à elle que peu la prévention. Le dépistage des IST et du VIH est budgété pour un montant de 700 000 euros par an. Le dépistage du cancer du sein est balbutiant, le CHM étant submergé et un seul cabinet de radiologie privé étant présent sur l'archipel.

Les mairies sont également peu présentes dans le domaine. Le manque de moyens financiers des communes leur interdit le plus souvent de compléter la prestation d'aide à la restauration scolaire pour les déjeuners ou collations versée par l'Établissement des allocations familiales de Mayotte, d'un montant de quatre millions d'euros en 2008 pour 35 000 élèves, ceci se traduisant par un retard de paiement des fournisseurs et une modification des menus élaborés au détriment de l'équilibre alimentaire.

L'Établissement des allocations familiales de Mayotte met en place en 2009 une charte qualité, en partenariat avec la DASS et les acteurs du secteur contrôle-éducation-prévention.

L'augmentation de la population irrégulière, notamment des jeunes insuffisamment scolarisés, obère lourdement les actions menées ou en développement.

CONCLUSION

Ce rapport pose une vision d'ensemble sur l'organisation de la santé dans l'Outre-mer français. Les onze collectivités qui composent notre espace ultramarin ont en commun leur éloignement avec la métropole et l'inévitable conséquence sur les dépenses de santé liées au transport des produits et à la surrémunération accordée à certains professionnels. Pour plusieurs d'entre elles, répondre à la demande d'accès aux structures sanitaires pour de petites communautés isolées au sein de leur territoire est un souci permanent. Trouver l'équilibre entre sécurité sanitaire, qualité de l'offre dispensée, organisation des transports et maîtrise des dépenses reste une équation difficile à résoudre.

À cette contrainte d'éloignement et d'isolement, s'ajoutent les risques naturels (cyclones, éruptions volcaniques et séismes), les risques sanitaires particuliers liés à l'habitat insalubre (leptospirose et gastro-entérite), les épidémies (paludisme, dengue, chykungunya) qui impactent l'offre de soins avec des épisodes récurrents de crises à gérer. L'Outre-mer se caractérise également par la cohabitation des maladies liées à la pauvreté et au climat tropical (lèpre, béri-béri, malnutrition) avec des maladies de pays riches particulièrement prégnantes (obésité, diabète, hyper-tension-artérielle), par une contamination importante par le VIH/SIDA et un nombre important d'IVG.

La précarité liée au chômage avec un nombre de bénéficiaires du RMI pouvant parfois atteindre plus du quart de la population traduit la fragilité des économies ultramarines et les besoins spécifiques des populations dans l'accès à une offre de santé adaptée à leurs besoins. Pauvres, comparativement à l'Hexagone, mais cependant considérés comme riches dans leur environnement géographique, plusieurs territoires demeurent attractifs pour leurs voisins étrangers et subissent de ce fait une forte pression migratoire qui n'est pas suffisamment intégrée dans les politiques publiques.

Les constats relatés dans ce rapport font état de nombreuses spécificités qui caractérisent les entités d'Outre-mer et décrivent également l'hétérogénéité des collectivités ultramarines dans leur organisation institutionnelle. Les diversités culturelles, historiques, géographiques, sociales et sociétales ont forgé chaque territoire. Leur prise en compte dans l'élaboration des politiques de santé témoigne de la volonté des pouvoirs publics de proposer des réponses adaptées dans la prise en charge sanitaire des populations et d'y intégrer les contraintes propres à chaque Collectivité.

En détaillant les différentes organisations des politiques de santé Outre-mer, ce rapport présente à la fois les insuffisances mais également les points forts développés par chaque Collectivité dans l'élaboration de son système de santé. Ces succès tels que l'utilisation de la télémédecine, le développement des filières de soins, la prise en charge sanitaire graduée des patients, la performance de la veille sanitaire, le maillage efficace des territoires ou encore la

mutualisation des moyens déployés au sein des structures innovantes (centres de santé, dispensaires, hôpitaux de proximité) développées au plus près des lieux de vie méritent d'être reconnus. Trop souvent, ces réussites ne dépassent pas les limites des territoires alors même qu'un échange de compétences et d'expériences innovantes sur des problématiques communes serait de nature à améliorer la prise en charge sanitaire des populations ultramarines.

Ce rapport constate aussi plusieurs insuffisances : les indicateurs de santé disponibles témoignent d'une mortalité prématurée révélant des lacunes dans les politiques de prévention et d'éducation à la santé. Le recueil de ces indicateurs, encore insatisfaisant, demande que l'on y porte attention. Les politiques de santé se définissent en fonction des besoins de santé des populations d'où l'indispensable fiabilité des données recueillies pour identifier convenablement les priorités à dégager. Les collectivités ultramarines sont exposées aux difficultés liées à la démographie médicale. Si ces difficultés existent en métropole, elles sont plus aiguës Outre-mer avec de lourdes conséquences sur le fonctionnement des services de santé en fonction des territoires. La continuité dans l'accès aux soins de premiers recours et la sécurité sanitaire dans le cadre des urgences nécessite un recours à des moyens de transport divers, adaptés à l'isolement et à l'étendue de certains territoires qui pourraient être optimisés. Le développement de nouvelles technologies de l'information et de la communication telle que la télémédecine a toute sa place Outre-mer alors qu'elle est peu utilisée. Les avantages offerts par cet outil méritent qu'on lui accorde un développement prioritaire dans ces collectivités éloignées.

Les carences évoquées dans ce rapport ne doivent pas masquer l'investissement et les efforts développés par les pouvoirs publics pour améliorer la santé des ultramarins. La prise en compte de ces insuffisances est une base de réflexion pour faire émerger des pistes de progrès réalisables afin de répondre le mieux possible, dans une optique de qualité et de sécurité maximales, aux besoins de soins de prévention et d'éducation à la santé de chaque territoire ultramarin. C'est dans cet esprit que le projet d'avis proposé par notre assemblée s'efforcera de formuler un ensemble de propositions concrètes.

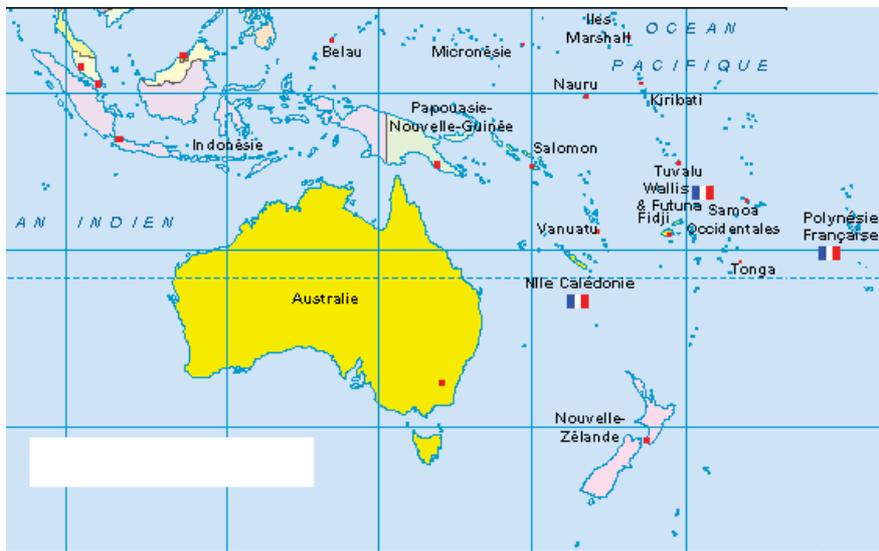
ANNEXES

Annexe n° 1 : Cartes géographiques

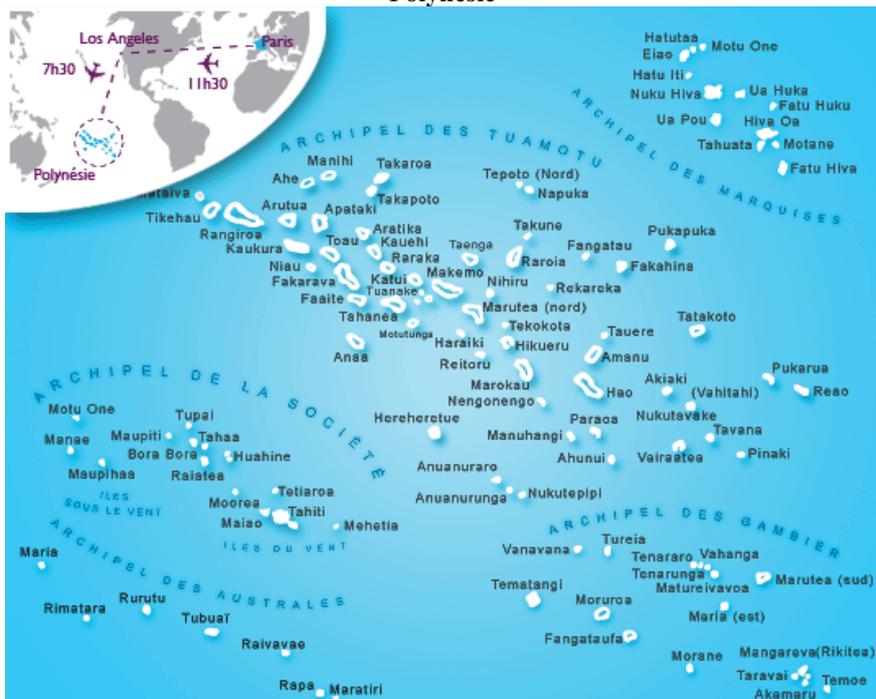
Le rayonnement de la France dans le monde



Océan pacifique



Polynésie



Polynésie Echelle Europe



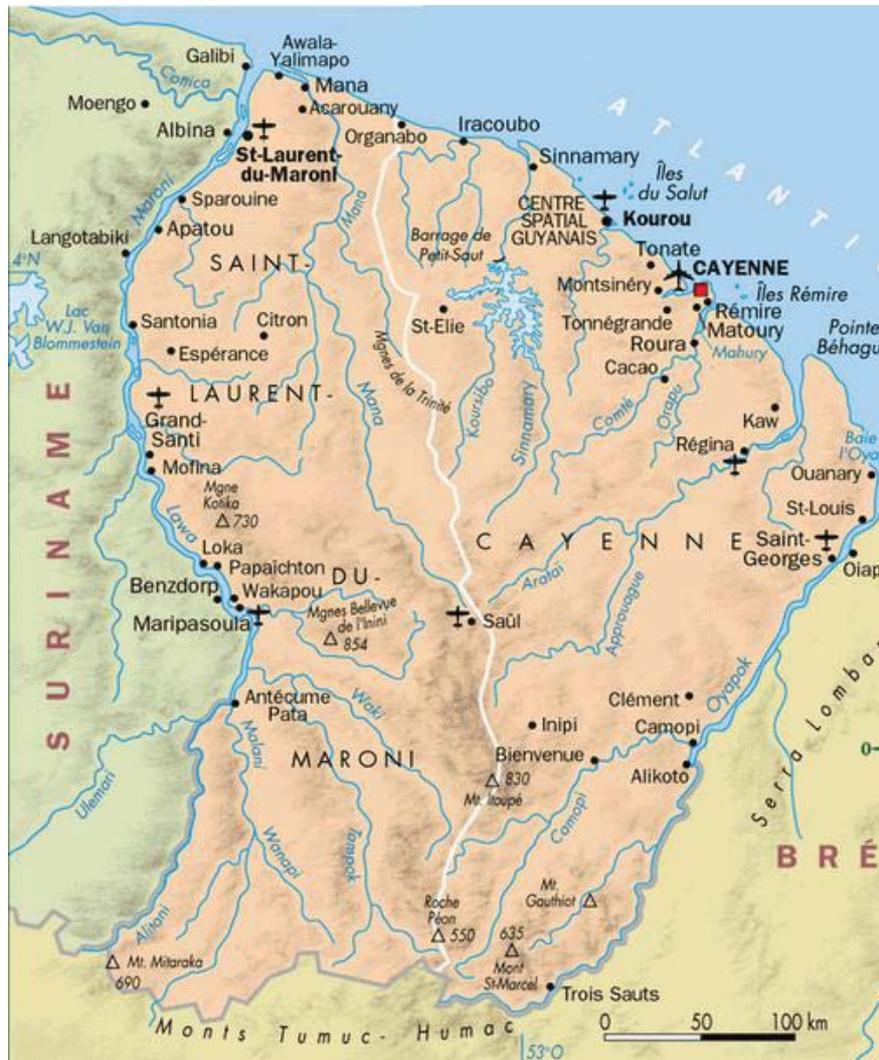
Nouvelle-Calédonie



Wallis et Futuna



Guyane



La Guyane et son environnement régional



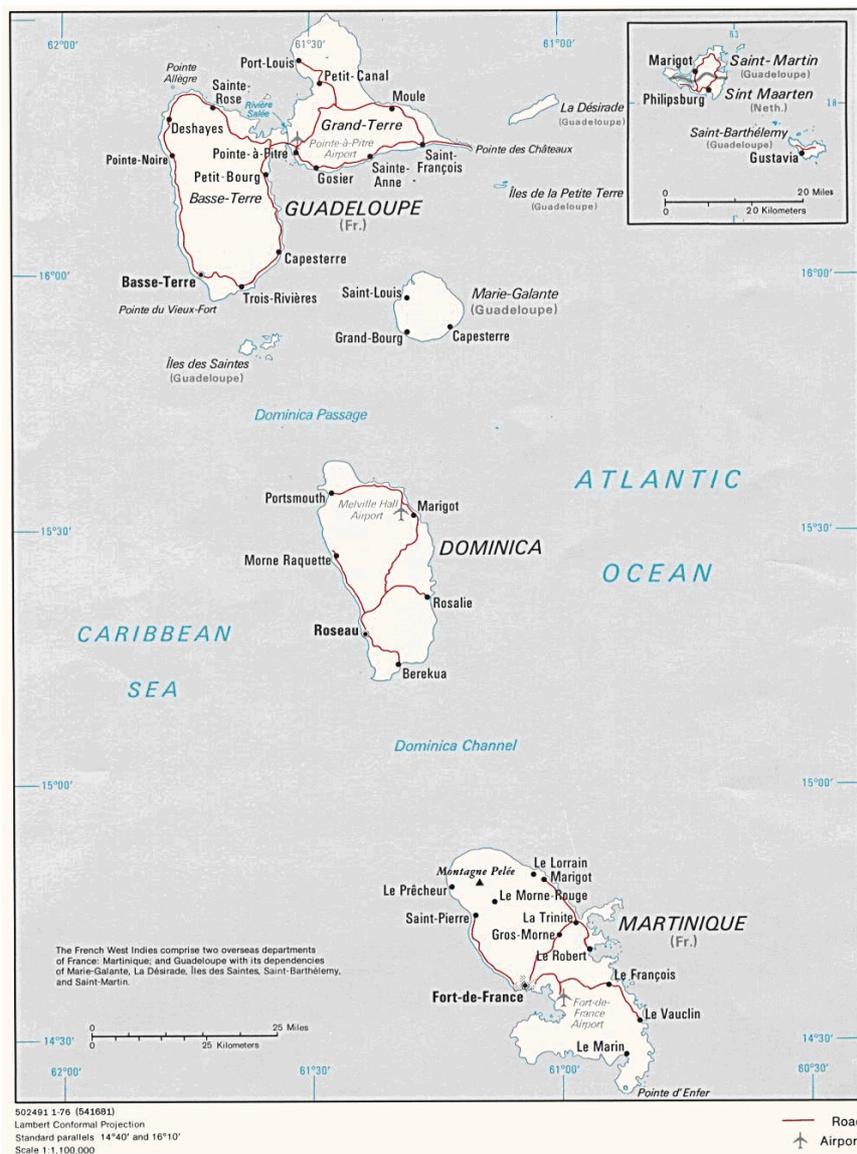
Les françaises des Antilles dans leur environnement régional



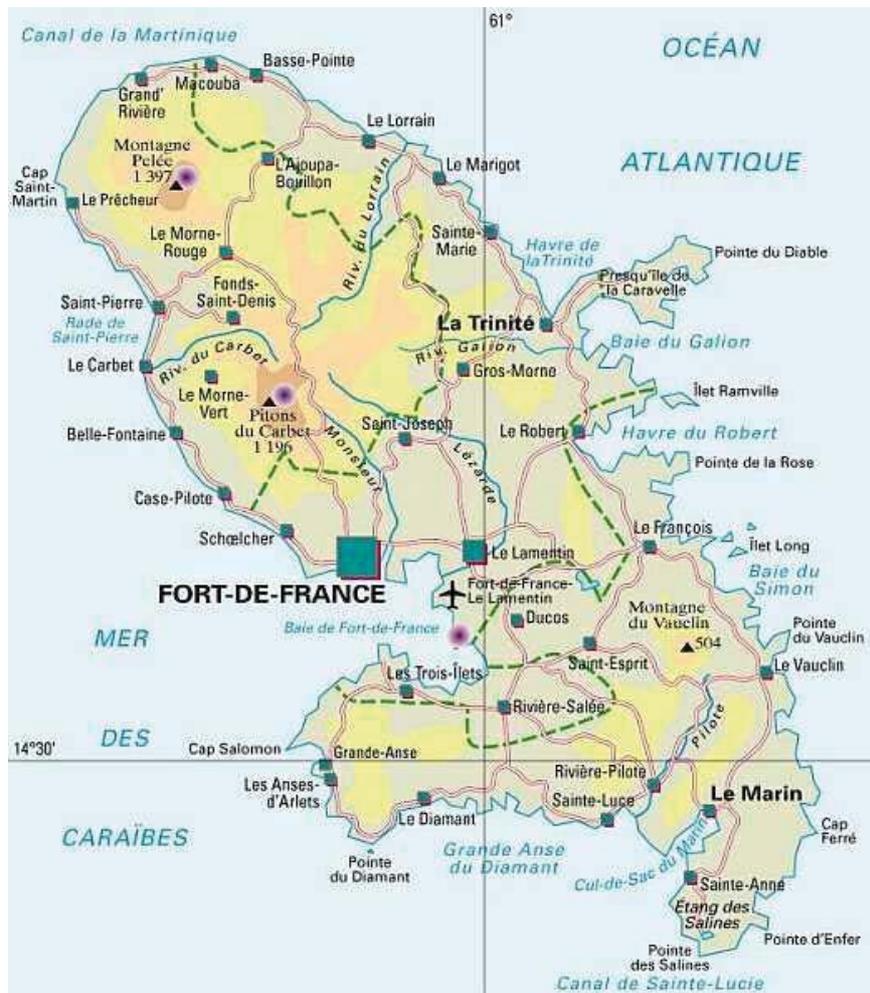
Appartenance nationale des îles de la Caraïbe



Dominique, Guadeloupe et Martinique



Martinique



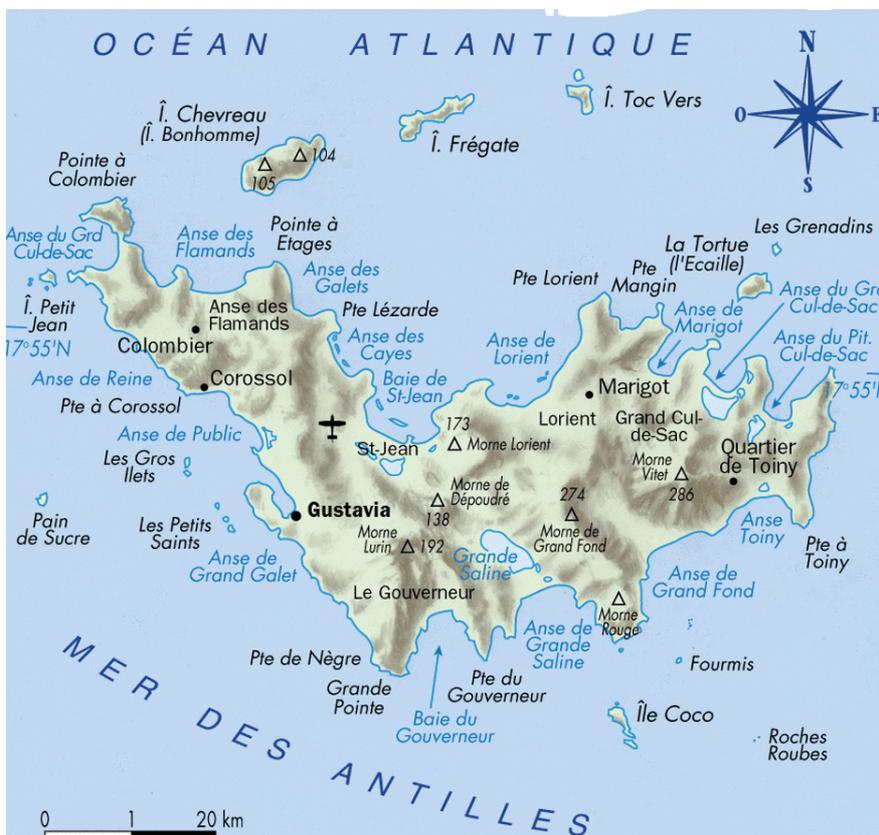
Guadeloupe



Saint-Martin



Saint-Barthélemy



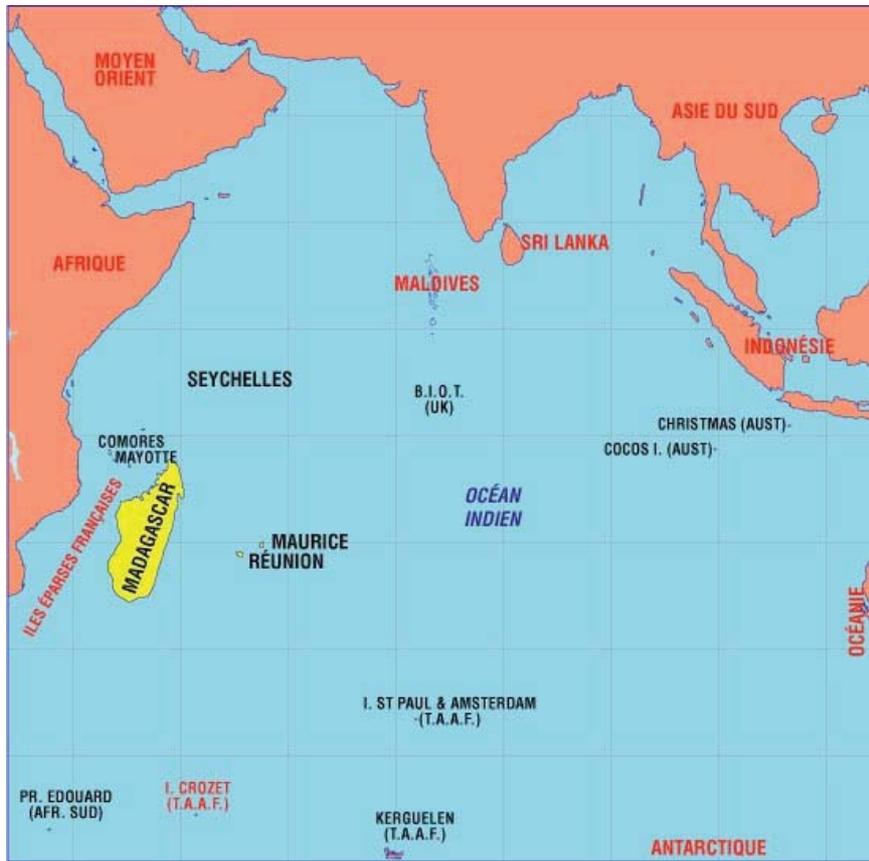
Saint Pierre et Miquelon



Mayotte



Océan indien



Annexe n° 2 : Liste des personnes rencontrées

POLYNÉSIE FRANÇAISE

Gouvernement :

Monsieur Gaston Tong Sang, Président de la Polynésie française
Docteur Jules Ienfa, vice-président, ministre de la Santé et de la prévention, en charge de la politique de la ville, porte-parole du gouvernement
Monsieur Charles Marty, directeur de cabinet du ministre de la Santé et de la prévention
Professeur Jean-François Charles, conseiller technique
Monsieur Frédéric Cibard, conseiller technique chargé de la communication
Madame Armelle Merceron, ministre de la Solidarité et du logement, en charge de la réforme de la protection sociale, de la famille et de la condition féminine

Haut-commissariat :

Monsieur Michel Salenase, secrétaire général adjoint, responsable de la subdivision administrative des Îles Australes

Inspection générale de l'administration de la Polynésie française :

Madame Yolande Vernaudon, inspectrice générale
Madame Thérèse Lopez, inspectrice

Direction de la santé :

Docteur Mareva Tourneux, directrice
Docteur Dominique Polycarpe, directeur adjoint
Docteur Philippe Biarez, responsable des formations sanitaires de Moorea-Maiao, en charge de la veille sanitaire
Docteur Marie Tukiava, responsable des formations sanitaires de Tahiti Nui
Docteur Maurice Youn, responsable de la subdivision des Tuamotu-Gambier
Monsieur Nourredine Feram, service administratif et financier, directeur de l'hôpital de Taravao
Madame Yolande Mou, chargée de mission responsable de la prévention
Madame Stéphanie Mulatier, Bureau des ressources humaines
Madame Laurence Renaud, Observatoire de la santé
Docteur Geneviève de Clermont, médecin inspecteur de santé publique
Docteur Daniel Perez, médecin inspecteur de santé publique
Madame Laurence Lemaire, responsable du contrat de projet
Madame Maïté Swarc, cellule formation
Madame Elodie Lemaire, service juridique
Madame Glenda Mellix, centre d'hygiène et de salubrité publique
Madame Nicole Cerf, responsable des projets de prévention

Conseil économique, social et culturel de la Polynésie française
Madame Raymonde Raoulx, présidente

Centre hospitalier de Polynésie française
Monsieur Louis Rolland, directeur général

Conseil de l'ordre des médecins de Polynésie française
Docteur Richard Wong Fat, président
Docteur Jean Ruas, vice-président
Docteur Bernard Gentelet

Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française
Monsieur James Estall, président du Conseil d'administration
Monsieur Philippe Samyn, agent comptable
Docteur Gilles Levy, médecin-conseil

NOUVELLE-CALÉDONIE

Haut-commissariat

Monsieur Yves Dassonville, haut-commissaire

Gouvernement

Madame Véronique Trompas, Collaboratrice de Madame Robinneau, ministre des Affaires sanitaires et sociales

Monsieur Jean-Alain Course, directeur de la DASS

Province Nord

Monsieur Tutugoro, 2^{ème} vice-président

Monsieur Koana, chargé de mission pour les affaires sanitaires et sociales

Monsieur Thierry Maillot, directeur de la Direction des affaires sanitaires et sociales et des problèmes de société

Madame Marie-Claire Pham, directrice adjointe de la DPASS/PS

Docteur Michel Cortembert, DPASS

Province Sud

Monsieur Raymond Kateureu, président de la commission de la santé et de l'action sociale

Madame Anne-Marie Siakinuu, collaboratrice du cabinet

Madame Delannoy, directrice de la DPASS

Docteur Philippe Leono, sous-directeur chargé de la santé

Hôpitaux

Monsieur Philippe Palombo, directeur du CHS de Nouville

Madame Jacqueline Bernut, présidente du conseil d'administration du Centre hospitalier territorial (CHT)

Monsieur Bulot, directeur du CHT

Docteur Olivier Axler, président de la CME du CHT

Monsieur Guilem Mestu, directeur de l'hôpital de Koumac

Docteur Olivier Kesterman, président de la CME de l'hôpital de Koumac

Docteur Pierre Vinand, anesthésiste réanimateur

Madame Marie-Laure Ansett, DRH de l'hôpital de Koumac

CAFAT

Monsieur Pierre Crifo, directeur

Monsieur Philippe Ouamba, directeur adjoint

Madame Nathalie Doussy-Appollodorus, directrice de la branche santé

Docteur Nina Chaverot, médecin-chef du contrôle médical

Madame Marie-Hélène Besson, attachée auprès de la Direction

Conseil économique et social de la Nouvelle-Calédonie

Monsieur Robert Lamarque, président

Madame Rosine Streter, vice-présidente

Madame Micheline Rolly

Madame Janine Decamp

Monsieur Bernard Renaud

Monsieur Yves Tissandier

Monsieur Raymond Guepy

Monsieur Robert Poinri

Monsieur Frank Apok

Monsieur Christophe Coulson

WALLIS ET FUTUNA

Administration supérieure

Monsieur Paolantoni, administrateur supérieur, préfet

Royaume d'Alo, Futuna

Monsieur Setefano Takaniko, Saatula d'Alo, ministre coutumier du royaume d'Alo à Futuna

Assemblée territoriale

Monsieur Victor Brial, président

Monsieur Atoloto Kolokilagi, conseiller territorial de Wallis, président de la commission des affaires sociales

Monsieur Thomas Savea, conseiller territorial de Futuna, membre de la commission des finances

Monsieur Alexis Leleivai, chargé de mission, responsable du service des affaires administratives et financières

Agence de santé

Monsieur Jean-Pierre Batard, directeur

Monsieur André Le Goff, directeur adjoint chargé des travaux et de la logistique

Madame Elisabeth Dutaut, directrice de l'hôpital de Kaleveleve

Madame Germaine Loiselet, directrice des soins

Docteur Gérard Deltour, médecin-chef des dispensaires

GUYANE

Préfecture

Monsieur Daniel Ferey, préfet

Monsieur Jean-Luc Grangeon, directeur de la Direction de la santé et du développement social (DSDS)

Docteur Christian Lassalle, médecin inspecteur régional de la DSDS

collectivités locales

Madame Marie-Claude Verdan, vice-présidente du Conseil régional, présidente du conseil d'administration de l'Observatoire régional de la santé de Guyane (ORSG)

Monsieur Robert Putcha, premier adjoint au maire de Kourou

Monsieur Bernard Quemon, directeur de cabinet du maire de Kourou

Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS)

Madame Laure Larisse, directrice générale

Caisse d'allocations familiales (CAF)

Madame Isabelle Malinge, directrice

Madame Josie Chazoule, directrice adjointe

Agence régionale de l'hospitalisation (ARH)

Monsieur Philippe Damie, directeur

Docteur Jean-Marc Fischer, conseiller médical

Centres hospitaliers

Monsieur Pauchard, directeur du Centre hospitalier Andrée Rosemon (CHAR) de Cayenne

Monsieur Bruno Chauvin, directeur adjoint chargé des ressources humaines du Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) Franck Joly de Saint-Laurent du Maroni

Madame Marie-Claude Lescourant, directrice des soins du Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) Franck Joly de Saint-Laurent du Maroni

Monsieur Gérard Egmann, responsable du SAMU

Services d'incendie et de secours de la Guyane

Lieutenant-colonel Sylvain Montgénie, directeur départemental

Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE)

Monsieur Alain Bateau, ingénieur épidémiologiste

Madame Vanessa Ardillon, épidémiologiste

MARTINIQUE

Préfecture

Monsieur Ange Mancini, préfet

Monsieur Christian Ursulet, directeur de la Direction de la santé et du développement social (DSDS)

Docteur Christian Lassalle, médecin inspecteur régional de la DSDS

Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS)

Monsieur Marc Schmidt, directeur général

Docteur Pascal Perrot, directeur régional du service médical

Caisse d'allocations familiales (CAF)

Monsieur Frantz Leocadie, directeur

Madame Suzie Saint-Louis, responsable du service PARS (Prestation accueil restauration scolaire)

Agence régionale de l'hospitalisation (ARH)

Monsieur Elie Bourgeois, secrétaire général

Centre hospitalier universitaire (CHU) :

Monsieur Frantz Ventura, directeur général

Monsieur Bernard Cavignaux, directeur général adjoint

Docteur Patrick René-Corail, président de la Commission médicale d'établissement (CME)

Observatoire régional de la santé de la Martinique

Docteur Sylvie MERLE, directrice

Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE)

Monsieur Alain Bateau, ingénieur épidémiologiste

Monsieur Jacques Rosine, épidémiologiste

Ordre des médecins

Docteur Helenon, président

Conseil économique et social régional

Monsieur Félix Catherine, vice-président

Monsieur Gilles Marthe, vice-président

Madame Viviane de Vassoigne, présidente de la Commission santé social logement cadre de vie

Monsieur Pierre Dru

GUADELOUPE

Préfecture

Monsieur Nicolas Desforges, préfet

Monsieur Hubert Vernet, secrétaire général

Monsieur Alain Parodi, directeur de la Direction de la santé et du développement social (DSDS)

Madame Florelle Bradamantis, médecin inspecteur régional, DSDS

Conseil général

Madame Aline Loubet, directrice générale adjointe de la Direction des actions de santé et de solidarité départementales, chargée des affaires sanitaires et sociales

Docteur Claudine Chataigne-Hibade, directrice adjointe de l'Enfance et de la famille

Docteur Sylvie Carbonnel, responsable de la planification familiale

Docteur Viviane Berdier, médecin départemental de la Protection maternelle et infantile

Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS)

Monsieur Henri Yacou, directeur général

Madame Béatrice Resid, directeur général adjoint

Monsieur Pierre Bonnet, médecin Conseil régional

Monsieur Le Louarn, chargé de l'hospitalisation

Caisse d'allocations familiales (CAF)

Monsieur Jean Saint-Clément, directeur

Agence régionale de l'hospitalisation (ARH)

Docteur Maurice Meissonnier, conseiller médical

Centre hospitalier universitaire (CHU)

Monsieur Patrick Houssel, directeur général

Observatoire régional de la santé de Guadeloupe (ORSAG)

Docteur Max Théodore, président

Mademoiselle Vanessa Cornely, directrice

Comité Guadeloupéen d'éducation à la santé (COGES)

Madame Pascale Melot, directrice

Conseil économique et social régional

Monsieur Jocelyn Jalton, président

Madame Bernadette Pierrot-Cassin, vice-présidente

Monsieur Jean-Claude Montantin, vice-président

Monsieur Jean-Charles Ancete, secrétaire

Monsieur José Severien

SAINT-MARTIN

Préfecture

Monsieur Dominique Lacroix, préfet délégué

Monsieur Stéphane Barlerin, responsable de l'antenne de la Direction de la santé et du développement social et de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Guadeloupe

Collectivité de Saint-Martin

Madame Claire Javois Guion Firmin, 2^{ème} vice-présidente, chargée des affaires sociales

Docteur Louis Jeffry, 4^{ème} vice-président, gynécologue-obstétricien au Centre hospitalier

Madame Régine Ramassamy, directrice générale adjointe du Pôle solidarité et familles

Docteur Catherine Mahe-Séguéla, médecin en charge de la Protection maternelle et infantile (PMI)

Centre hospitalier Louis Constant Fleming

Monsieur Pierre Nuty, directeur

Madame Jacqueline Gonzales, directrice adjointe

Docteur Philippe Legroux, vice-président de la CME, chirurgien

Docteur Jérôme Bissuel, médecin infectiologue

Médecine scolaire

Docteur Coutens, médecin scolaire

Réseau sentinelle dengue

Docteur Jérôme Reltien, médecin généraliste

Association « Liaisons Dangereuses »

Madame Ketty Karam, présidente

Docteur Frédéric Olivo

Union des professionnels de santé de Saint-Martin

Docteur Jean-François Bartoli, président, radiologue

Docteur Marc Thibaut, Trésorier, médecin généraliste

Docteur Olivier Flandrin, médecin généraliste

Docteur François Casadesus, médecin hospitalier

Docteur Michel Benedetti, médecin généraliste

Docteur Pascal Koffel, orthodontiste

SAINT-BARTHÉLEMY

Élus

Monsieur Michel Magras, sénateur

Monsieur Bruno Magras, président de la Collectivité de Saint-Barthélemy

Madame Nicole Greaux, 2^{ème} vice-présidente de la Collectivité de Saint-Barthélemy, présidente du Conseil d'administration de l'hôpital local De Bruyn

Hôpital local De Bruyn

Monsieur Pierre Nuty, directeur

Madame Pascale Brochier, attachée d'administration

Madame Nicolle Cointre, cadre de santé

Dispensaire de Saint-Barthélemy

Madame Marie-Josèphe Bernier, responsable du dispensaire

Madame Céline Cosset, infirmière

Médecin libéral

Docteur Patrick Bordjel, gynécologue-obstétricien, porte-parole des médecins libéraux

Conseil économique, social et culturel

Monsieur Jean-Marc Gréaux, président

Madame Catherine Charneau

Monsieur Jean-Baptiste Gréaux

Monsieur Lucien Finaud, secrétaire général

SAINT PIERRE ET MIQUELON

Préfecture

Monsieur Jean-Pierre Bercot, préfet

Monsieur André Varcin, secrétaire général de la Préfecture

Monsieur Pascal Godefroy, chef de service de la DASS

Élus

Monsieur Stéphane Artano, président du Conseil territorial

Madame Annick Girardin, député

Monsieur Denis Detcheverry, sénateur

Madame Karine Claireaux, maire de Saint-Pierre

Monsieur Stéphane Coste, maire de Miquelon

Centre hospitalier François Dunan

Madame Martine Beguin, directrice de l'hôpital

Caisse de prévoyance sociale

Monsieur Guy Cormier, directeur de la Caisse de prévoyance sociale

Madame Michelle Clément, responsable du Centre de santé

Monsieur Michel Bondonneau, médecin conseil de la caisse de prévoyance sociale

Madame Sylvie Koelsch, responsable du service prévention de la caisse de prévoyance sociale

LA RÉUNION

Préfecture

Monsieur Pierre-Henry Maccioni, préfet
Docteur Marion Arbes, médecin inspecteur régional de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS)

Rectorat

Madame Maryvette Balcou-Debusche, docteur en sciences de l'éducation, chargée de mission en éducation à la santé, Institut universitaire de formation des maîtres (IUFM)
Docteur Frédéric Le Bot, médecin conseiller technique du recteur

Conseil régional

Madame Catherine Gaud, vice-présidente déléguée à la Prévention et à la solidarité, présidente de la Conférence régionale de santé, présidente de RIVE (Réunion Immunodéprimée Vivre Écouter), responsable du service immunologie du Centre hospitalier Félix Guyon de Saint-Denis

Conseil général

Docteur Fabienne Rivière, responsable du service de la Protection maternelle et infantile (PMI) et des centres de planification familiale

Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS)

Monsieur Philip Ferdinand, responsable du Département des relations avec l'offre de soins (DROS)

Caisse d'allocations familiales (CAF)

Monsieur Jean-Charles Slama, directeur
Madame Liliane Pause, responsable du cabinet du directeur

Agence régionale de l'hospitalisation (ARH)

Docteur Huguette Vigneron-Meleder, directrice
Docteur Christine Gilbert, conseiller médical
Madame Sylvie Vitry, chargée de mission

Centre hospitalier régional (CHR)

Monsieur Patrick Gras, directeur du Centre hospitalier Félix Guyon de Saint-Denis
Monsieur Jean-Marie Chopin, directeur du Groupe hospitalier Sud Réunion
Docteur Arnaud Bourde, chef de service du SAMU 974 et du service des urgences du Centre hospitalier Félix Guyon

Établissement public de santé mentale de La Réunion (EPSMR)

Monsieur Michel Brun, directeur

Observatoire régional de la santé de La Réunion (ORS) et Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) :

Madame Irène Stojcic, présidente de l'ORS, vice-présidente de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS)

Docteur Emmanuelle Rachou, directrice de l'ORS

Madame Blandine Bouvet, directrice de l'IREPS

Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) Réunion-Mayotte

Monsieur Laurent Filleul, responsable de la CIRE

Conseil économique et social régional (CESR)

Monsieur Jean-Raymond Mondon, président

Monsieur Axel Zettor, vice-président

Madame Paulette Lacpatia, présidente de la Commission de l'épanouissement humain

Madame Marie Lafitte, vice-présidente de la Commission de l'épanouissement humain

Monsieur Didier Lamotte, directeur

MAYOTTE

Préfecture

Monsieur Christophe Peyrel, secrétaire général
Madame Danielle Mouffard, directrice de la Direction des affaires sanitaires et sociales (DASS)
Docteur Pierre Guillemot, médecin inspecteur de santé publique à la DASS
Monsieur Julien Thiria, inspecteur du Génie sanitaire à la DASS

Parlementaire

Monsieur Abdoulatifou Aly, député

Conseil général

Monsieur Ahmed Attoumani Douchina, président
Docteur Abain, conseiller technique
Monsieur Mohamed El Amine, directeur général adjoint de la Direction de la solidarité et du développement social (DSDS)

Association des maires

Monsieur Boinahery, président
Monsieur Garbey, directeur départemental

Centre hospitalier de Mayotte (CHM)

Docteur Martial Henry, président du Conseil d'administration
Madame Fanny Gaudin, directrice adjointe chargée des affaires générales et des finances
Docteur Thierry Pelourdeau, chef de service radiologie et imagerie
Docteur Anne-Marie de Montera, chef du pôle Dispensaires
Docteur Cocou Vignihoue, médecin au dispensaire de M'Tsapere
Docteur Maoulida, médecin à l'hôpital intercommunal de Kahani
Madame Liozon, cadre sage-femme à la maternité de l'hôpital intercommunal de Kahani
Monsieur Cédric Colineau, infirmier diplômé d'État au service des urgences

Caisse de Sécurité sociale de Mayotte (CSSM)

Monsieur Boinali Saïd, président
Monsieur Marc Bailleul, premier vice-président
Madame Ida Nel, membre du bureau de la CSSM, représentante des travailleurs indépendants, membre du Medef
Monsieur Naoioui Mohamed, représentant de la Fédération du bâtiment
Monsieur Abdou Soumaila, représentant syndical CFE
Monsieur Daka Parfait, représentant syndical CFDT
Monsieur Bertrand Perrier, directeur
Monsieur Saindou Asani, directeur adjoint

Docteur Gérard Dufau, médecin Conseil
Monsieur Frédéric Boulay, chargé de la branche Assurance-maladie-maternité

Caisse d'allocations familiales

Madame Josiane Cazal, responsable de l'Établissement des allocations familiales
de Mayotte

Conseil économique et social de Mayotte

Monsieur Abdou Dahalani, président

Madame Faouzia Cordji

Monsieur Ali Ahmed, membre du Comité territorial d'éducation à la santé

Monsieur Mohamadou Tombou Dani

Monsieur Nabilou Ali Bakar, directeur du Conseil économique et social

TABLE DES SIGLES

AAH	Allocation adulte handicapé
ACOSS	Agence centrale des organismes de Sécurité sociale
ADEHPA	Association des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées
AME	Aide médicale État
API	Allocation de parent isolé
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
CAC	Aide à la contractualisation
CAFAT	Caisse générale de Sécurité sociale autonome
CAPU	Centre d'accueil de la Petite urgence
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CGSS	Caisse générale de Sécurité sociale
CHAR	Centre hospitalier Andrée-Rosemon
CHPF	Centre hospitalier de Polynésie française
CHFD	Centre hospitalier François Dunan
CHT	Centre hospitalier territorial
CHR	Centre hospitalier régional
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CIRE	Cellule régionale d'épidémiologie
CLASS	Centre local d'actions de santé et de solidarité
CMP	Centre médico-psychologique
CMU	Couverture maladie universelle
COGES	Comité Guadeloupéen d'éducation à la santé
COM	Collectivité d'Outre-mer
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
COTES	Comité territorial d'éducation à la santé
CPS	Caisse de prévoyance sociale
CSST	Centre de soins spécialisés en toxicomanie
DASS	Direction des affaires sanitaires et sociales
DFA	Département français d'Amérique
DGF	Dotation globale de fonctionnement
DPASS	Direction provinciale des affaires sanitaires et sociales
DPASS/PS	Direction des affaires sanitaires et sociales et des problèmes de société
DSDS	Direction de la santé et du développement social
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPAP	Établissement public administratif pour la prévention
EPSMR	Établissement public de santé mentale de La Réunion
EVASAN	Évacuations sanitaires par voie aérienne
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
FSE	Fonds structurels européens

HAD	Hospitalisation à domicile
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
INVS	Institut de veille sanitaire
IPSI	Indemnité particulière de sujétion insulaire
IST	Infection sexuellement transmissible
LABM	Laboratoire d'analyses biomédicales
LAV	Lutte anti-vectorielle
MCO	Médecine-chirurgie-obstétrique
MST	Maladies sexuellement transmissibles
ONDAM	Objectif national des dépenses de l'assurance-maladie
ORSAG	Observatoire régional de la santé de Guadeloupe
ORSG	Observatoire régional de la santé de Guyane
OSCOUR	Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
PARS	Prestation d'accueil à la restauration scolaire
PEV	Programme élargi de vaccination
PMA	Procréation médicale assistée
PMI	Protection maternelle et infantile
PRAGSUS	Plan régional à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire
PRSP	Plan régional de santé publique
RAA	Rhumatisme articulaire aigu
REVE	Réseau de veille épidémiologique
ROM	Région française d'Outre-mer
RUP	Régions ultrapériphériques
SAF	Syndrome d'alcoolisme fœtal
SESSAD	Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SOS	Schéma d'organisation sanitaire
SREPS	Schéma régional d'éducation pour la santé
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD	Service de Soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
STEPS	Schéma territorial d'éducation pour la santé
STOSS	Schéma territorial de l'organisation sanitaire et sociale
USLD	Unités de soins de longue durée
ZEE	Zone économique exclusive

BIBLIOGRAPHIE

Tous territoires :

Rapports annuels de l'IEDOM

Plans régionaux de santé publique (PRSP)

Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)

Schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS)

Plans régionaux d'action relatifs à l'alerte et à la Gestion des situations d'urgence sanitaire

Le dispositif régional de l'InVS - Les Cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) - Missions, activités 2007

Les familles monoparentales au sein des collectivités ultramarines - INSEE 2002

Polynésie Française :

Contrat de projets État - Polynésie Française 2008-2013

Convention d'exécution du contrat de projets État - Polynésie Française 2008-2013

Schéma d'organisation sanitaire (SOS) de la Polynésie Française 2003-2007

Bilan du SOS - mai 2008

Présentation de la Direction de la santé - novembre 2008

Priorités et plans d'actions 2008 de la Direction de la santé - mars 2008

Plan pour la santé 2001-2005

Évaluation du Plan pour la santé 2001-2005 - septembre 2005

La Protection sociale généralisée en Polynésie Française - Caisse de prévoyance sociale - novembre 2008

Arrêté du 15 avril 2004 sur les missions du Centre d'hygiène et de salubrité publique - Direction de la santé de Polynésie Française

Délibération de l'Assemblée de Polynésie Française du 6 décembre 2001 portant création d'un Établissement public administratif pour la prévention de Polynésie Française

Arrêté du 5 avril 2002 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Établissement public administratif pour la prévention de Polynésie Française

Arrêté du 29 septembre 2003 fixant les programmes généraux de l'Établissement public administratif pour la prévention de Polynésie Française

Rapport d'activité et compte financier 2007 de l'Établissement public administratif pour la prévention de Polynésie Française

État d'exécution des programmes de prévention de la Direction de la santé de Polynésie Française - Année 2007

Note de présentation du Département des programmes de prévention de la Direction de la santé de Polynésie Française - novembre 2008

Nouvelle-Calédonie :

La situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie - Mémento 2005-2006

Les chiffres clés – Publication CAFAT - Année 2007

Projet de Médipôle de Koutio - Point d'étape au 30 septembre 2008

Bilan CAFAT des Évacuations sanitaires (EVASAN) 2007

Contribution à la réflexion de la Commission territoriale d'évaluation des conventionnements 2008 - Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie

Rapport sur la santé mentale en Nouvelle-Calédonie - septembre 2002

Présentation du Centre hospitalier Albert Bousquet - novembre 2008

Wallis et Futuna :

Décret relatif à l'organisation de l'Agence de santé du Territoire des Îles Wallis et Futuna

Projet médical de l'Agence de santé du Territoire des Îles Wallis et Futuna 2007-2011

Procès-verbaux du Conseil d'administration de l'Agence de santé du Territoire des Îles Wallis et Futuna des 3 septembre 2002, 16 juillet 2003, 14 novembre 2003, 21 décembre 2004, 7 juin 2005

Projet de soins infirmiers de l'Agence de santé du Territoire des Îles Wallis et Futuna 2004-2008

Rapport de synthèse de la première Conférence de santé du Territoire des Îles Wallis et Futuna - Avril 2005

Plan directeur de l'hôpital de Sia (Mata'Utu, Wallis) - juillet 2005

Guyane :

Présentation de la Mission régionale de santé (MRS) de Guyane : *Les dispositions prises par la MRS pour pallier l'insuffisance de médecins libéraux en Guyane* - 2008

Projet d'Établissement 2008-2012 du Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais Franck Joly de Saint-Laurent du Maroni

Note sur la santé en Guyane - DSDS - avril 2009-05-19

Le Point épidémio - Surveillance épidémiologique mensuelle - CIRE Antilles-Guyane - mars 2009

Martinique :

Les grands problèmes de santé publique en Martinique - Observatoire de la santé de la Martinique - juillet 2008

Note relative à l'offre de soins en Martinique - CHU de Fort-de-France - avril 2009

Contribution des fédérations hospitalières Antilles - Guyane au Plan Hôpital santé Outre-mer - Juin 2008

Statistiques et indicateurs de la santé et du social (STATISS) - DSDS service statistiques - Année 2008

La surveillance des maladies infectieuses et parasitaires aux Antilles et en Guyane - CIRE Antilles-Guyane et Institut de veille sanitaire - mai 2001

Guadeloupe :

Note relative à l'offre de santé dans les collectivités ultramarines : Point en Guadeloupe - Préfecture - octobre 2008

Fiches de l'Observatoire régional de la santé de Guadeloupe - 2007 à 2009

Rapport d'activité de la CAF - 2008

Saint-Martin :

Déclaration d'intention visant l'amélioration de la coopération en santé entre Saint-Martin et Sint-Maarten - Projet 2009

Présentation du Centre hospitalier Louis Constant Fleming de Saint-Martin - février 2009

Saint-Barthélemy :

Présentation de l'hôpital local De Bruyn de Saint-Barthélemy - février 2009

La Réunion :

Rapport d'activité 2008 du Centre hospitalier régional

Contribution la Fédération hospitalière Réunion - Mayotte au Plan Hôpital Santé Outre-mer - Juin 2008

État de santé de la population à La Réunion - DRASS - Rapport 2008

Statistiques et indicateurs de la santé et du social (STATISS) - DRASS service statistiques - année 2008

Rapport d'activité 2008 de la CAF

Bilan d'activité 2008 et programme 2009 de la CIRE Réunion-Mayotte

Mayotte :

Assemblée nationale - Rapport d'information N°1485 - Commission des lois -
Départementalisation de Mayotte : un pari à gagner - Didier Quentin, Philippe
Gosselin et René Dosière, députés - février 2009

Schéma d'organisation sanitaire de Mayotte 2005-2010

Problématiques relatives à la santé à Mayotte - DASS - novembre 2008

Les objectifs de la DASS de Mayotte pour 2009 - DASS - février 2009

Présentation du Centre hospitalier de Mayotte - février 2009

Présentation du Service d'éducation pour la santé - Conseil Général - janvier
2009

Rapport d'activité 2008 du Service conseil et orientation familiale (COFAMIL)
- Conseil général

La Lutte intégrée contre les vecteurs (LIV) - janvier 2009

Les onze collectivités françaises d’Outre-mer se caractérisent par un certain nombre de points communs quant à l’état de santé de leurs populations et à l’offre de soins dont elles bénéficient.

Le Conseil économique, social et environnemental, dans cet avis, dresse l’état des lieux de l’offre de santé dans les territoires ultramarins et formule des propositions afin d’améliorer l’accès aux soins et à la prévention des populations concernées.