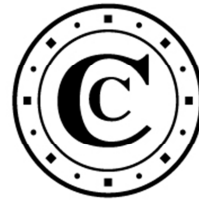


Cour des comptes



LA SANTÉ DANS LES OUTRE-MER

Une responsabilité de la République

Rapport public thématique

Sommaire

DÉLIBÉRÉ	7
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I - UNE SITUATION SANITAIRE MARQUÉE PAR DES DIFFICULTÉS PERSISTANTES	15
I - Des situations contrastées	15
A - Une réduction différenciée des retards de développement humain	17
B - Des déterminants de santé très contrastés	20
C - Des écarts de dépenses mal connus mais considérables	24
II - Des difficultés sanitaires persistantes	25
A - La mère et l'enfant : des retards préoccupants	25
B - Des risques infectieux importants	30
C - Des conduites addictives spécifiques	40
III - Le poids des risques environnementaux : l'exemple du chlordécone	41
IV - Une mise en cohérence des données de santé	44
CHAPITRE II - DES SYSTÈMES DE SANTÉ A LA PEINE ---	49
I - La prévention : une priorité perdue de vue	50
A - Des dépenses inégalement connues, des efforts disparates	50
B - Des services de protection maternelle et infantile inégalement à même de remplir leurs missions	52
C - Un dispositif de santé scolaire et universitaire à renforcer	53
II - Des soins ambulatoires inégalement accessibles ---	56
A - Des écarts de densité considérables à rééquilibrer	56
B - Les coopérations interprofessionnelles : des réticences à lever	61
III - L'hôpital : un rôle central mais des insuffisances de gestion	62
A - Un rôle central	63
B - Une gestion à améliorer	66
C - Une qualité des soins inégale	78
IV - Permanence des soins et urgences : une situation tendue	84
A - Les limites de la permanence des soins ambulatoires	84
B - Des services d'urgence hospitaliers souvent en surcharge	86
C - Des évacuations sanitaires aux problématiques très spécifiques	87

V - Les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle : un développement inégal-----	92
A - La chirurgie ambulatoire -----	92
B - L'hospitalisation à domicile-----	92
C - La télémédecine-----	93
VI - La gestion des ressources humaines : un enjeu essentiel-----	95
A - Le vieillissement des professions de santé : des difficultés accrues à anticiper-----	95
B - Des niveaux de rémunération libérale parfois élevés -----	98
C - L'effet des majorations géographiques sur le coût de la vie dans les outre-mer -----	100
D - La gestion du personnel hospitalier : un manque de rigueur préjudiciable-----	103
E - Un appareil de formation à renforcer -----	108
CHAPITRE III - LA NÉCESSITÉ D'UNE STRATÉGIE PUBLIQUE-----	113
I - L'État trop souvent en retrait -----	115
A - Un pilotage national défaillant -----	115
B - Des leviers différents selon les outre-mer -----	121
C - Le plan santé outre-mer de 2009 : « une faible impulsion stratégique » -----	126
II - Quatre situations difficiles : Mayotte, la Guyane, Saint-Pierre et Miquelon, Wallis-et-Futuna-----	128
A - Mayotte -----	129
B - La Guyane -----	135
C - Saint-Pierre et Miquelon -----	138
D - Wallis-et-Futuna -----	139
CONCLUSION GÉNÉRALE -----	147
RÉCAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS -----	151
ANNEXES -----	153
TABLE DES SIGLES -----	219
RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS, DES ORGANISMES ET DES COLLECTIVITÉS CONCERNÉS -----	221

Les rapports publics de la Cour des comptes

- élaboration et publication -

La Cour publie, chaque année, un rapport public annuel et des rapports publics thématiques.

Le présent rapport est un rapport public thématique.

Les rapports publics de la Cour s'appuient sur les contrôles et les enquêtes conduits par la Cour des comptes ou les chambres régionales des comptes et, pour certains, - ce qui a été le cas pour la présente enquête - conjointement entre la Cour et les chambres régionales ou entre les chambres. En tant que de besoin, il est fait appel au concours d'experts extérieurs, et des consultations et des auditions sont organisées pour bénéficier d'éclairages larges et variés.

Au sein de la Cour, ces travaux et leurs suites, notamment la préparation des projets de texte destinés à un rapport public, sont réalisés par l'une des sept chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour des comptes, ainsi que des chambres régionales des comptes, et donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et statutaire de leurs membres garantit que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations ressortant d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La publication d'un rapport public est nécessairement précédée par la communication du projet de texte que la Cour se propose de publier aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses accompagnent toujours le texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication.

Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Leur rapport d'instruction, comme leurs projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une chambre ou une autre formation comprenant au moins trois magistrats, dont l'un assure le rôle de contre-rapporteur, chargé notamment de veiller à la qualité des contrôles. Il en va de même pour les projets de rapport public.

Le contenu des projets de rapport public est défini, et leur élaboration est suivie, par le comité du rapport public et des programmes, constitué du premier président, du procureur général et des présidents de chambre de la Cour, dont l'un exerce la fonction de rapporteur général.

Enfin, les projets de rapport public sont soumis, pour adoption, à la chambre du conseil où siègent en formation plénière ou ordinaire, sous la présidence du premier président et en présence du procureur général, les présidents de chambre de la Cour, les conseillers maîtres et les conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ne prennent pas part aux délibérations des formations collégiales, quelles qu'elles soient, les magistrats tenus de s'abstenir en raison des fonctions qu'ils exercent ou ont exercées, ou pour tout autre motif déontologique.

*

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour des comptes et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr. Ils sont diffusés par *La Documentation Française*.

Délibéré

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil réunie en formation ordinaire, a adopté le présent rapport intitulé *La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République*.

Le rapport a été arrêté au vu du projet communiqué au préalable aux administrations, aux collectivités et aux organismes concernés et des réponses adressées en retour à la Cour.

Les réponses sont publiées à la suite du rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs.

Ont participé au délibéré : M. Migaud, Premier président, Mme Froment-Meurice, MM. Durrleman, Levy, Lefas, Briet, M. Cazala, suppléant Mme Ratte, M. Vachia, M. Paul, présidents de chambre, MM. Picq, Babusiaux, Descheemaeker, Bayle, Bertrand, présidents de chambre maintenus en activité, MM. Duchadeuil, Pannier, Andréani, Braunstein, Mme Françoise Saliou, MM. Jean Gautier, Martin, Ravier, Guibert, Piolé, Zerah, Le Méné, Guérout, Chouvet, Laboureix, Mourier des Gayets, Aulin, Bouvard, conseillers maîtres, MM. Blairon, Leclercq, Jouanneau, conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ont été entendus :

- en sa présentation, M. Durrleman, président de la formation interjuridictions chargée des travaux sur lesquels le rapport est fondé et de la préparation du projet de rapport ;
- en son rapport, M. Paul, rapporteur du projet devant la chambre du conseil, assisté de M. Gillette, conseiller maître, Mme Lucioli, rapporteure extérieure, rapporteurs devant la formation interjuridictions chargée de le préparer ;
- en ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, M. Johanet, Procureur général. Il était accompagné de M. Michaut, avocat général.

M. Jérôme Filippini, secrétaire général, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait à la Cour, le 3 juin 2014.

Le projet de rapport soumis à la chambre du conseil a été préparé, puis délibéré le 13 mars 2014, par la formation commune à la Cour des comptes et aux chambres régionales et territoriales des comptes, présidée par M. Durrleman, président de chambre, et composée de Mme Lévy-Rosenwald, M. Uguen, Mme Fontaine, conseillers maîtres, MM. Monti, Diringer, Roux, Lachkar, présidents de chambres régionales et territoriales des comptes, ainsi que, en tant que rapporteurs, M. Gillette, conseiller maître, Mme Lucioli, rapporteure, assistés de M. François Bourdillon, expert et, en tant que contre-rapporteur, M. Picq, président de chambre maintenu.

Le projet de rapport a été examiné et approuvé, le 1^{er} avril 2014, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Migaud, Premier président, Mme Froment-Meurice, MM. Durrleman, Levy, Lefas, Briet, Mme Ratte, M. Vachia, M. Paul, rapporteur général du comité, présidents de chambre, et M. Johanet, procureur général, entendu en ses avis.

Introduction

Les outre-mer français comptent aujourd'hui 2,7 millions d'habitants, soit 4 % de la population totale de notre pays, répartis dans des zones géographiques fort éloignées les unes des autres, comme de la métropole, et inscrits dans des cadres institutionnels très différents : d'une part, cinq départements (Martinique et Guadeloupe aux Antilles, Guyane, La Réunion et Mayotte), d'autre part, six collectivités : la Nouvelle-Calédonie, la Polynésie française, Wallis-et-Futuna, Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre et Miquelon¹.



Source : *Cour des comptes*

Malgré leurs spécificités géographiques, humaines et organisationnelles, les départements et collectivités d'outre-mer ont en commun d'être confrontés à des problématiques sanitaires d'une nature et d'une ampleur souvent particulières.

¹ Les *Terres australes et antarctiques françaises* sont hors champ de ce rapport en raison de l'absence de résidents permanents.

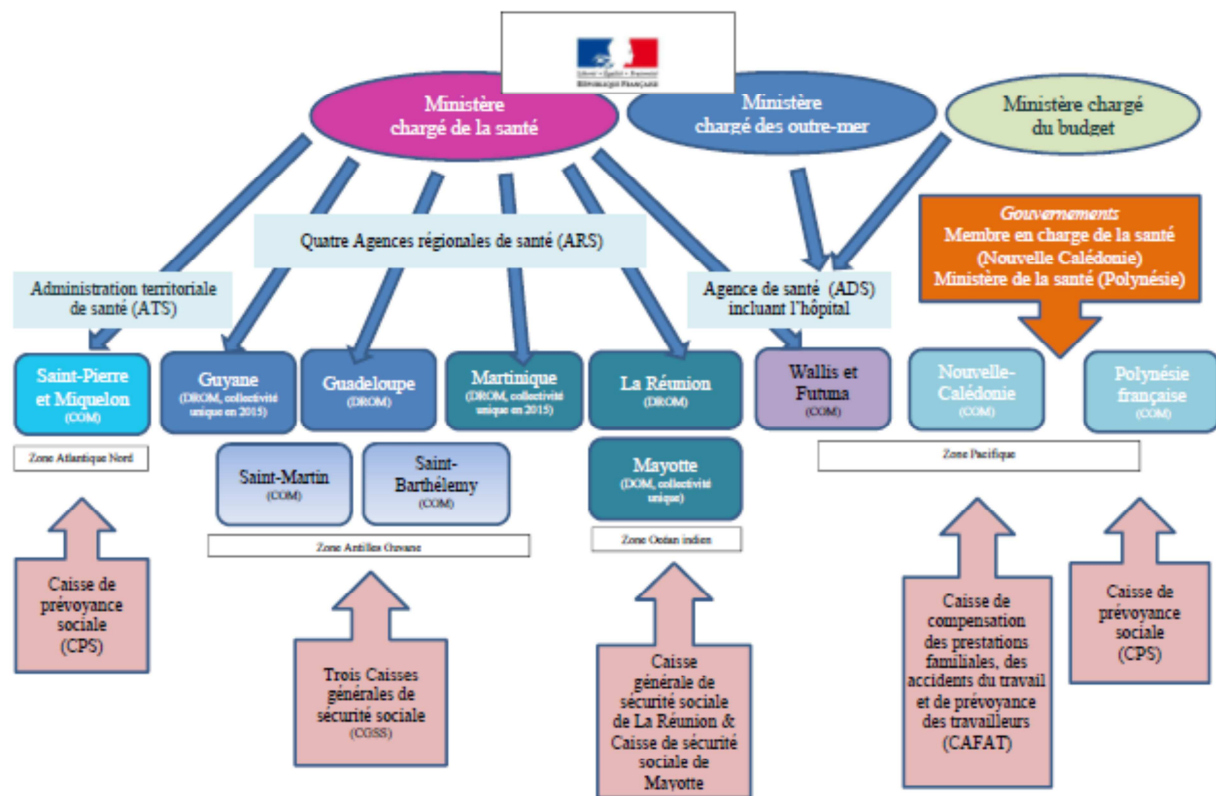
C'est pourquoi la Cour des comptes a effectué, avec le concours des chambres régionales et territoriales des comptes de Guadeloupe, Guyane, Martinique, Saint-Barthélemy et Saint-Martin, de La Réunion et Mayotte, et des chambres territoriales des comptes de Nouvelle-Calédonie, de Polynésie française et de Saint-Pierre-et-Miquelon, une enquête d'ensemble sur la santé dans les différents outre-mer.

Plusieurs considérations ont guidé ce choix.

La République est une. Si les collectivités d'outre-mer ont un statut qui, aux termes de l'article 74 de la Constitution « tient compte des intérêts propres de chacune d'elles au sein de la République », l'article 72-3 affirme que « la République reconnaît, au sein du peuple français, les populations d'outre-mer, dans un idéal commun de liberté, d'égalité et de fraternité ». À ce titre, s'applique le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 qui dispose que la Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère (...) la *protection de la santé* ». Quelles que puissent être les organisations politiques et administratives, il appartient en dernier ressort à l'État d'en être l'ultime garant et de veiller à ce que soit assurée l'égalité de chacun dans le domaine de la santé, où qu'il vive, en métropole ou dans les outre-mer.

Les spécificités constitutionnelles placent pour autant l'État dans des situations différentes pour la conduite des politiques publiques dans le domaine de la santé au regard des différents outre-mer, comme l'illustre le schéma ci-contre.

L'État exerce directement ses compétences dans le domaine de la santé dans les quatre DOM, à Wallis et Futuna, Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin et Saint-Barthélemy. En revanche, il a transféré ses compétences en matière de santé aux gouvernements de Nouvelle-Calédonie et de Polynésie française. Il est un acteur direct dans le premier cas, mais en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, il est seulement un partenaire qui accompagne les exécutifs locaux, notamment par des contrats de développement pluriannuels, dans l'évolution de systèmes de santé dont ils ont la pleine responsabilité. Ces spécificités se retrouvent dans l'hétérogénéité marquée des dispositifs d'assurance maladie : seuls les quatre DOM hors Mayotte bénéficient du système métropolitain, la situation étant très différente dans les autres outre-mer, la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française ayant en particulier leurs propres régimes et institutions de protection sociale.



Source : Cour des comptes

À ces dissymétries institutionnelles s'ajoute **une extrême diversité des risques outre-mer**. Cette diversité constitue un défi pour la cohérence de l'action publique dans le domaine de la santé publique. L'État doit en effet tenir compte des facteurs contraignants que représentent les distances à parcourir, l'isolement de certaines zones, les risques climatiques et cycloniques, la pauvreté de certaines populations. La Guyane et Mayotte en particulier sont de surcroît exposées à une constante immigration clandestine de ressortissants de pays voisins dont l'état de santé est parfois déficient, ce qui affecte profondément les structures de santé de ces territoires.

C'est avec le souci de tenir le plus grand compte de ces données - qui conduisent à parler désormais des outre-mer et non plus de l'outre-mer - que les juridictions financières se sont attachées à établir un état des lieux de la santé dans les outre-mer.

En dépit des efforts déployés, la situation sanitaire se caractérise par des difficultés persistantes. Mais les outre-mer français, malgré de considérables contrastes, entre eux et à l'intérieur de chacun, sont dans une position nettement meilleure que celle des pays avoisinants et, en particulier, les Antilles et La Réunion se trouvent assez proches désormais du niveau métropolitain. Si nombre de problématiques sanitaires sont communes avec la métropole, les déterminants de santé, c'est-à-dire les facteurs socio-économiques mais aussi climatiques et environnementaux qui rejaillissent sur la santé des populations, sont toutefois très différents de ceux de l'hexagone. Des risques spécifiques s'y ajoutent, qui ne sont pas toujours maîtrisés. C'est par exemple le cas du diabète, de l'obésité, de maladies infectieuses ou chroniques, ou de risques environnementaux. Les populations y sont d'autant plus exposées qu'elles sont fréquemment en situation de précarité (chapitre I).

Face à ces enjeux, les systèmes de santé apparaissent à la peine, au risque de compromettre l'égalité des chances. La prévention, partout inscrite comme une priorité, est confrontée à des difficultés d'organisation et de moyens. La médecine ambulatoire joue un rôle essentiel, mais elle est hétérogène et déséquilibrée par rapport à l'offre hospitalière. Elle est en effet marquée de très fortes disparités et handicapée par de nombreux écueils (répartition inégalitaire des professionnels entre bassins de vie, difficultés aiguës de recrutement dans certains outre-mer, coordination insuffisante des tâches entre les différentes professions, niveaux de rémunération élevés), qui se traduisent par des inégalités d'accès aux soins parfois considérables.

Le secteur hospitalier constitue dans ces conditions très souvent l'armature du dispositif de soins, comme le montre en particulier la surcharge des services d'urgence. Toutefois, il souffre dans nombre de cas d'une gestion déficiente qui ne lui permet pas de relever convenablement les défis auxquels il fait face, qu'il s'agisse notamment des ressources humaines ou des opérations d'investissement, avec pour conséquence une situation financière fréquemment très dégradée. Même si nombre de services combattent du mieux qu'ils peuvent des risques sanitaires d'une acuité parfois vive, les prises en charge restent perfectibles, le développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle inégal et les évacuations sanitaires nombreuses (chapitre II).

Face à une situation sanitaire outre-mer qui demeure, en dépit des progrès accomplis, encore insatisfaisante et devant le constat d'un système de santé en difficulté, **il apparaît nécessaire de définir et de mettre en œuvre sans tarder une stratégie publique** plus efficiente que celle qu'a tenté d'esquisser le « plan santé outre-mer » lancé en juillet 2009. Imprécis dans ses objectifs, sans calendrier d'exécution, sans programmation financière, ni au demeurant de dispositif d'évaluation, ce dernier a attesté des faiblesses d'impulsion et de pilotage de l'État, qu'illustrent aussi d'une autre manière les situations de Mayotte, de la Guyane, de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Wallis-et-Futuna qui sont sous sa responsabilité directe.

Une approche plus fine et plus décentralisée est nécessaire à la mobilisation des acteurs politiques, économiques et sociaux de la santé outre-mer dans leur diversité, de manière à mieux utiliser et à mieux cibler, en fonction du constat, différent selon les territoires, des difficultés et des priorités, les moyens importants qui y sont consacrés et à rééquilibrer les efforts notamment au bénéfice de la prévention.

S'impose ainsi une stratégie de santé dans les outre-mer à la fois d'ensemble, fédérant autour de quelques grands objectifs communs, et différenciée, s'articulant sur la diversité des situations selon les territoires, qui progressivement permette de réduire les écarts les plus lourds et réponde à l'enjeu d'égalité des chances dans la République (chapitre III).

Champ géographique et méthodologique

L'enquête a été menée sur place, avec l'expertise de deux médecins spécialistes en santé publique, en Martinique, Guadeloupe, Guyane, à La Réunion et à Mayotte, en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française. La situation dans les autres îles a été examinée en s'appuyant sur des rapports d'inspections générales ou lors de réunions à Paris. Elle a été facilitée par les contributions de centaines d'établissements, d'organismes, de professionnels et de responsables à tous niveaux. Leur attention a confirmé l'ampleur des attentes en ce domaine. Une formation commune à la Cour des comptes et aux chambres régionales et territoriales des comptes, constituée en application des dispositions de la loi du 15 novembre 2013 portant diverses dispositions relatives aux outre-mer, en a ensuite délibéré, en tenant compte des réponses de près de 90 administrations, collectivités et organismes. Le champ du rapport est celui de la « santé publique », définie comme un ensemble de savoirs, de savoir-faire, de pratiques et de règles juridiques qui visent à connaître, à expliquer, à protéger et à promouvoir l'état de santé des personnes². La déclaration d'Alma Ata de l'Organisation mondiale de la santé l'a définie comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social* ». L'enquête a de ce fait reposé sur les principales données épidémiologiques et sur les déterminants de santé³. Les politiques de santé et l'offre de soins ont été examinés dans toutes leurs dimensions. Mais l'attention a porté plus particulièrement sur les principaux enjeux : surmortalité infantile et périnatale, particularités subtropicales telles que les maladies transmissibles, montée en puissance des pathologies chroniques, risques liés à l'environnement. Elle les a rapprochés de l'offre de soins, tant ambulatoire qu'hospitalière, de son accessibilité financière et géographique et s'est intéressée aussi à l'évolution de l'investissement hospitalier comme de la médecine de proximité et aux arbitrages entre ces derniers. La fiabilité, la pertinence et la comparabilité des données sont souvent hétérogènes. Rarement récentes, elles ne sont comparables qu'avec précaution entre elles comme avec la métropole. Elles reflètent donc davantage des indications de tendance, validées lors des enquêtes sur place auprès de plusieurs centaines d'interlocuteurs et par leur large documentation, qu'elles n'apportent des certitudes comptables et statistiques.

² François Bourdillon in *Traité de santé publique*, Flammarion, 2007.

³ Les accès au logement, à l'éducation, à une alimentation appropriée, à un revenu minimum et durable, à un environnement stable, à la justice sociale et à un traitement équitable ont été soulignés comme déterminants majeurs de santé, dans la Charte issue de la conférence internationale pour la promotion de la santé tenue à Ottawa en 1986. La conférence de Bangkok en 2005 a souligné les inégalités entre pays et à l'intérieur d'un même pays, les nouveaux modes de consommation et de communication.

Chapitre I

Une situation sanitaire marquée par des difficultés persistantes

Les outre-mer connaissent une situation sanitaire beaucoup plus satisfaisante que celle des pays qui les avoisinent, mais, notamment du fait de la diversité des problématiques auxquelles ils ont à faire face, elle est contrastée d'un territoire à l'autre (I).

Dans leur ensemble comme dans leur diversité, ils restent souvent confrontés à des difficultés sanitaires persistantes : mortalité infantile et maternelle, maladies infectieuses et chroniques, conduites addictives, notamment (II).

S'y ajoutent des risques environnementaux spécifiques tels que le chlordécone aux Antilles (III).

I - Des situations contrastées

Les indices de développement humain marquent une réduction différenciée des retards par rapport à la métropole (A).

Cette diversité s'observe également dans les déterminants de santé liés aux inégalités économiques et sociales, qui contribuent à des écarts dans la vulnérabilité face aux maladies ou aux addictions (B).

Elle se traduit enfin dans le niveau des dépenses de santé par habitant (C).

Singularité et diversité des outre-mer

En métropole comme dans les outre-mer, la situation de l'offre de soins est inévitablement diverse pour des raisons sociales, géographiques, sanitaires et démographiques. Cette diversité est marquée dans les outre-mer en raison de l'extrême singularité de chacun des territoires.

À plus de 6 000 km de la métropole, les Antilles sont marquées par la proximité entre la *Guadeloupe* et la *Martinique*. Leurs risques volcaniques, sismiques et cycloniques imposent de lourdes sujétions aux bâtiments hospitaliers. Leur population, en faible croissance, vieillit. La *Guyane*, seul DOM continental, est vaste comme le Portugal (83 800 km², 3 habitants au km²). Une forte pression migratoire et de demande de soins existe sur ses frontières brésilienne (730 km) et surinamaïse (510 km). Elle est aggravée par leur accès fluvial et par la pauvreté des régions environnantes. La croissance démographique y exerce une pression redoutable pour le dispositif sanitaire, confronté, par ailleurs, aux distances en l'absence d'infrastructures routières hors bande côtière, à la densité forestière, aux risques équatoriaux (fièvre jaune, paludisme), ou à ceux liés à l'exploitation aurifère clandestine (pollution au mercure). Le territoire de permanence des soins de Cayenne est le plus vaste de France. L'immigration clandestine y est importante, comme à *Mayotte*, 101^{ème} département, à 8 000 km de la métropole et à 1 200 km de La Réunion, qui compte plus de 212 000 habitants, à 70 % âgés de moins de 30 ans et à 40 % étrangers, vivant souvent dans une grande précarité sur 375 km², et, à la suite de la départementalisation (2011), réclamant une amélioration de leur niveau de vie, à l'instar de *La Réunion* jadis. Cette dernière compte 840 000 habitants sur 2 500 km², exposés à de nombreux risques naturels : rivage inhospitalier, pluies abondantes et cyclones, volcan actif. Sa société est fragilisée par sa croissance démographique (2,5 enfants par femme) et un taux de chômage dépassant 30 % (60 % parmi les jeunes de 15 à 24 ans). En *Nouvelle-Calédonie*, à 16 700 km de la métropole, malgré les efforts de prévention de maillage du territoire (18 575 km²), des inégalités importantes persistent dans l'accès aux soins entre l'agglomération de Nouméa, où vivent les deux tiers des 245 580 habitants, et le reste du territoire. Quelques-unes des 121 îles de la *Polynésie française* (3 600 km²) sont à plus de 1 500 km de Papeete (15 700 km de la métropole). Les trois-quarts de la population sont à Tahiti et Moorea. La plupart des 76 îles habitées ont un dispensaire, une infirmerie ou un poste de secours, mais souffrent d'une double insularité comme celles des autres îles d'outre-mer éloignées d'un hôpital. De nombreux habitants des outre-mer vivent en situation de précarité et d'insalubrité. Le taux de chômage déclaré est en moyenne le double de celui de la métropole, autour de 22 %. Il a doublé depuis 2007 en Polynésie française, et culmine à 36 % dans le sud de La Réunion, à 40,8 % à Saint-Laurent-du-Maroni (Guyane) - et bien plus pour les jeunes. L'emploi clandestin est important, aux dépens des garanties et ressources de la sécurité sociale.

A - Une réduction différenciée des retards de développement humain

Les outre-mer connaissent une très grande diversité géographique, humaine et sociale (cf. encadré ci-contre). Corollaire de cette extrême diversité, le mouvement global de rattrapage par rapport à la métropole apparaît différencié d'un outre-mer à l'autre, même si la situation de chacun est favorable par rapport aux pays avoisinants.

1 - Un rattrapage global mais différencié par rapport à la métropole

L'indice de développement humain permet d'illustrer les écarts entre les outre-mer. Calculé par le programme des Nations-Unies pour le développement (PNUD), cet indicateur ne prend en compte que quatre critères. L'espérance de vie à la naissance⁴ est le seul critère « santé », mais les trois autres critères sont assez représentatifs des déterminants de santé : le niveau de revenu national brut par habitant (en dollars américains en parité de pouvoir d'achat), le niveau d'études de la population âgée de plus de 25 ans et le taux de scolarisation des jeunes.

En termes de rattrapage, de 1990 à 2010, la progression de cet indice de développement humain outre-mer a été supérieure (0,71 % de croissance annuelle moyenne) à celle de la métropole (0,64 %), ce qui confirme l'ampleur des efforts financiers consentis par l'État, mais des écarts très nets de croissance annuelle apparaissent :

- la Guadeloupe figure en tête de la progression (0,93 %/an) ;
- suivie de la Martinique (0,77 %/an), de la Nouvelle-Calédonie (0,70 %/an) et de la Guyane (0,69 %/an) ; La Réunion (0,62 %/an) et surtout la Polynésie française (0,52 %/an) ont progressé moins vite.

⁴ L'espérance de vie à la naissance est le nombre d'années qu'un nouveau-né peut espérer vivre si les taux de mortalité par âge ayant prévalu au moment de sa naissance demeurent inchangés tout au long de sa vie.

La composante « espérance de vie à la naissance » de l'IDH est calculée de la façon suivante : Valeur de l'indice = (Valeur mesurée – Valeur minimale) / (Valeur maximale – Valeur minimale). En 2010, un indice de zéro équivaut à une espérance de vie de 20 ans et un indice de 1 équivaut à une espérance de vie de 83,2 ans.

Les différences entre eux par critère sont soulignées par le tableau ci-après, classé dans un ordre croissant d'espérance de vie (colonne de gauche).

Tableau n° 1 : indice de développement humain, par critère, édition 2010

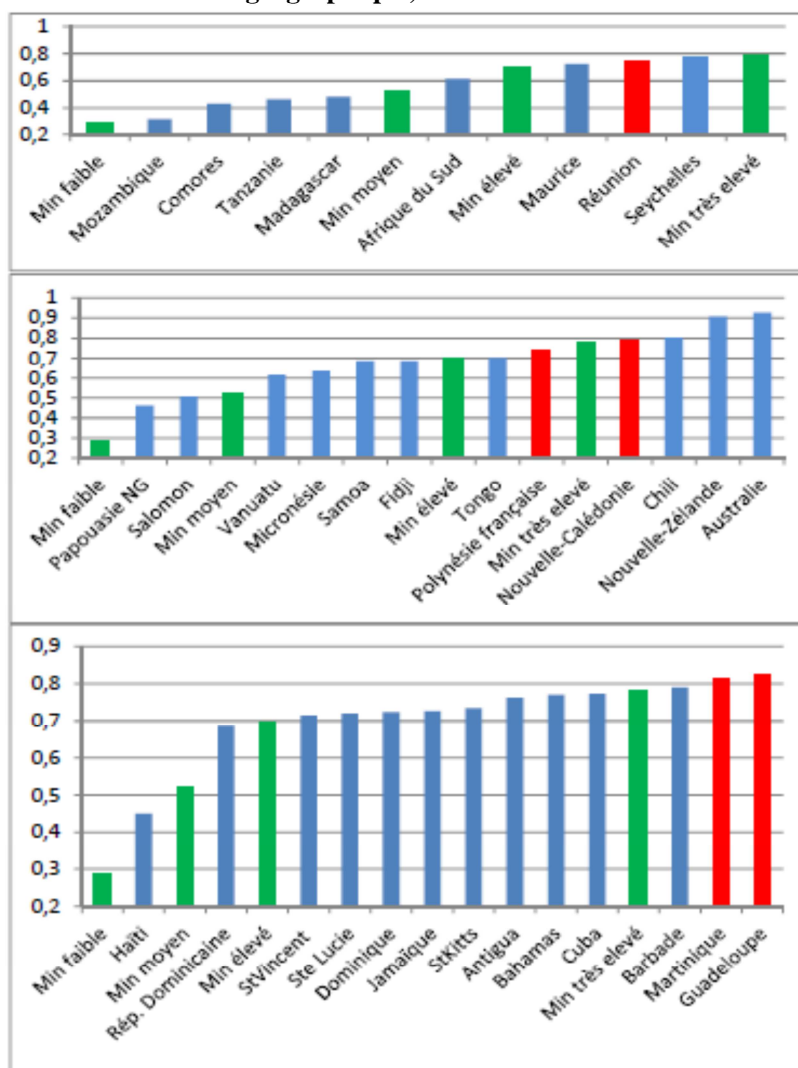
	Espérance de vie	Éducation	Social	Revenu	IDH
Wallis et Futuna (b)	0,856	0,730	0,791	0,758	0,763
La Réunion (a)	0,858	0,672	0,759	0,731	0,750
N.-Calédonie (a)	0,886	0,702	0,788	0,789	0,789
Polynésie fr. (a)	0,890	0,635	0,752	0,709	0,737
Mayotte (b)	0,916	0,532	0,698	0,592	0,653
Guyane (a)	0,930	0,618	0,758	0,702	0,739
St Pierre et M. (a)	0,942	0,680	0,829	0,708	0,762
Guadeloupe (a)	0,949	0,769	0,854	0,762	0,822
Saint-Martin (c)	0,949	0,537	0,714	0,712	0,702
St-Barthélemy (c;d)	0,949	0,488	0,670	0,753	0,688
Métropole (a)	0,968	0,870	0,918	0,817	0,883
Martinique (a)	0,970	0,731	0,842	0,758	0,813

Source : PNUD. Dernière année connue, soit (a) : 2010 ; (b) : 2005 ; (c) : 2000 ; (d) : 1999. Les classements antérieurs à 2010 porte sur des données trop anciennes pour illustrer les rattrapages récents.

2 - Des situations favorables par rapport aux pays de la zone

Dans chaque continent ou sous-continent, la situation des outre-mer français en termes de développement humain est parmi les meilleures. Même si les années de référence sont parfois hétérogènes et les statistiques incomplètes, les comparaisons avec les pays qui les environnent leur sont très favorables (à l'exception de Saint-Pierre-et-Miquelon face au Canada). Le classement varie selon les années : les Antilles françaises sont en tête des Caraïbes en 2010, alors que les Bahamas l'étaient dix ans plus tôt. La tendance générale telle qu'elle apparaît ci-après est cependant révélatrice de l'effort français.

Graphique n° 1 : indice de développement humain, par zone géographique, édition 2012⁵



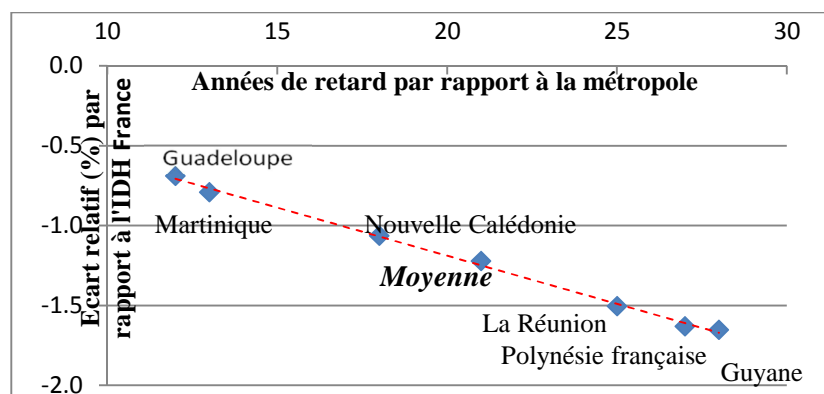
Source : OCDE, *ibidem* ; « min, faible, moyen, très élevé » = moyennes par tranches. La Nouvelle-Calédonie est à gauche du Chili.

⁵ Olivier Sudrie, *Quel niveau de développement des départements et collectivités d'outre-mer ? Une approche par l'indice de développement humain*, Document de travail 129, Département de la recherche, Agence française de développement (AFD), Paris, novembre 2012.

3 - Des écarts qui demeurent

Cependant, des écarts de 12 à 28 ans de développement subsistaient en 2010 avec la métropole.

Graphique n° 2 : indice de développement humain, les retards en 2010



Source : OCDE, *ibidem*. Mayotte est à un niveau comparable à celui de la Guyane.

La Guyane et Mayotte sont de surcroît exposées à l'afflux constant d'immigrants en situation irrégulière et dont la santé est parfois déficiente, ce qui rend le rattrapage encore plus difficile.

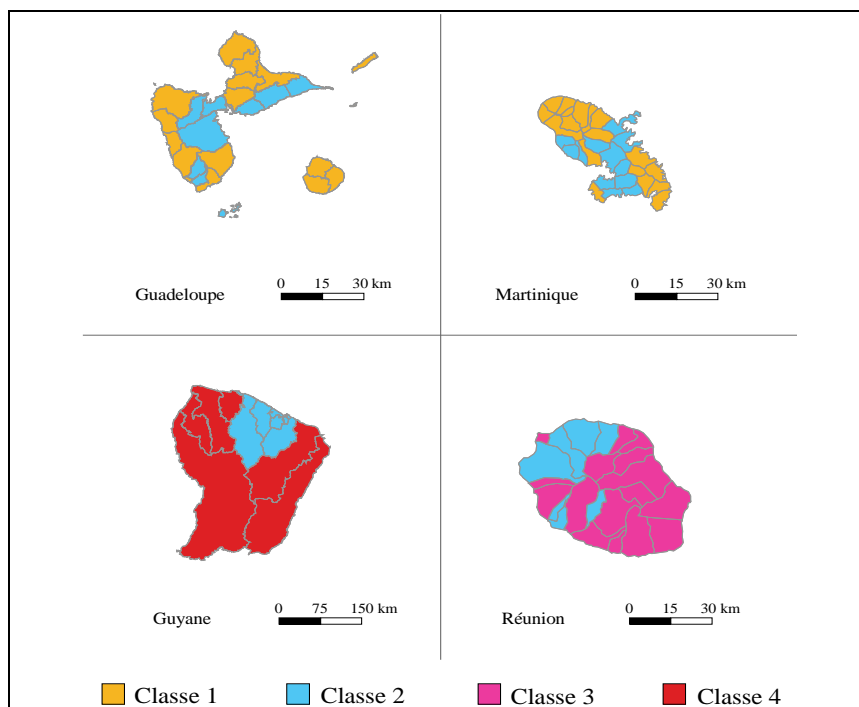
B - Des déterminants de santé très contrastés

La Cour a demandé à la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) d'établir une cartographie des déterminants de santé sous quatre aspects. Faute de séries de données comparables dans tous les outre-mer, ces cartes ont dû être limitées à quatre DOM (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion), hors Mayotte. La Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française gagneraient à compléter leurs cartographies respectives, de même que Mayotte, où la Cour a constaté des disparités très similaires à celles auxquelles fait face la Guyane.

La carte n° 1 synthétise des déterminants de santé au travers d'indicateurs-clefs statistiques, relatifs à la population et aux conditions

de vie. C'est une première illustration des contrastes dans les facteurs pouvant avoir un impact sur la santé.

Carte n° 1 : population et conditions de vie, DOM



Sources : Cnaf, DGFIP, INSEE. Exploitation : Fnors. Hors Mayotte. Les critères pris en compte sont : 75 ans ou plus dans la population (INSEE ; RP 2009), fécondité des femmes mineures (INSEE ; 2005-2011), familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (INSEE ; RP 2009), cadres et professions intellectuelles supérieures parmi les actifs occupés (INSEE ; RP 2009), jeunes de 20-29 ans pas ou peu diplômés sortis du système scolaire (INSEE ; RP 2009), chômage (INSEE ; RP 2009), standardisé (âge et sexe) des inactifs de 25-54 ans (INSEE ; RP 2009), foyers fiscaux non imposés sur le revenu (DGFIP ; revenus 2009), allocataires CNAF, dépendant de 50 % à 100 % des prestations CNAF, allocataires du RSA socle seul, allocation logement, AAH (CNAF ; 31 décembre 2011), résidences principales sans confort (INSEE ; RP 2009). La grande majorité des données sont les dernières disponibles au moment de ce travail et si certaines sont anciennes, elles n'influencent pas pour autant sur les tendances présentées. Une publication de la FNORS détaillera la méthodologie appliquée (cf. annexe 1) et les analyses ainsi effectuées.

La classe 1, en **orange**, caractérise la majorité des Antilles : on y trouve dix-sept cantons de Guadeloupe – la région administrative est composée de huit îles – et dix-huit de la Martinique, où sont domiciliés 457 000 habitants, soit 60 % et 55 % de la population de ces deux régions. La croissance démographique y est plus modérée qu'ailleurs (population plus âgée, en étant plus isolée, faible taux d'accroissement des moins de 25 ans, fécondité moindre quoique supérieure à la moyenne nationale). Les taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) comme la part d'actifs occupés et celle d'ouvriers sont plus élevés, celle de cadres et professions intellectuelles supérieures ou intermédiaires, plus faible.

La classe 2, en **bleu**, caractérise les cantons les plus favorisés socio-économiquement, et la seule impliquant des cantons de chacun des quatre DOM (768 000 habitants, de 39 % à 45 % de leurs populations). Les cadres et professions intellectuelles supérieures ou intermédiaires y habitent en proportion plus élevée qu'ailleurs, avec davantage de bacheliers ayant effectué deux ans ou plus de formation supérieure, et une moindre part d'allocataires dont les ressources comportent plus de 50 % de prestations sociales ; moins de personnes de 25-54 ans y ont un emploi précaire et le taux de chômage tend à y être plus faible.

La classe 3, en **rose**, comprend seize des vingt-trois cantons de La Réunion et celui de Cayenne, soit respectivement 58 % et 25 % de leurs populations (534 000 habitants). La population en est plus jeune et plus modeste que dans les classes 1 et 2 non seulement des DOM mais de la France entière, y compris en termes de chômage. Ces trois classes sont à très forte dominante urbaine : 98 % des guadeloupéens et 89 % des martiniquais vivent ainsi en zone urbanisée.

La classe 4, enfin, en **rouge** concerne uniquement la Guyane pour la majorité du territoire, avec plus d'un tiers de sa population (79 000 habitants). C'est le groupe le plus démuné : 4,5 fois moins de douches ou de baignoires par logement que dans la zone plus défavorisée du reste de la France, chômage endémique, 53,1 % de mères de 12 à 17 ans - le double du bassin de vie suivant le plus défavorisé de France. Les étrangers y sont surreprésentés, et dans une proportion difficilement mesurable, en situation irrégulière, confrontés à d'inextricables difficultés d'accès aux soins, résumées plus loin.

Cette carte, comme la carte n° 2 infra, confirme des conditions de vie parfois très dégradées, avec de fortes inégalités sociales et géographiques : des déterminants de santé en lien avec l'alimentation et les risques environnementaux provoquent un accroissement, dans des proportions variables, de maladies chroniques comme des cas de surpoids. Les maladies professionnelles (cf. annexe 13) et les accidents

du travail sont fortement sous-déclarés, notamment du fait du travail dissimulé. Il en résulte de forts contrastes de l'état de santé général entre les outre-mer comme au sein de chacun d'entre eux.

Les projections à horizon 2027 résument la diversité des tendances démographiques.

Tableau n° 2 : population des outre-mer, 2013-2027⁶

<i>Population sans doubles comptes</i>	1^{er} janvier 2013	Projection 2027	Prévision 2013/2027
Guadeloupe	403 977	410 000	1 %
Martinique	390 371	421 000	8 %
Guyane	239 450	406 000	70 %
La Réunion	837 868	975 000	16 %
Mayotte	212 645	350 000	65 %
Saint-Barthélemy	9 072	9 072	<i>Nd</i>
Saint-Martin	37 630	37 630	<i>Nd</i>
Saint-Pierre-et-Miquelon	6 312	6 312	<i>Nd</i>
Nouvelle-Calédonie	260 000	305 000	17 %
Polynésie française	268 270	320 000	19 %
Wallis-et-Futuna	12 867	12 000	- 7 %
TOTAL	2 678 462	3 252 014	21 %
Métropole	63 703 191	67 790 620	6 %
France entière hors Pacifique	65 840 516	70 406 000	7 %
République française	66 381 653	71 040 000	7 %
DOM/République française	3,2 %	3,8 %	
outre-mer/République française	4,0 %	4,8 %	

Ces dernières sont contrastées, mais au total les outre-mer devraient connaître une croissance de leur population plus de trois fois supérieure à celle de la métropole, en dépit de taux parfois très élevés de mortalité infantile. L'augmentation prévisible – de moitié d'ici dix ans – de la population de la Guyane et de Mayotte, au regard des difficultés qui s'y constatent déjà, doit être anticipée. Il en va de même pour le vieillissement de la population dans les autres outre-mer.

⁶ Sources : INSEE, Estimations localisées de la population 2012 et projections DOM. Polynésie française : Institut de la statistique de la Polynésie française (ISPF), recensement 2012 et projections. Nouvelle-Calédonie : Institut de la statistique et des études économiques (ISEE), projections, 2013.

C - Des écarts de dépenses mal connus mais considérables

Les administrations n'ont pas été en mesure de documenter l'intégralité des dépenses de santé dans les outre-mer de leur compétence, et ne sont pas capables d'établir un tableau synthétique et comparatif.

Les juridictions financières n'ont de ce fait pas pu établir de comparaisons fiables de ratios de dépenses de santé, notamment au regard du produit intérieur brut (PIB) de chaque outre-mer (les données de PIB dépendant au demeurant elles-mêmes d'hypothèses relatives au volume parfois non négligeable de travail dissimulé). Les données obtenues permettent cependant d'estimer à 6,6 Md€ les dépenses prises en charge en 2012 dans les outre-mer par les différents systèmes de protection sociale, ce qui conduit aux dépenses suivantes par habitant.

Tableau n° 3 : estimation des dépenses de santé par habitant, 2012

	Par habitant (Euros)			
	1. Maladie	2. Accident du travail	3. Total Sécurité sociale	4. États financiers
St-Pierre-et-Miq.	4 970	172	<i>nd</i>	5 861
Guadeloupe	2 849	62	3 027	3 297
N.-Calédonie	<i>nd</i>	<i>nd</i>	2 704	2 891
Martinique	2 793	53	2 846	3 277
La Réunion	2 233	44	2 277	<i>nd</i>
Polynésie franç.	<i>nd</i>	<i>nd</i>	2 258	<i>nd</i>
Wallis-et-Futuna	-	-	-	1 940
Guyane	1 566	28	1 686	2 262
Mayotte	825	4	829	<i>nd</i>

Source : population INSEE. ONDAM CNAMTS (DOM). Hors DOM, administrations territoriales. Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et ATS pour Saint-Pierre et Miquelon). IEDOM (Wallis-et-Futuna), ARS des DOM.

Aucune étude comparative, ministérielle ou scientifique, de ces dépenses outre-mer n'existe. Force est toutefois de constater qu'elles varient, par habitant, du simple au quadruple entre les outre-mer de plus de 200 000 habitants (du simple au double, hors Mayotte), sans que les écarts épidémiologiques, économiques ou géographiques puissent expliquer une telle différence. La Guyane et Mayotte sont dans la situation la moins favorable, eu égard notamment au double défi auquel elles se trouvent confrontées : un système de santé moins développé et une population, souvent en situation irrégulière, plus vulnérable qu'ailleurs.

II - Des difficultés sanitaires persistantes

A - La mère et l'enfant : des retards préoccupants

Une surmortalité infantile persiste dans tous les outre-mer. Elle provoque plusieurs dizaines de décès à moins de douze mois par an et par collectivité, et s'est en partie aggravée dans la période récente, avec un taux qui variait en 2012 de 4,1 à 9,9 pour mille naissances (moyenne DOM hors Mayotte : 8 contre 3,3 en métropole).

Le comité interministériel de l'outre-mer de 2009 avait assigné comme objectif pour les DOM la réduction de moitié, entre 2010 et 2013, de l'écart enregistré entre 2007 et 2009 entre les taux de mortalité infantile outre-mer et celui de la métropole (décès avant un an). Cet objectif a été repris en 2010 dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de chacune des ARS concernées dans les DOM ainsi que dans un document d'orientation que la direction générale de la santé leur a adressé en 2011.

Cet objectif n'a pas été atteint, comme la Cour l'a déjà souligné, en appelant l'attention sur une « insuffisante prise en considération de la situation défavorable des DOM⁵ ».

Malgré des progrès significatifs, les grossesses demeurent plus précoces et nombreuses qu'en métropole ; dans les zones les moins bien couvertes par la protection maternelle et infantile (PMI), la connaissance des examens de dépistage et la surveillance prénatale sont inégales. Le taux de prématurés est double de celui de la métropole, l'obésité maternelle et la pauvreté en expliquant une partie.

⁵ Cour des comptes, *Rapport public annuel 2012*, Tome II. La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation, pages 371-422. La Documentation française, février 2012, 468 p., disponible sur www.ccomptes.fr. Huit ans après les recommandations publiées en 2006 par la Cour en ce domaine et deux ans après leur rappel, la mortalité infantile stagne en France, largement du fait de la situation outre-mer, alors qu'elle poursuit sa baisse dans d'autres pays européens.

**Tableau n° 4 : évolution de la mortalité infantile outre-mer pour
1 000 naissances**

	2000	2005	2008	2009	2010	2011	2012
Guadeloupe	7,8	7,2	7,3	9,5	6,9	7,9	9,9
Martinique	6,6	9,9	7,2	9,4	8,4	8,2	8,0
Guyane	12,5	10,7	13,6	10,4	10,9	8,6	9,2
La Réunion	5,7	8,1	8,4	8,1	6,6	7,6	8,5
Mayotte			13,5		13,5	16,1	
Nouvelle-Cal.	4,6	6,2	5,0	5,6	4,6	4,5	4,1
Polynésie fr.	6,9	6,3	4,8	5,7	5,5	5	7,5
Wallis-et-F.						5,1	5,6
Métropole ⁶	4,4	3,6	3,6	3,7	3,5	3,3	3,3

Source : Naissances vivantes (quelque 50 000 par an) et décès à moins d'un an sur naissances vivantes enregistrées. INSEE, statistiques de l'état civil. ADS Wallis-et-Futuna, Instituts statistiques et directions de la santé de Nouvelle Calédonie et Polynésie française.

La mortalité maternelle est très variable, estimée à Mayotte à 5 décès pour 10 000 naissances, contre 2,6 à La Réunion et moins de 0,8 en métropole. Elle touche notamment des femmes défavorisées, d'immigration récente, aux niveaux d'études, de revenus et de couverture sociale faibles.

Le défaut d'actions périnatales (consultations ou césariennes trop tardives, sous-estimation de la gravité, délais d'intervention, absence de pédiatre et/ou de gynécologue, faiblesse de moyens de diagnostic et de surveillance) explique jusqu'aux deux tiers de cette surmortalité, tandis qu'un dixième environ est lié à des malformations congénitales et à des anomalies chromosomiques. L'absence de protocoles de formation des professionnels et de fiches pratiques de prise en charge des enfants au vu de critères cliniques constitue un handicap majeur, d'autant que le taux de renouvellement des personnels est élevé.

Les pouvoirs publics ont pris tardivement conscience que, au-delà de la modernisation de services « mère-enfant » (comme à Cayenne ou à La Réunion), les moyens alloués étaient insuffisants notamment pour la collecte des données : les causes de mortalité ne sont pas toujours recensées.

⁶ Il convient de noter qu'en métropole subsistent des écarts d'un département à l'autre en termes de mortalité infantile : le taux le plus bas est de 1,5 (en Lozère), tandis que le plus élevé atteint 5,7 (en Ariège).

La *malnutrition* est une situation chronique à Mayotte. Le service de pédiatrie de l'hôpital reçoit un ou deux cas par an de kwashiorkor, syndrome de malnutrition sévère de la première enfance, de marasme nutritionnel ou de scorbut⁷. Si tous les enfants atteints de malnutrition ne relèvent pas d'une prise en charge hospitalière, une étude a relevé en 2011, parmi les patients de centres de soins associatifs, des taux de malnutrition aigüe de 7,3 % et un taux de retard statural de 11,6 % parmi les enfants de 0 à 59 mois. Diverses études ont souligné les facteurs de risques liés aux conditions de vie et aux pratiques alimentaires (de sevrage notamment)⁸.

L'enquête nationale périnatale 2010 a identifié en Guadeloupe, en Guyane et à La Réunion des évolutions favorables : niveau d'études et taux de couverture sociale des femmes en progression, taux de césariennes en forte baisse. Toutefois, la situation sociale et l'emploi se détériorant, la surveillance prénatale demeure insuffisante chez 18 % des femmes, les hospitalisations pendant la grossesse augmentent (27,7 % contre 18,8 % en métropole, 2010) ainsi que les cas des prématurés (13,9 % contre 11,9 % en 2003 ; métropole : 6,6 %).

Selon l'exploitation des certificats de santé, le nombre de consultations post-natales chute au 9^{ème} et au 24^{ème} mois⁹. La moyenne des quatre DOM est inférieure de moitié à la moyenne nationale (31,5 %). La dégradation est très sensible à La Réunion (10,5 %) et en Guyane (7,7 % seulement de consultations au 24^{ème} mois).

⁷ AFD, document de travail n° 90, *Migration, santé et soins médicaux à Mayotte*, Paris, janvier 2010. Des cas de béribéri ont été constatés au début des années 2000.

⁸ Médecins du monde, *Étude de la situation nutritionnelle des enfants*, mars 2012. L'étude NutriMay réalisée en 2006 à Mayotte par l'InVS en population générale mettait déjà en évidence chez les moins de 5 ans une situation précaire au regard des critères de l'OMS ; la prévalence de la malnutrition (poids/taille) était de 8,1 %, celle du retard statural de 6,7 %, et 12,1 % de naissances à moins de 2,5 kg. Les résultats d'une étude financée par la direction générale de la santé en 2013 sont attendus.

⁹ Les autres PMI n'ont pas participé à l'enquête périnatale 2010. Leur participation à la prochaine enquête, en 2015, serait indispensable pour comparer les évolutions.

L'objectif de réduire de moitié l'écart constaté paraît hors de portée en Guyane¹⁰ - compte tenu de la santé très dégradée des femmes venues du Brésil, d'Haïti et du Surinam pour y accoucher – comme à Mayotte avec les femmes venues des Comores.

Pour parvenir à de meilleurs résultats, une politique active de prévention et un meilleur maillage par les services de PMI¹¹ sont nécessaires. La province Nord de Nouvelle-Calédonie, par exemple, s'est employée à en harmoniser le niveau, dans 15 de ses 17 communes et les réseaux de santé en périnatalité. Le ministère de la santé polynésien souligne que la dispersion de la population et la densité insuffisante en professionnels constituent de sérieux obstacles.

Des efforts soutenus seront nécessaires avant que ces collectivités puissent rejoindre le niveau de la côte ouest de La Réunion et de la métropole.

Les restructurations des maternités, nécessaires pour mieux assurer les prises en charge, tardent parfois à être mises en œuvre. En Martinique, trois années de négociations ont précédé la fermeture en 2013 de la maternité du Lamentin dans laquelle les accouchements étaient tombés à moins de 600 (597) en 2010, niveau jugé insuffisant¹².

Dans l'île de Marie-Galante (Guadeloupe), la fermeture de la maternité et de la chirurgie a été un temps retardée alors que la chute de leur activité rendait leur maintien injustifié tant pour la continuité des soins que financièrement. Un établissement privé assure désormais des

¹⁰ Il est singulier à cet égard de constater que le crédit de 10 M€ destiné en 2002 à augmenter la capacité de la maternité du centre hospitalier (CH) de Saint-Laurent-du-Maroni, l'une des plus sollicitées de France, ait pu être réaffecté ailleurs alors que l'afflux de parturientes, certes souvent en situation irrégulière, était loin de diminuer. Cette extension en fut différée jusqu'à 2011 et limitée à 20 lits.

¹¹ La PMI est désormais assurée par le conseil général. Elle assure des consultations et des actions de prévention médico-sociales auprès des enfants de moins de six ans, ainsi que des bilans de santé pour ceux de trois à quatre ans, ainsi que les vaccins obligatoires. Pour les enfants non suivis en PMI, l'assurance maladie prend en charge à 65 % la plupart des vaccins obligatoires, et à 100 % le vaccin rougeole-oreillons-rubéole, de l'âge de 12 mois à 17 ans révolus.

¹² Y travaillaient 93 personnes, dont 24 sages-femmes – le triple de la norme (7 ETP pour 1 000 accouchements). Une partie des personnels reste affectée à leur hôpital initial « sans tâche confiée » ; simultanément à ce « chômage technique » rémunéré, une pénurie de pédiatres est constatée.

soins et consultations. Les transferts à Pointe-à-Pitre durent 45 minutes en bateau, et sont assurés si nécessaire en hélicoptère, moyen sécurisé par l'annonce début 2014 de l'usage exclusif d'un appareil par le centre hospitalier universitaire (CHU). Les femmes enceintes sont logées gratuitement avant leur entrée en maternité.

Le démarrage difficile d'un centre de référence périnatal en Martinique

La ministre chargée de la santé avait présenté en 2012 le centre de référence périnatal pluridisciplinaire de proximité (CR3P) ouvert au Marin fin 2011 et géré par le CHU « *comme un outil innovant et indispensable de prévention de la mortalité périnatale* », c'est-à-dire à moins de sept jours¹³.

La demande est restée extrêmement modeste, avec 508 consultations en 2012 et 1 997 en 2013. Ce centre a pour objectif de donner un accès coordonné à un gynécologue hospitalier (rémunéré à temps plein, il devait y être présent quatre jours par semaine : une patiente par jour en 2012, et quatre par jour en 2013), à une sage-femme (à temps plein, mais avec moins d'une consultation par jour en 2013), et à une psychologue (une demi-journée hebdomadaire, moins de deux patientes par semaine), que complètent des vacations d'un autre gynécologue hospitalier. L'outil, dans de tels contextes où la PMI manque de moyens, peut être utile, mais encore faudrait-il l'insérer plus énergiquement dans des réseaux qui en promeuvent activement l'usage.

L'ARS, le CHU et le conseil général n'ont pas associé le centre hospitalier du Marin à la convention qu'ils ont signée, alors qu'il fournit le local aménagé par lui et en paie le fonctionnement courant. Le réseau de périnatalité a fermé alors que démarrait le CR3P, et le règlement intérieur, en avril 2013, n'était pas encore adopté, alors que la composition hétérogène de l'équipe appelle une organisation méthodique.

Trois autres centres devaient suivre, avec retard, dont un adossé sur un dispositif plus robuste dans le nord de l'île.

En milieu carcéral, la prise en charge mère-enfant est parfois délicate à assurer, notamment à Mayotte où, en dépit d'une chambre aménagée à cet effet, le conseil général a refusé de signer une convention avec le centre pénitentiaire au titre de la protection maternelle et infantile des détenues.

¹³ Réponse de la ministre, La politique de périnatalité, Cour des comptes, *op. cit.*

Les interruptions volontaires de grossesse

Les nombres officiels d'IVG sont globalement stables depuis deux décennies (ceux des naissances diminuent régulièrement), mais leur pourcentage est supérieur à la moyenne métropolitaine, notamment en Guadeloupe et en Guyane. Les écarts vont du simple à plus du double, en particulier chez les mineures. Les obstacles qui en limitent l'accès sont résumés en annexe 9. Dans un avis de 2009, le Conseil économique, social et environnemental a préconisé des actions transversales, en réseau entre les outre-mer, pour la santé scolaire, la PMI, l'éducation à la santé, alors esquissées entre la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française. Ces interactions sont devenues structurelles entre La Réunion et Mayotte, comme entre les îles de Guadeloupe grâce à leurs ARS communes, mais étaient alors inexistantes pour Saint-Pierre-et-Miquelon et Wallis-et-Futuna.

B - Des risques infectieux importants

1 - Les infections à transmission vectorielle

Une prévention accrue contre la dengue et le chikungunya a été mise en œuvre avec succès depuis les épidémies de 2005-2006 et 2010. Celles de 2013-2014 ont cependant rappelé le chemin à parcourir dans la lutte « antivectorielle » - contre les moustiques porteurs de virus -, qui est exemplaire du bon rapport coût/efficacité de la prévention. La *dengue* aurait ainsi touché 43 800 guadeloupéens et 40 000 martiniquais en 2010, soit plus de 10 % de la population générale, puis 16 000 guyanais en 2012-2013 et autant de Martiniquais¹⁴.

À La Réunion, une réémergence en 2012, alors que le virus n'y circulait plus depuis 2004, a fait craindre une flambée épidémiologique : la mise en œuvre rapide du plan Orsec de lutte contre les arboviroses peut avoir limité cet épisode. L'épidémie de 2013-2014 a conduit à 11 000 cas confirmés en Nouvelle-Calédonie, dont cinq décès ; en Polynésie, le nombre de cas entre mi-2013 et janvier 2014 a été estimé à un niveau

¹⁴ Les statistiques d'épidémie résultent, comme en métropole, d'une extrapolation du nombre de cas probables à partir des données de réseaux dits « sentinelles », de généralistes formés à la détection de cas (corrélation historique entre les nombres de cas suspects et de cas symptomatiques). Les cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE, réseau de l'InVS) assument un rôle décisif de veille statistique en amont des programmes de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies.

compris entre 12 000 et 25 000. Le *chikungunya* a contaminé 38 % de la population de La Réunion et de Mayotte en 2005-2006 (aucun cas en 2012, résurgences dans plusieurs outre-mer en 2013-2014).

Une épidémie de *zika*¹⁵ s'est rapidement propagée en 2013 dans les îles de Polynésie française, le dépistage de cas à l'arrivée de vols en provenance de Polynésie ayant permis d'en retarder l'introduction en Nouvelle-Calédonie jusqu'en février 2014. Le *paludisme* est endémique en Guyane (3 344 cas en 2009, 900 en 2012), surtout à l'ouest et le long des fleuves, et à Mayotte. L'inquiétude porte sur l'émergence probable de cas de paludisme résistant à l'artémisine, médicament antipaludéen le plus fréquent, en Amazonie dans des zones isolées où résident des chercheurs d'or (les orpailleurs) et où la démoustication est difficile.

Les récentes épidémies confirment que le relais local n'est pas toujours suffisant. En Nouvelle-Calédonie, les efforts importants consentis par le ministère de la santé se sont heurtés parfois à une faible réactivité, voire à une absence totale de mobilisation de certaines municipalités.

En Polynésie française, l'Institut national de veille sanitaire (InVs) constatait en 2009 que, notamment en dehors de Tahiti, « *d'une façon générale, le manque de ressources humaines, déjà relevé lors de précédentes missions, s'aggrave depuis plusieurs mois et vient s'ajouter à la crise économique et aux crises sanitaires dengue et grippe*¹⁶ ». Les dépenses paraissent y être en baisse constante (cf. *chapitre II-I-A*).

2 - L'impact des maladies infectieuses

Parmi les maladies infectieuses non vectorielles, les hépatites et le *virus de l'immunodéficience humaine* (VIH) demeurent une priorité. Les Antilles-Guyane ont un taux d'incidence du VIH de 59 pour 100 000 habitants (contre 39 pour 100 000 en Île-de-France et 11 pour 100 000 dans le reste de la métropole, 2009-2010). En 2010, le taux de découvertes de séropositivité en Guyane était de 112 par 100 000

¹⁵ Le zika est une arbovirose surtout présente en Afrique et en Asie, avec des symptômes proches de ceux des autres arboviroses (dengue, chikungunya). Fin 2013, 19 cas de complications en syndrome de Guillain-Barré (atteinte du système nerveux) avaient été constatés.

¹⁶ *Évaluation du système de surveillance de la grippe et de la dengue et du dispositif de lutte antivectorielle en Polynésie française*, juillet 2009, InVS.

habitants, de 52 en Guadeloupe, de 16 en Martinique – et de 3 à 9 en métropole¹⁷. L'activité de dépistage est supérieure à ce qu'elle est en métropole, mais le nombre de personnes ne connaissant pas leur séropositivité reste important (cf. annexe 5).

Les *infections sexuellement transmissibles* (IST) sont en recrudescence, comme en métropole ce qui explique que la déclinaison outre-mer du plan national VIH sida/IST 2010-2014 ait été renforcée.

Nouvelle-Calédonie : des conduites à risque

Six fois plus de personnes sont porteuses de chlamydiae en Nouvelle-Calédonie qu'en métropole, avec 8 % pour les hommes et 10 % pour les femmes de 18 à 49 ans. Les 18 à 25 ans ont 54 fois plus de risques de contracter une chlamydia (19 %) que les 42 à 49 ans ; chez les 26-33 ans (10,5 %), le risque est 27 fois supérieur.

Les *hépatites virales*¹⁸ constituent un important problème du fait de leur fréquence, de leur gravité potentielle et des délais d'évacuation vers la métropole en cas d'hépatite fulminante. Ces données doivent inciter à promouvoir la vaccination et l'éducation à la santé ainsi qu'à redéployer des crédits de l'investissement vers la réduction des risques inhérents à la distribution d'eau potable, l'assainissement et l'hygiène. Des suites seront en tout état de cause à apporter à l'enquête de prévalence des hépatites B et C dans les DOM dont la direction générale de la santé a chargé l'INVS en 2014.

Les cas de *tuberculose* sont en réémergence statistique parce qu'ils seraient mieux recensés. Ils demeurent inférieurs à 10 cas pour 100 000 habitants aux Antilles, mais ils dépassent fréquemment 22 cas/1 000 en Guyane, le triple de la moyenne nationale hors Pacifique (entre 14,7 et 24,1cas/1 000 en Nouvelle-Calédonie depuis 2008). Les jeunes sont

¹⁷ Entre 2003 et juin 2010, 304 des 953 découvertes de séropositivité en Guadeloupe concernaient une personne née en Haïti (Le Vu S, Barin F, Le Strat Y, et al. *Estimations d'incidence de l'infection par le VIH pour les départements français d'Amérique*, InVS, 20 novembre 2012). La direction générale de la santé et la direction générale des outre-mer ont diligenté plusieurs enquêtes dans les DOM en ce domaine.

¹⁸ A, B, C, D, E, et autre formes notamment liées à la toxicité de certains médicaments ou produits ; au stage aigu, l'hépatite fulminante peut évoluer vers le décès ou nécessiter une transplantation, et au stade chronique vers la cirrhose et ses complications ou vers un cancer du foie.

particulièrement exposés en Guyane et à Mayotte où la mise en place de la déclaration obligatoire et d'un centre de lutte antituberculeuse en 2009 a amélioré la surveillance, avec un taux de succès thérapeutique de 82,5 % chez les patients traités.

La *typhoïde* est endémique à Mayotte, et la dernière épidémie française de *choléra* y a eu lieu en 2000. La *fièvre jaune* fait l'objet d'une surveillance à l'entrée à Mayotte comme, de manière imparfaite, au départ de Paris vers la Guyane. Le *rhumatisme articulaire aigu* (RAA) est dû à une infection par le streptocoque de groupe A : lorsqu'elle est mal prise en charge, elle est à l'origine de complications cardiaques sévères encore fréquentes outre-mer, notamment en Polynésie et en Nouvelle-Calédonie (cf. données sur ces maladies en annexe 4). D'autres maladies infectieuses, caractéristiques des zones tropicales, sont encore présentes outre-mer : parmi elles, la *lèpre* et la *leptospirose* ne sont pas éradiquées.

Face aux maladies infectieuses, la prévention, le dépistage précoce, et la prise en charge font l'objet d'efforts généralement significatifs. Un redéploiement de crédits vers la prévention permettrait cependant de diminuer les dépenses élevées en traitements à vie pour le VIH ou très onéreux pour les hépatites, comme ceux de chirurgie cardiaque pour le rhumatisme articulaire¹⁹.

¹⁹ La création du fonds d'intervention régional (FIR) a permis aux ARS des DOM de transférer de la sorte 1,23 M€ vers la prévention, ce qui va dans le bon sens mais reste modeste, comme en témoigne l'interruption d'un projet de développement d'un outil destiné à asseoir la déclaration obligatoire des cas de RAA sur une plateforme commune dédiée à la déclaration des maladies infectieuses.

Les comparaisons sur la base de taux standardisés

Un « taux standardisé » pour une population donnée est calculé en simulant une structure d'âge et de sexe identique à celle de la population globale, et reflète ainsi de manière plus fiable les différences entre deux populations. Ainsi, pour comparer des taux d'une population donnée (en l'occurrence d'un outre-mer) à ceux d'une population de référence (en l'occurrence la population française) en neutralisant les écarts de pyramides des âges (ou/et de répartition entre les sexes), on multiplie les taux spécifiques par âge (ou/et par sexe) de la population étudiée par les effectifs des classes d'âge correspondantes de la population de référence ; on additionne les valeurs obtenues et on divise le résultat par l'effectif total de la population de référence. On obtient un taux standardisé qui neutralise l'effet des éventuelles différences d'âge (et/ou de répartition par sexe) entre les deux populations.

3 - Des maladies chroniques plus fréquentes qu'en métropole

a) *Surpoids, obésité et diabète*

L'augmentation des cas de *surpoids* et d'*obésité* est supérieure à celle observée en métropole, d'où le développement récent et rapide de maladies chroniques. En Polynésie française, la prévalence du surpoids est de 69,9 %, dont 40,4 % au stade de l'obésité ; 70 % des plus de 18 ans sont en surcharge pondérale et 40 % souffrent d'obésité. En Nouvelle-Calédonie, 54,2 % des adultes (18 à 67 ans) avaient en 2010 un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25, dont 26,5 % d'obèses (IMC >30). À Wallis-et-Futuna, 87,3 % de la population est en surcharge pondérale ou obèse (48,9 % en métropole).

Plus d'un tiers des enfants boivent chaque jour une boisson sucrée (20 % en métropole), avec un risque d'obésité accru.

De longue date, en effet, des produits étaient plus sucrés outre-mer afin d'en augmenter les ventes, avec d'abondantes publicités. La loi n° 2013-453 du 3 juin 2013 interdit désormais de distribuer outre-mer des denrées d'une teneur en sucre supérieure à celles de la même famille les plus distribuées en métropole.

Une décennie après la métropole, une stratégie a décliné dans les DOM en 2012 les programmes « national nutrition santé » (PNNS 3, 2011-2015) et le plan obésité 2010-2013. Les conférences et plans régionaux de santé publique ont pris en compte cette problématique. Les nombreuses initiatives visant à améliorer l'offre alimentaire, la nutrition, l'activité physique²⁰ se heurtent cependant dans les DOM-COM à la faiblesse des financements accordés par l'État (0,5 M€ d'études entre 2011 et 2013) et ses agences²¹.

Le *diabète* est en conséquence fréquent, précoce et sévère, avec une forte prévalence de diabète de type 2 et un risque d'aggravation du fait des modifications rapides de mode de vie²². Ses taux de prévalence standardisée et leur croissance sont le double ou le triple de la moyenne nationale, ainsi que celui de mortalité attribuée au diabète.

Le coût pour la collectivité est important, sans que les dépenses directes en soient toujours isolées. Les actions de prévention des caisses

²⁰ S'y ajoutent des risques alimentaires tropicaux tels que celui de la *ciguatera*, intoxication sévère et durable provoquée par la chair de poissons coralliens, avec une incidence qui serait sous-estimée : pour 10 000 habitants, elle varie de moins d'un cas (La Réunion) à plus de 50 (Polynésie française).

²¹ Une enquête de terrain a été effectuée en 2014 par la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, sur la comparaison des produits sucrés entre les DOM-TOM et la métropole ; le ministère chargé de la santé a indiqué que les résultats conditionneront la mise en place d'une politique de santé publique adaptée.

²² L'institut national de veille sanitaire a noté que "la qualité de la prise en charge médicale du diabète dans les DOM est très proche de celle de la métropole et même parfois meilleure au regard des modalités de suivi observées par l'assurance maladie" (La situation du diabète en 2007 dans les DOM, BEH 42-43, 9 novembre 2010). Le diabète de type 2 (non insulino-dépendant) représente 90 % des diabètes ; il est favorisé par des facteurs génétiques et par la consommation excessive de sucres. Le type 1 est dû à une absence de sécrétion d'insuline par le pancréas ; il atteint plutôt le sujet jeune. En Nouvelle-Calédonie, les diabétiques non identifiés seraient plus nombreux que ceux pris en charge. Les mutations économique-culturelles y ont contribué à l'augmentation des cas de diabète : l'exploitation du nickel a permis une augmentation rapide des revenus, suivie d'importations massives d'aliments gras et sucrés, et d'une modification des habitudes de vie (alimentation, activités physiques).

d'assurance maladie concernent essentiellement la prévention tertiaire des complications : elles n'ont développé le programme SOPHIA qu'à La Réunion²³, et, très récemment, en Guadeloupe ; les autres outre-mer ne disposent encore d'aucun dispositif comparable. Les territoires du Pacifique mènent leurs propres actions en matière de prévention de l'obésité. Le volet santé du contrat de projets 2008-2013 entre l'État et la Polynésie française n'a pas pris en compte les problématiques du diabète et de l'obésité. Hormis deux brèves mentions, les 203 pages du rapport d'un prestataire métropolitain qui demeure le document « stratégique » en matière de santé en Polynésie n'abordent pas davantage ces questions. La Polynésie française a sollicité l'appui de la direction générale de la santé en vue d'inclure ce thème dans un nouveau contrat de projet avec l'État.

En Nouvelle-Calédonie, l'agence sanitaire et sociale a mis en œuvre un programme de prévention du diabète et de l'obésité : en 2010, la chambre territoriale des comptes notait qu'elle y avait consacré 0,6 M€ mais que cette pathologie avait été à l'origine d'une dépense identifiée de 44 M€ pour la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs salariés de Nouvelle-Calédonie (CAFAT). L'agence de santé de Wallis-et-Futuna a demandé son intégration dans le PNNS outre-mer.

L'association entre nutrition, surpoids, obésité et diabète constitue ainsi, plus encore qu'en métropole, un enjeu décisif de santé publique, en termes d'espérance comme de qualité de vie, et de dépenses pour la collectivité.

Le diabète, marqueur des inégalités sociales et économiques

La FNORS a examiné pour le présent rapport si une corrélation peut être établie entre le diabète et les conditions de vie dans les DOM. L'étude a porté sur les 93 323 bénéficiaires d'une prise en charge en affection de longue durée (ALD) comptabilisés en 2012 dans les DOM, dont 86 % pour un diabète de type 2 ; 78,7 % d'entre eux étaient âgés de moins de 75 ans. Le taux de diabète est moindre dans les cantons dont la situation sociale est plus favorable. Ainsi, le taux standardisé (cf. encadré supra) de diabétiques de moins de 75 ans en ALD dans les cantons de la classe 2 (caractéristiques sociales les plus favorables, cf. cartes précédentes) est plus faible (4,4 %) que dans la classe 3 (6,0 %). Cette situation déjà constatée en métropole souligne la nécessité d'agir sur l'ensemble des déterminants de santé.

²³ À partir de 2009, cf. Cour des comptes, La prévention sanitaire, p. 89, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, octobre 2011, 138 p. disponible sur www.ccomptes.fr

b) L'insuffisance rénale chronique

L'*insuffisance rénale chronique*, particulièrement sa phase terminale, est une charge croissante. Son association à d'autres maladies, notamment le diabète, aggrave l'écart avec la métropole, en morbidité, mortalité et accès au traitement. Le diagnostic est généralement tardif, comme l'est ensuite la mise en dialyse. Celle-ci est souvent engagée avec retard, en urgence (33 % des cas au CHU de Martinique, qui reconnaît un « dysfonctionnement majeur de cette filière », fort mal coordonnée aux Antilles), et dans de mauvaises conditions entraînant une perte de chance, tant en espérance de vie qu'en qualité de la prise en charge. Les possibilités de greffe, essentielles pour la qualité de vie et la réduction de la morbidité comme de la mortalité, sont réduites outre-mer : la part de patients traités par greffe en 2012 allait de 17 % en Guyane à 25 % aux Antilles. Elle est de 33 % en Nord-Pas-de-Calais et 54 % en Franche-Comté (cf. annexe 7). Cela oblige à recourir à l'hémodialyse dont le coût est quadruple de celui d'une greffe à partir de la seconde année²⁴. Les patients en outre-mer n'ont bénéficié que tardivement et encore imparfaitement des chances se rapprochant de celles accessibles aux patients en métropole.

c) Les maladies cardio-vasculaires

Les risques de *maladies cardio-vasculaires* sont élevés dans les DOM ; en Guadeloupe, elles sont la première cause de mortalité (29 %).

Les *accidents vasculaires-cérébraux* sont caractérisés par des taux standardisés de décès très supérieurs à la moyenne nationale : 81 % à La Réunion, 67 % en Guadeloupe, 63 % en Guyane, 40 % en Martinique (2008-2010, après une baisse plus importante qu'en métropole). Leur prise en charge est amoindrie par l'insuffisance en capacités de soins de suite et de réadaptation et en consultations de suivi, non formalisées, malgré les risques de récurrence élevés.

²⁴ Évaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale en France, HAS, septembre 2010. Coûts directs pour l'assurance maladie, à partir de l'année suivant la greffe.

L'hypertension artérielle est l'un des principaux facteurs de risque. En Guadeloupe, 37,3 % de 1 105 adultes de 25 à 74 ans examinés en 2009 présentaient une hypertension artérielle et/ou prenaient un médicament hypotenseur, la prévalence augmentant avec l'âge. En Polynésie française, 74,2 % des cas identifiés par l'enquête santé de 2010 n'étaient pas traités.

d) La drépanocytose

La drépanocytose est la maladie génétique la plus fréquente en France. Elle affecte l'hémoglobine en augmentant la vulnérabilité aux infections bactériennes et autres pathologies. Le plan santé outre-mer de 2009 l'avait retenue parmi ses priorités, car 70 des 400 naissances annuelles d'enfants atteints de cette maladie ont lieu dans les DOM, mais en y affectant moins d'1 M€ par redéploiement. Sa gravité avait pourtant amené à l'inscrire parmi les cent objectifs de la loi de santé publique de 2004, dans les plans sur les maladies rares (2008-2010, 2011-2014) et dans ceux des ARS.

La Guadeloupe et la Martinique disposent depuis 2006, et la Guyane depuis 2013, d'un centre de prise en charge pluridisciplinaire de la drépanocytose et d'un accord avec les médecins libéraux. En Guyane, une priorité d'action du plan stratégique régional de santé 2011-2015 est d'« améliorer la précocité et la qualité des soins aux personnes atteintes de drépanocytose », mais peu de professionnels se sont formés et les moyens de prises en charge aux urgences comme dans les centres de santé manquent. L'éducation thérapeutique fait défaut, et le tiers des personnes atteintes ne parle pas français.

Le quart seulement des quelque 2 000 guyanais atteints, surtout des enfants, connaîtrait sa pathologie et serait suivi, dont guère plus d'une centaine par les généralistes et moins encore dans les centres de santé. Les rectorats suscitent des projets d'accueil spécialisé d'élèves atteints : 21 recensés au début de l'année 2010-2011²⁵ et 44 en 2011-12 en Guadeloupe, par exemple. Malgré le nombre de cas recensés, les arbitrages budgétaires n'ont pas assez développé la prévention, alors qu'elle permettrait d'éviter les infections et d'agir sur les facteurs

²⁵ Cette statistique est incomplète, des médecins scolaires grévistes ayant refusé de produire près de la moitié des données, utiles pour prendre des mesures appropriées, sans que des mesures disciplinaires aient sanctionné ce manquement à la déontologie.

déclenchant les crises. En 2005, le ministère de la santé avait souligné la nécessité de la tenue d'un registre : aucune suite n'a été donnée²⁶.

e) Les cancers

On meurt – selon les statistiques – moins du cancer dans les DOM qu'en métropole : 22,6 % des décès (2 365/an en moyenne 2005-2010) contre 28,4 % en moyenne nationale. La part des affections de longue durée (ALD) reconnues au titre du cancer, pour les quatre DOM (hors Mayotte) de 2005 à 2010, a été de 12,7 % contre 21,8 % en métropole (pour les moins de 65 ans, respectivement 11,3 et 21,3 %). Ce pourrait être l'un des très rares cas où la situation épidémiologique des DOM est généralement meilleure que celle de la métropole. Toutefois, l'Institut national du cancer considère que les données ne sont fiables que pour le tiers des 25 cancers les plus fréquents, qu'il y aurait une incidence plus forte des cancers du col de l'utérus et de la prostate, et une sous-déclaration : en cas d'une affection déjà reconnue de longue durée (ALD), une nouvelle demande d'ALD, cette fois pour cancer, n'est pas systématique.

Cet avis appelle un renforcement de la coordination entre l'ensemble des acteurs de la prévention et de la cancérologie, qu'ont préconisée les plans « cancers » successifs (cf. aussi annexe 8).

²⁶ DREES, *Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*, objectif 88 : « réduire la mortalité et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de drépanocytose » : « La faisabilité d'un registre dans le cas de la drépanocytose semble importante (...). Une expertise est nécessaire. Il (...) semble nécessaire de suivre les évolutions des pratiques de diagnostic prénatal et d'interruption médicale de grossesse », Ministère de la santé, 2005, page 427. Cette maladie peut être particulièrement douloureuse, avec des atteintes vasculaires évolutives (rétinopathie, artériopathie cérébrale, notamment), des épisodes aigus, notamment de grande fatigue et souffrance au travail. La DREES a mis en œuvre en 2014 trois indicateurs pour mieux suivre la population atteinte.

C - Des conduites addictives spécifiques

Le plan de lutte contre la drogue 2013-2017²⁷ note, s'agissant des DOM, « la précocité des consommations (notamment d'alcool) chez les jeunes, facteur de basculement dans des usages problématiques, et des poly consommations (...) cannabis à La Réunion et le crack aux Antilles.

Pour leur part, les adultes présentent une forte consommation d'alcool (avec notamment un syndrome d'alcoolisation fœtale, particulièrement important à La Réunion) (...). *A contrario, la consommation d'opiacés est plus faible que dans l'hexagone* ». L'assurance maladie y subventionne 18 centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue et 6 centres de soins en addictologie pour un montant de 22 M€ en 2013, dont le tiers en Guyane.

Dans le Pacifique, s'observe la production de dérivés du cannabis et une croissance des cas d'ivresse, y compris chez les jeunes, ainsi que de la consommation simultanée d'alcool, cannabis, crack, biak ou kava. Produits à inhaler, champignons hallucinogènes, cocaïne, ecstasy, amphétamines, LSD, héroïne, crack ou opiacés restent très marginaux.

Les outre-mer hors DOM ont développé des stratégies propres, mais les dispositifs de prévention, détection, prise en charge et répression sont encore insuffisants. Des efforts complémentaires seraient nécessaires, notamment en Polynésie française, où la lutte contre les addictions a été réduite, faute de crédits.

Deux addictions spécifiques en Nouvelle-Calédonie

Le *biak*, plante très toxique, dérivé morphinique consommé en infusion, a été interdit par le gouvernement néo-calédonien en 2013, comme en Asie (notamment après deux arrivées de métropole de 150 kg, où il n'est pas interdit). Le *kava*, boisson mélanésienne obtenue à partir de racines, est anxiolytique et anesthésiant ; il est interdit en France métropolitaine mais pas en Nouvelle-Calédonie et à Wallis-et-Futuna, où les bars à kava « nakamals », lieux jadis tabous, accueillent les hommes après le travail. Sa consommation entraîne de lourds problèmes de santé : atteintes hépatiques graves, troubles de la vision, incoordinations motrices, syndrome parkinsonien.

²⁷ Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, *Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017*, septembre 2013, pages 32-33.

III - Le poids des risques environnementaux : l'exemple du chlordécone

Outre les pesticides, notamment en Guyane et en Polynésie, l'amiante naturelle en Nouvelle-Calédonie, le mercure en Guyane, le saturnisme, la qualité parfois dégradée de l'eau de consommation, et la radioactivité résultant des expérimentations nucléaires en Polynésie française (cf. annexe 14), le risque le plus connu est celui du chlordécone aux Antilles.

Le chlordécone est un pesticide organochloré, perturbateur endocrinien. On estime à 180 tonnes la quantité déversée contre le charançon du bananier aux Antilles de 1982 à 1993. Classé comme neurotoxique cancérigène dès 1979, il a contaminé, de manière durable et irréversible sols, eaux douces et marines et de ce fait des végétaux et des animaux et organismes en eau douce ou en mer. Les risques pour les populations locales ou celles qui en consomment les produits, l'impact sur leur santé et le coût pour la collectivité et la sécurité sociale ne seront pleinement mesurables qu'à un terme lointain. Sa dangerosité a été tardivement reconnue en France, alors que dès 1968, une commission « d'étude de la toxicité des produits phytopharmaceutiques, des matières fertilisantes et des supports de culture » en avait conseillé l'interdiction en raison de ses dangers potentiels pour la santé humaine et animale.

Des atermoiements des administrations centrales ont marqué les sept années écoulées entre la proposition d'interdiction de 1986 et la publication de cette interdiction, malgré deux rapports de l'Institut national de la recherche agronomique (INRA) sur la Guadeloupe en 1976 puis 1980. La mise en œuvre effective en a été progressive.

Or, dès 1976, l'administration américaine l'avait interdit après constat d'atteintes neurologiques, du foie et de la spermatogénèse²⁸. Des plans locaux ont été mis en œuvre en Guadeloupe et en Martinique treize ans plus tard. Entre autres études, une recherche de l'Institut national de la recherche agronomique et de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail de l'époque avait conclu que la prise de décisions de l'époque a été, dans l'attente de nouveaux pesticides moins toxiques, « confinée dans un cercle étroit, comprenant pour l'essentiel les services du ministère de l'agriculture et les acteurs de la filière agricole. Ces acteurs peuvent s'abriter derrière l'opacité des procédures [...au détriment de...] la défense de l'environnement et de la santé publique », dont les services étaient en partie tenus à l'écart²⁹.

L'État n'a fermé qu'en 1999 les sources et captages d'eau les plus pollués pendant que d'autres, moins atteints, étaient simplement traités. Le Bureau de recherches géologiques et minières estimait cependant en 2003 les terres contaminées à 6 500 hectares au sud de la Guadeloupe et 14 500 hectares au nord de la Martinique, soit respectivement un cinquième et un tiers de leur surface agricole utile, sans préjudice de la pollution des nappes phréatiques et des eaux avoisinantes.

La pression médiatique a conduit à un premier plan triennal d'action interministériel 2008-2010, suivi d'un second, 2011-2013, ainsi qu'à l'adaptation de plans régionaux. Les constats, préoccupants, qu'ils ont permis de documenter et leur impact sont résumés en annexe 10.

²⁸ L'INSERM a confirmé que « les concentrations plasmatiques de chlordécone aux Antilles sont associées positivement et de manière dose-dépendante à un risque augmenté de survenue du cancer de la prostate ». Au sein d'une cohorte «TIMOUN » de 153 nourrissons antillais nés en 2005-2007, l'exposition alimentaire au chlordécone, pré-ou postnatale, a été associée à l'âge de 7 mois à des effets négatifs sur le développement cognitif et moteur, sans troubles graves. Des adultes exposés professionnellement ont un appauvrissement de la mémoire à court terme et des tremblements au cours d'efforts musculaires. Selon l'INSERM (Pesticides, Effets sur la santé, 2013), il « est possible que dans un futur proche [asthme et allergies, maturation sexuelle-fertilité, diabète, perturbation de la fonction thyroïdienne] puissent être ajoutés à la liste des conséquences possibles de l'exposition prénatale aux pesticides », dont le chlordécone (page 601).

²⁹ Pierre-Benoit JOLY, *La saga du chlordécone aux Antilles françaises, reconstruction chronologique 1968-2008*, INRA, série Sciences en société, et AFSSET, document réalisé dans le cadre de l'action 39 du premier plan chlordécone, juillet 2010, pages 45-46.

Un rapport sévère sur la gestion du premier plan chlordécone

En dépit d'une incontestable mobilisation des services de l'État, un rapport a fortement critiqué fin 2011 la gestion du premier plan, 2008-2010 :

- « *l'ambition implicite du plan était de rassurer à court terme, alors qu'il fallait rendre explicite une stratégie à moyen et long terme de réduction de l'exposition au risque de contamination pour répondre à ce besoin* » ; - « *le champ a été restreint à une seule molécule alors que les acteurs et les partenaires raisonnent déjà sur l'ensemble des pesticides* » ;

- « *la sous-estimation des conséquences économiques et sociales des mesures administratives à prendre est criante* » ; « *l'insuffisance est manifeste en matière de suivi des travailleurs agricoles de la banane, malgré les recommandations du conseil scientifique en 2009* » ;

- « *les modes de financement sont fragiles et complexes, ils ne permettent pas en particulier un pilotage réactif en cours d'exécution du plan et le soutien à des actions de long terme (par exemple, actions de recherche)* ». ³⁰

L'impact sanitaire, l'étendue et le coût de ce « désastre chimique » demeurent inconnus. Le recensement des ouvriers agricoles éventuellement atteints n'a pas été opéré. En dépit de premières études préoccupantes, la cellule interrégionale d'épidémiologie n'a guère été mobilisée pour les recherches en matière de pesticides, malgré des demandes en ce sens, notamment en Guyane.

Les risques demeurent, non limités au demeurant au chlordécone. Dans un échantillon examiné par la direction de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt de Guadeloupe en 2012, 73 % des bovins contaminés par le chlordécone présentaient également des résidus d'autres pesticides antérieurement utilisés dans les plantations de bananes. La canne et la banane sont désormais « sous contrôle », mais le maraîchage aurait parfois fait un usage excessif de produits autorisés. Les sols se décontaminant par lessivage, les concentrations en mer augmentent ; de nouvelles restrictions ont été publiées en 2013 au prix d'indemnités versées aux professionnels de la pêche.

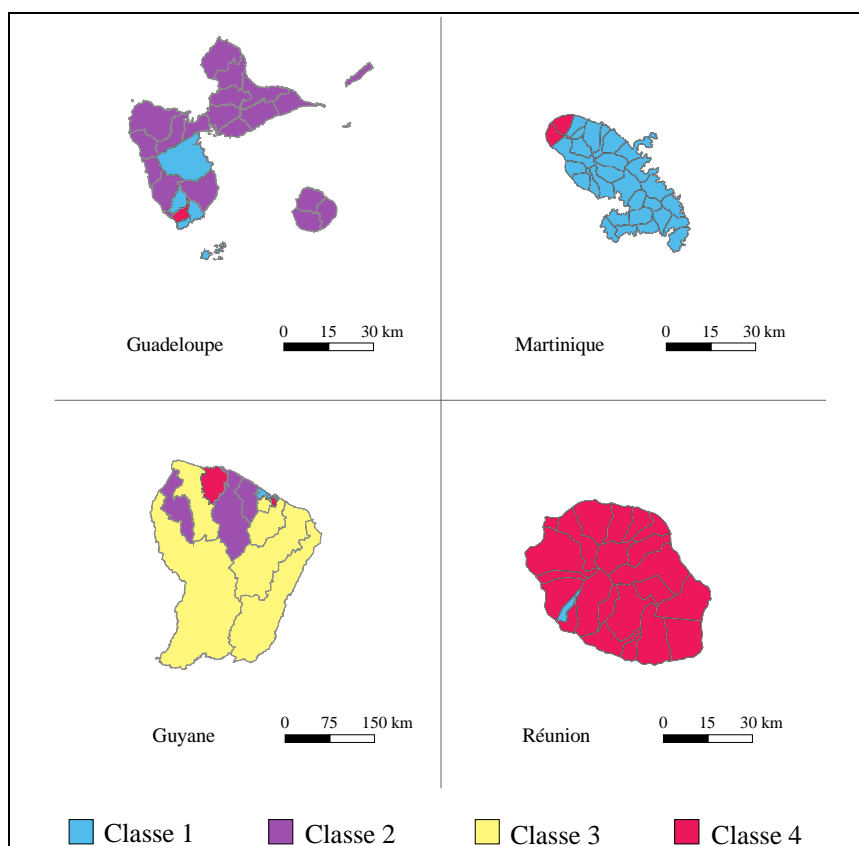
³⁰ Inspection générale des affaires sociales, inspection générale de l'éducation nationale et de la recherche, conseil général de l'environnement et du développement durable, conseil général de l'alimentation, de l'agriculture, de la ruralité et des espaces ruraux, *Rapport d'évaluation des plans d'action Chlordécone aux Antilles* (Martinique, Guadeloupe), Paris, octobre 2011, page 3.

Le rapport d'inspection précité avait formulé 25 recommandations. Le ministère chargé de la santé indique qu'elles ont été prises en compte en vue du nouveau plan chlordécone III 2014-2020, mais il n'y a pas eu de bilan indépendant du deuxième plan et notamment de son pilotage. Les orientations du futur plan 2014-2020 ont été validées en juin 2013, le projet de plan l'a été en mars 2014. La concertation locale s'est ensuite poursuivie, sans que le calendrier de mise en œuvre du plan soit encore connu en mai 2014.

IV - Une mise en cohérence des données de santé

Une meilleure mise en cohérence des données de santé entre les outre-mer faciliterait les prises de décisions. À titre d'exemple, les cartes ci-après montrent les écarts entre cantons en termes de mortalité et au regard des admissions en affections de longue durée. Quand elles sont rapprochées de la carte n° 1 supra, elles confirment que les cantons ayant les meilleures conditions de vie ont aussi, généralement, les meilleures situations sanitaires.

Carte n° 2 : mortalité et nouvelles admissions en ALD, quatre DOM



Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Inserm CépiDc, INSEE, Exploitation : Fnors

Un taux plus élevé de nouvelles admissions en affection de longue durée (ALD) peut traduire tant la gravité des cas que de meilleures chances de prise en charge des patients³¹.

³¹ La gravité générale de nombre de pathologies est soulignée par le taux plus élevé qu'en moyenne nationale des ALD chez les moins de 65 ans : 75 % des nouvelles admissions en Guyane et 60 % dans les trois autres DOM, contre 48 % France entière. Seules l'Alsace et la Corse rejoignent la Guadeloupe, la Guyane et La Réunion parmi les cinq régions françaises présentant sur ce point les taux standardisés les plus élevés chez les moins de 65 ans.

La classe 1 en **bleu** est celle des cantons ayant une faible mortalité et assez peu de nouvelles admissions en ALD. Cette classe regroupe 99 % de la population martiniquaise, 14 % de celle de Guadeloupe, 12 % de celle de Guyane et 1 % de La Réunion³².

La classe 2 en **violet** est composée de la majorité des cantons guadeloupéens et de la population guyanaise. La mortalité tend à y être inférieure à l'ensemble, et les nouvelles admissions en ALD à être plus élevées. On y trouve les plus faibles taux de maladies de l'appareil respiratoire (et notamment les broncho-pneumopathies chroniques obstructives) et, de manière moindre, de cardiopathies ischémiques.

La classe 3 en **jaune** rassemble l'essentiel des cantons de Guyane, avec un cinquième de sa population. Les maladies infectieuses et parasitaires y sont plus importantes, en mortalité et en ALD, et les cancers, moins importants (les habitants sont plus jeunes).

La situation la plus défavorable est celle de la classe 4, en **rouge**, avec 94 % de la population réunionnaise, trois cantons guyanais (38 % de la population) et moins de 2 % des antillais. La surmortalité y est de 40 % à 100 %, avec principalement les maladies cardio-vasculaires, des problèmes d'appareil circulatoire à des taux parfois triples de la moyenne nationale, les cancers, et l'abus d'alcool. Ces zones 3 et 4 ont aussi des conditions de vie parmi les plus dégradées (cf. carte 1) ; en Guyane, elles subissent aussi un afflux de patients en situation irrégulière.

Le champ d'analyses de ce type reste limité, car de telles données ne sont exploitables que pour quatre DOM, et avec plusieurs années parfois de délai. Les données des autres outre-mer sont fréquemment discontinues, anciennes, voire affectées de fréquents changements méthodologiques. Elles ne sont pas toujours accompagnées d'une interprétation des causes de leurs variations. Cette absence d'ensembles

³² Cette analyse cantonale de la mortalité et des admissions à la prise en charge d'affections de longue durée (ALD) repose sur six indicateurs (taux standardisés) : ensemble des cancers (Inserm CépiDc, INSEE, Fnors 2005-2010), des maladies de l'appareil circulatoire (Inserm CépiDc, INSEE, Fnors 2005-2010), des nouvelles admissions en ALD des personnes de moins de 65 ans (CCMSA, Cnamts, CNRSI, INSEE, Fnors ; 2005-2010), ou pour cancers (CCMSA, Cnamts, CNRSI, INSEE, Fnors ; 2005-2010), ou pour maladies de l'appareil circulatoire (CCMSA, Cnamts, CNRSI, INSEE, Fnors ; 2005-2010). La Fnors publiera une analyse plus détaillée, au niveau des bassins de vie ; sa méthodologie pour cette série de cartes est présentée en annexe 1.

cohérents de données a constitué un obstacle au cours de la présente enquête. Ainsi, Saint-Barthélemy et Saint-Martin sont parfois comptés avec la Guadeloupe, ou oubliés comme le sont souvent Saint-Pierre et Miquelon et Wallis-et-Futuna. Une clarification du champ des données demeure nécessaire, d'autant que des grèves, erreurs ou pannes informatiques en altèrent parfois l'exhaustivité. Seuls les DOM ont un observatoire de la santé, alors que dans son avis de 2009 le Conseil économique, social, et environnemental en avait recommandé un dans chaque territoire.

En raison de la taille relativement modeste des populations, des variations d'activité peuvent découler non pas d'une tendance significative mais de l'arrivée ou du départ de professionnels de santé à titre temporaire ou définitif. Des différences méthodologiques affectent la mesure du volume d'activité. Des écarts de dépenses entre outre-mer s'expliquent notamment par le fait que la définition des paniers de soins et les niveaux de financement et de restes à charge diffèrent. Les comparaisons pluriannuelles, guère plus fiables, appelleraient des redressements. Enfin, en l'absence d'analyses d'années de vie ajustées sur l'incapacité, on ignore quels sont les écarts en termes d'années de vie potentielles perdues du fait d'une mortalité prématurée, comme d'années de vie productives perdues du fait d'incapacités³³.

Une enquête de ce type serait à cet égard à envisager dans chacun des outre-mer, tous les cinq ou dix ans.

Mettre à disposition des instances compétentes, comme de l'opinion publique, un tableau de bord cohérent, dans le temps et dans l'espace, de la santé outre-mer serait un facteur de progrès. Une base de données, au sein du ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, sur la dépense annuelle de santé, permettrait d'en apprécier les évolutions physico-financières.

³³ L'indicateur « années de vie ajustées sur l'incapacité » prend en compte l'impact de la mortalité anticipée et des incapacités graves attribuées à une centaine de pathologies. Créé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1994, il est périodiquement actualisé. Le conseil économique, social et environnemental a noté, dans un avis sur *La dépendance des personnes âgées* (juin 2011), « l'apparition d'incapacités en outre-mer plus précoce qu'en métropole » (page 67).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les outre-mer français sont dans une situation sanitaire incomparablement meilleure que beaucoup des pays qui les entourent. Pour certains, notamment La Réunion et les Antilles, ils sont dans une dynamique de convergence avec la métropole, alors que d'autres, notamment la Guyane et Mayotte, confrontés à des problématiques particulières, connaissent encore des retards importants.

Au-delà de ces forts contrastes, se constatent cependant dans les différents outre-mer des difficultés sanitaires persistantes de même ordre. Ils cumulent en effet des risques spécifiques importants et des enjeux plus généraux liés à l'évolution des modes de vie dans des contextes socio-économiques souvent dégradés. Cette situation insatisfaisante appelle à poursuivre, et à amplifier quand cela est justifié, l'effort de rattrapage déjà engagé.

Des données plus complètes, récentes et homogènes, sont indispensables pour mieux apprécier l'état de santé des populations, connaître beaucoup plus précisément les dépenses de santé dans les outre-mer et leur évolution, comme les financements qui y sont consacrés, et documenter plus précisément l'ampleur des efforts à réaliser dans chaque territoire ; combler ces lacunes constitue une priorité pour que puissent être pris, au niveau national comme dans chaque outre-mer, les arbitrages nécessaires pour un usage plus efficient des moyens et pour que soient progressivement résorbés des retards qui mettent en jeu l'égalité des chances.

Ces constats conduisent la Cour à formuler les recommandations suivantes :

- 1. faire établir par les ministères chargés des affaires sociales, de la santé et de l'outre-mer un tableau de bord régulièrement actualisé pour mesurer les écarts et engager les actions correctrices, en mettant en place :*
 - un schéma directeur de la collecte et de l'exploitation des données de santé des outre-mer ;*
 - une base de données sur la dépense de santé dans les outre-mer, avec le concours des dispositifs d'assurance maladie et de tous les autres financeurs ;*
 - 2. proposer à cet effet aux gouvernements de Nouvelle-Calédonie et de Polynésie française et à leurs caisses locales de protection sociale des conventions d'association pour alimenter ce tableau de bord partagé.*
-

Chapitre II

Des systèmes de santé à la peine

La *prévention* est partout inscrite comme une priorité, mais les moyens qui lui sont alloués sont fréquemment insuffisants, voire parfois même en baisse, ce qui limite l'impact des services de protection maternelle et infantile (PMI), de santé scolaire et universitaire, et les économies qui résulteraient d'actions plus largement répandues (I).

La *médecine ambulatoire*³⁴ joue un rôle essentiel, mais elle est handicapée par de nombreux écueils, notamment la répartition très inégale des professionnels entre bassins de vie, et la coordination insuffisante des tâches entre professionnels de santé pour y remédier (II).

Le *secteur hospitalier* constitue ainsi le plus souvent l'armature du système de soins, mais il peine à assurer ses missions, du fait en particulier d'une gestion souvent mal adaptée ou désordonnée (III). La qualité des soins assurés est parfois perfectible (IV). Les évacuations sanitaires sont nombreuses, pendant que la chirurgie ambulatoire, la télémédecine et les coopérations, aussi bien interhospitalières qu'internationales progressent souvent lentement (V).

³⁴ La médecine ambulatoire, qui inclut la médecine libérale « de ville » prend en charge le patient dans son cadre de vie habituel. Répondant aux souhaits des patients comme aux exigences économiques, elle s'impose encore davantage outre-mer, dans le contexte de fréquente précarité des patients et de fréquent éloignement, retards et surcoûts des plateformes hospitalières. Les données de cette partie portent principalement sur les DOM, les données statistiques des autres outre-mer étant souvent hétérogènes et malaisément comparables.

Enfin, au-delà des difficultés propres à chacune de ces différentes composantes, les systèmes de santé sont confrontés dans leur ensemble au défi d'une gestion plus efficiente, plus rigoureuse et plus attractive des ressources humaines dont ils disposent. Cet enjeu apparaît absolument prioritaire, tant pour la médecine ambulatoire que pour le secteur hospitalier (VI).

I - La prévention : une priorité perdue de vue

La prévention constitue le premier pilier d'une politique de santé, qu'il s'agisse de prévenir les maladies, de les dépister précocement ou, lorsque la maladie est survenue, d'éviter les complications. Or, d'une manière générale, la priorité dans l'affectation des moyens est allée à la prise en charge des urgences et à la médecine curative. Les dépenses de prévention sont de ce fait fréquemment si limitées qu'il en résulte des pertes, non mesurées, de chance et des dépenses de soins qui pourraient être évitées.

A - Des dépenses inégalement connues, des efforts disparates

Les crédits budgétaires que l'État consacre en général à la prévention sont mal connus, mais en tout état de cause réduits ainsi que la Cour l'a déjà souligné³⁵. La prévention est ainsi dans les DOM comme en métropole principalement prise en charge par l'assurance maladie. Dans les quatre DOM, la CNAMTS a consacré en moyenne de 2009 à 2012, hors Mayotte que son indicateur n'inclut pas, 6,4 M€ par an aux différents programmes qu'elle développe sur un plan national. La dépense moyenne annuelle par habitant a été de l'ordre de 8 € en Guadeloupe, de 7 € en Martinique, et 3 € en Guyane et à La Réunion. Ces dépenses « erratiques », comme la CNAMTS le souligne, varient aussi d'une année à l'autre du simple fait de reports de charges ou de modifications des règles de gestion de remboursement des actes ou médicaments préventifs.

³⁵ Cf. Cour des comptes, *La prévention sanitaire*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, octobre 2011, 138 p., disponible sur www.ccomptes.fr

Hors programmes nationaux, sont apportés aussi des financements en fonction des projets présentés par les caisses : de 2010 à 2013, un centime par an et par habitant à La Réunion, 11 centimes en Guadeloupe, 41 centimes en Martinique et 62 centimes en Guyane.

Pour le cancer colorectal, ces enveloppes ont varié de 40 centimes par an et par habitant en Guyane et à La Réunion, à 1,29 € en Martinique. Pour le dépistage du cancer du sein, l'écart est du simple au double entre la Guyane et la Martinique³⁶.

Hors DOM, des programmes analogues ont souvent été engagés tardivement. Saint-Pierre-et-Miquelon offre des dépistages bucco-dentaires et d'orthophonie à quelques dizaines d'enfants³⁷. En Nouvelle-Calédonie, les dépenses de sécurité sociale en matière de prévention ont augmenté de 28 % de 2009 à 2012 (3,2 M€ ou 3,8 Md FCP, dont un tiers consacré à la vaccination et un tiers au dépistage du cancer du sein), celles du gouvernement s'élevant à plus du double. En Polynésie française en revanche, l'effort de prévention a baissé de 37 % en valeur de 2008 à 2012 et le dépistage des troubles visuels a été abandonné.

³⁶ Globalement, ces moyens ont été affectés aux dépistages des cancers du sein (17 %), colorectal (15 %) et du col de l'utérus (Martinique seulement, 2 %), aux examens bucco-dentaires et à la prise en charge du ticket modérateur des soins consécutifs (13 %), aux vaccinations (6 %), au dépistage néonatal (5 %), à la contraception d'urgence (3 %), aux substituts nicotiques (1 %), à la prévention bucco-dentaire et autres actions locales (32 %). La Guadeloupe a le seul centre d'examens de santé de l'assurance maladie dans les DOM (1,5 M€/an), et à La Réunion a été mis en place le seul service SOPHIA d'accompagnement des diabétiques (60 000 € par an) jusqu'à sa récente préfiguration en Guadeloupe (5 500 €, 2012).

³⁷ La caisse de prévoyance sociale indique en juillet 2013 dans son rapport annuel pour 2012 que « avec la mise en place de l'Administration territoriale de santé en 2011, le développement du partenariat attendu en 2012 autour du plan territorial de santé et de l'évaluation du précédent schéma territorial de santé n'a pas été au rendez-vous » (page 19), malgré la proximité des partenaires dans ce territoire de 25 km².

B - Des services de protection maternelle et infantile inégalement à même de remplir leurs missions

La Cour a déjà eu l'occasion de souligner d'importantes disparités en matière de protection maternelle et infantile (PMI) entre départements métropolitains³⁸ : elles sont également fortes outre-mer, où elle dépend soit des conseils généraux dans les DOM soit ailleurs des autorités sanitaires locales. En Guadeloupe, les bénéficiaires du service voient leur état de santé considérablement amélioré, avec des indicateurs proches de la métropole : en 2011, la mortalité périnatale (à moins de 7 jours) pour les enfants suivis en PMI était de 7,10 pour 1 000 naissances, contre 19,64 pour la Guadeloupe entière, et la mortalité de 5,06 contre 17,07.

En revanche, la PMI n'est pas à même à Mayotte d'assurer convenablement ses missions.

La situation préoccupante de la protection maternelle et infantile à Mayotte

La PMI est à Mayotte dans une situation que l'ARS juge préoccupante. Faute de médecins libéraux, elle vaccine 80 % d'une population croissante de moins de 6 ans et devrait suivre de nombreuses grossesses de femmes sans couverture sociale. L'objectif affiché en 2009 de réduction de la mortalité maternelle et infantile demeure hors de portée, le conseil général jugeant insuffisant le financement reçu de l'État pour les examens de grossesse, des vaccins et des contraceptifs, et limitant en conséquence ses interventions. L'ARS s'efforce de remédier aux défaillances les plus criantes et a proposé au ministère le transfert au centre hospitalier qui a cinq maternités, de certaines vaccinations et du suivi des grossesses, jusqu'à un renforcement durable de la PMI.

Les difficultés des services de PMI se répercutent notamment sur la couverture vaccinale, essentielle dans le contexte épidémiologique outre-mer. Son niveau varie d'un vaccin ou d'un outre-mer à l'autre. Elle est en grande partie assurée par les PMI pour les moins de six ans, la médecine scolaire prenant ensuite le relais. Les enquêtes, disparates et parfois anciennes, montrent des taux parfois excellents (plus de 98 % des jeunes polynésiens ont reçu la majorité des vaccins en 2011-2012 ; en Nouvelle-Calédonie, 92 % à 99 % jusqu'à 16 mois).

³⁸ Cour des comptes, *Rapport public annuel 2012*, Tome II, La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation, p. 371-428. La Documentation française, février 2012, 442 p., disponible sur www.ccomptes.fr

La PMI polynésienne souffre cependant de l'absence de mise en réseau de son système d'information avec le centre hospitalier de Papeete. En Nouvelle-Calédonie, le « centre de la famille » de Montravel regroupe la PMI, le centre médico-scolaire, le centre de conseil familial et un cabinet dentaire, avec une continuité bénéfique dans les prises en charge.

D'autres situations sont préoccupantes comme à Mayotte et en Guyane, où une évaluation par l'ARS et l'Organisation panaméricaine de santé a relevé que l'obligation de recourir à un médecin pour vacciner pénalise les zones reculées qui en sont dépourvues. À la Martinique, le conseil général avait choisi en 2004 de vacciner, moyennant une dotation annuelle de l'État³⁹ ; sans prévenir l'ARS, il a cessé en 2012 sauf pour les 0 à 6 ans ; il s'est engagé fin 2012 à recruter 4 infirmières pour réactiver cette mission.

La vaccination par les infirmiers et les puéricultrices

L'article L. 4311-1 du code de la santé publique prévoit que « *l'infirmier(e) peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'État* ». Un protocole validé par le médecin directeur de PMI permet ainsi d'autoriser les puéricultrices et infirmiers des centres de PMI à vacciner les moins de 6 ans. La DGS y encourage, et l'ARS y veille à Mayotte. En Nouvelle-Calédonie ont été autorisées certaines vaccinations par les infirmiers et les sages-femmes. Ces modalités seraient à généraliser dans les outre-mer.

C - Un dispositif de santé scolaire et universitaire à renforcer

Les services de *santé scolaire et universitaire* devraient jouer un rôle particulièrement important dans des territoires où l'accès aux soins élémentaires est souvent difficile. Conformément à l'article L. 541-1 du code de l'éducation, tous les élèves doivent bénéficier d'un bilan médical dès l'âge de 5 ans : or, selon un bilan spécifiquement réalisé pour la présente enquête dans les DOM par le ministère de l'éducation nationale, le pourcentage d'élèves en ayant bénéficié en 2011-2012 était inférieur (74,8 %) à celui de la métropole (79,8 %), avec des disparités, entre la Guadeloupe (91,6 %) et la Martinique (96,9 %), d'un côté, et de l'autre

³⁹ 844 000 € par an pour la Martinique, montant non réévalué depuis 2005.

La Réunion (74,1 %) et la Guyane (35,1 %, taux le plus bas de France). Cette situation n'est pas propre aux outre-mer. La Cour a pu constater dans un rapport d'évaluation remis au comité d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale en 2011 que les services de santé scolaire n'étaient pas soutenus comme ils devraient l'être pour suivre la santé des enfants pendant toute la scolarité obligatoire. Cette situation qui n'a pas évolué est d'autant plus regrettable qu'ils sont considérés comme un atout tant pour suivre l'état de santé des enfants scolarisés que pour les éduquer à la santé et prévenir toutes les formes d'addiction⁴⁰. L'absence de coordination entre les autorités sanitaires et scolaires, est particulièrement dommageable en outre-mer⁴¹.

L'impasse de la prévention scolaire à Mayotte

Les infirmeries mahoraises sont saturées par des consultations pour des collégiens qui ne peuvent se rendre à un dispensaire ou payer les dix euros que coûte la consultation. Cela limite le temps consacré aux actions de prévention, pourtant plus indispensables qu'ailleurs. La prise en charge des problèmes dépistés (notamment amblyopies, surdités, troubles des apprentissages) est, malgré un modeste financement par le ministère de l'éducation nationale, rarement assurée pour de nombreux enfants.

Cette situation contraste avec celle observable en Polynésie française où un effort de prévention important a été réalisé dans ce domaine. La médecine scolaire polynésienne suit les élèves sur une longue période et avec une détection plus précoce des problèmes avec un rythme de visites plus rapproché qu'en métropole⁴².

En Nouvelle-Calédonie en revanche, il n'y a pas de médecin d'établissement et le nombre d'élèves suivis par chacun des 39 infirmiers varie de 109 à 1 136 selon les établissements. Les soins courants

⁴⁰ Cour des comptes, *Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire*, communication au comité d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale, septembre 2011, 190 p., disponible sur www.ccomptes.fr

⁴¹ L'ARS de Martinique a toutefois signé avec l'académie une convention cadre pour encourager l'intégration des problématiques de prévention en milieu scolaire. À La Réunion, un partenariat avec le rectorat vise à coordonner les actions, dont un plan de prévention des grossesses non désirées et de l'IVG chez les mineures.

⁴² Chambre territoriale des comptes de Polynésie française, *Relevé d'observations définitives*, collectivité de la Polynésie française, mission santé, exercices 2003 à 2009, et Cour des comptes, *Rapport public annuel 2011*, Tome I. Le système de santé en Polynésie française et son financement. La Documentation française, février 2011, p.221-240, disponibles sur www.ccomptes.fr.

constituaient 45 % des passages en 2011, notamment pour les enfants de tribus éloignées, témoignant d'un accès difficile à des soins de premier recours.

Les dispositifs de *santé universitaire* sont souvent insuffisants pour les étudiants en situation difficile. Des enquêtes soulignent des renoncements aux soins par insuffisance de ressources ou de couverture complémentaire. Les taux de surpoids (25 à 30 %), les violences intra familiales, les addictions, dont l'alcoolisation, deviennent des risques croissants, comme les grossesses non désirées et les maladies sexuellement transmissibles. L'université Antilles-Guyane ne dispose que de 1,3 ETP de médecins (rémunérés 19 € bruts de l'heure), n'a pas de rapport d'activité et effectue peu de prévention alors que 42 % des étudiants n'avaient pas effectué leurs rappels en 2012-2013. À La Réunion, 21 % des étudiants ne peuvent souscrire une assurance complémentaire santé. Le recours aux spécialistes, notamment aux gynécologues, est faible. En Nouvelle-Calédonie, la couverture sociale des étudiants est plus large qu'en métropole et inclut un dispositif de chèque-santé ; quoique dépourvue d'équipe médicale permanente, l'université développe une action de prévention (dengue, addictions, etc.) à partir du bilan des visites systématiques à l'entrée, et organise des consultations en tiers payant.

L'université de Polynésie française n'a pas créé de service de santé universitaire mais a signé une convention avec un cabinet médical et un cabinet infirmier.

Une mobilisation prioritaire et déterminée de l'ensemble des acteurs concernés paraît ainsi nécessaire pour porter les efforts de prévention à hauteur des enjeux d'une situation sanitaire souvent marquée par l'importance et la diversité des risques de toute nature⁴³.

⁴³ Voir aussi, à propos de la médecine légale, l'annexe 15.

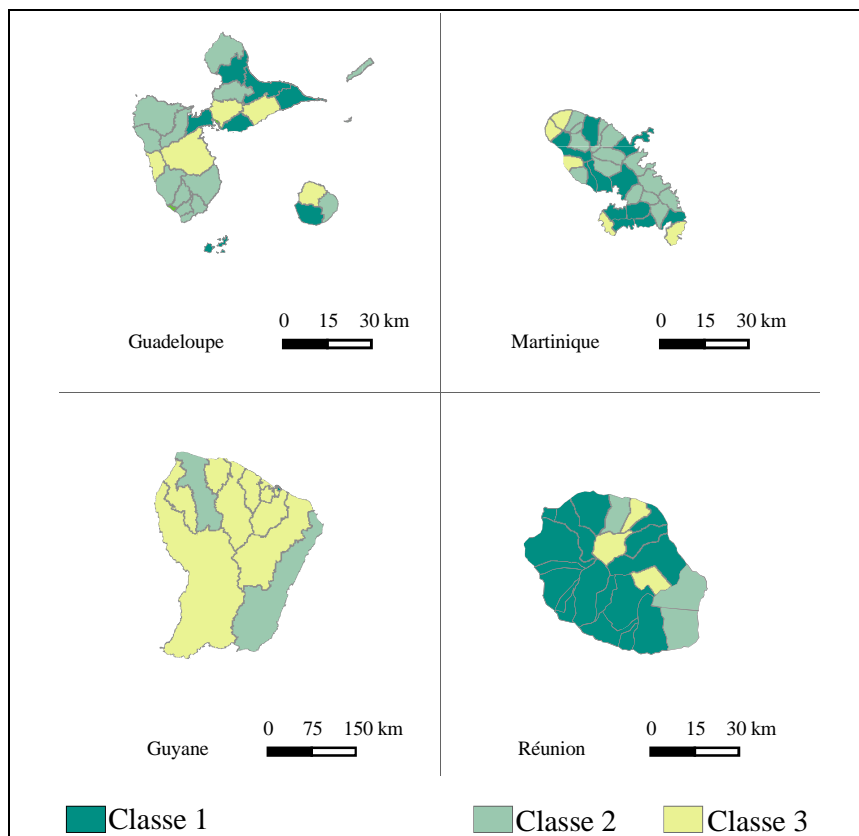
II - Des soins ambulatoires inégalement accessibles

A - Des écarts de densité considérables à rééquilibrer

Comme en métropole, la médecine ambulatoire est caractérisée dans les outre-mer par des inégalités de répartition géographique. Toutefois, l'isolement et l'insularité constituent des facteurs aggravants⁴⁴.

⁴⁴ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2011*- Chapitre V. *La répartition territoriale des médecins libéraux*. p.147-171. La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr

Carte n° 3 : Les densités cantonales en professionnels de santé⁴⁵



Source : Drees / Asip-Santé, RPPS 2012, Sniiram, INSEE - Exploitation : Fnors

⁴⁵ Sources des données des cartes : DREES / Asip-Santé, RPPS 2012 (densité de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, part de médecins généralistes libéraux de 55 ans ou plus, densité de chirurgiens-dentistes libéraux pour 100 000 habitants); Sniiram; 1er janvier 2011 (densité d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants et densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 100 000 habitants).

La classe 1 en **vert émeraude** des cartes ci-contre regroupe trente-six cantons (un million d'habitants). Dix-sept cantons de La Réunion y figurent (91 % de la population de l'île). La Martinique est deuxième avec onze cantons (56 %), suivie de sept en Guadeloupe (27 %), et d'un seul dans la Guyane voisine (8 %).

Les densités relevées sont des ces deux classes les plus importantes des DOM, mais sans être systématiquement plus élevées que dans l'ensemble de la France. Ainsi, concernant les médecins généralistes, huit cantons ont une densité supérieure à la moyenne nationale (notamment sur la côte ouest de La Réunion) et douze ont une densité qui lui est proche. Pour les chirurgiens-dentistes libéraux, la densité reste inférieure à la moyenne nationale (19 cantons) ou en est proche (12 cantons). Les densités de masseurs-kinésithérapeutes libéraux lui sont le plus souvent supérieures. Quelques cantons enregistrent pour ces deux dernières professions des densités au moins égales à la moyenne nationale. Cette classe présente une densité en généralistes, chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes libéraux supérieures à la moyenne d'outre-mer.

La classe 2 en **bleu-vert clair** regroupe 32 cantons intermédiaires (414 000 habitants) : douze en Guadeloupe (35 % de la population), trois en Guyane (33 %), quatorze en Martinique (40 %) et trois à La Réunion (5 %). La densité d'infirmiers libéraux dépasse le plus souvent la moyenne nationale, à l'inverse de celle des généralistes, dentistes et kinésithérapeutes libéraux.

La classe 3, en **jaune**, compte 23 cantons (308 000 habitants) : cinq en Guadeloupe (31 % de la population), dix en Guyane (59 %, une nouvelle fois la plus défavorisée), cinq en Martinique (4 %) et trois à La Réunion (4 %). Les densités sont relativement faibles. Le bassin de vie de Saint-Laurent-du-Maroni (63 000 habitants, soit 28 % de la population) est marqué par les densités médicales nettement les plus faibles des quatre DOM. Certains cantons, comme au Nord de la Martinique, cumulent les handicaps. L'accès aux *médecins libéraux* est ainsi très inégal : un médecin pour 11 000 habitants à Mayotte, pour 1 400 en Guyane, 1 200 en Polynésie française et pour 556 à La Réunion (553 en métropole).

Au 1^{er} janvier 2013, l'ordre des médecins recensait dans les outre-mer 7 116 médecins (y compris retraités ayant conservé une activité), soit 16 % de plus qu'en 2007, à comparer avec une évolution de + 0,9 % sur le plan national, Pacifique inclus. Parmi les 5 832 médecins actifs réguliers, 51 % étaient libéraux. Cette progression n'a guère eu d'effet sur des inégalités de répartition territoriale, qui restent considérables.

S'agissant ainsi de l'offre de soins ambulatoires par les 2 862 médecins libéraux et d'exercice mixte en activité dans les DOM en 2012,

l'hétérogénéité est forte : la Guyane n'avait en 2012 que 71 praticiens actifs, dont la moitié de spécialistes, pour 100 000 habitants, deux fois et demi moins que La Réunion, seule à approcher (180) la moyenne nationale (201). Aucun département métropolitain n'a une densité de médecins libéraux et d'exercice mixte inférieure à 114/100 000 habitants, contrairement à la Guyane (71) et Mayotte (18).

S'agissant de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Guyane et de La Réunion, le rapprochement entre les cartes de densité cantonale ci-après et celles de population et conditions de vie (cf. cartes n^{os} 1 et 2 *supra*) montre que les densités en professionnels de santé sont les plus faibles dans les cantons les plus défavorisés de Guyane et du sud-est de La Réunion, et les plus fortes dans les plus favorisés, notamment les Antilles et la moitié ouest de La Réunion. Huit cantons (et un tiers des bassins de vie) ont une densité de généralistes libéraux plus importante que la moyenne nationale, ce qui a jusqu'ici moins retenu l'attention que le zonage en cours de développement pour attirer par diverses aides des médecins vers les secteurs déficitaires.

Le cas extrême des généralistes en Guyane

La Guyane est classée zone déficitaire en médecins généralistes libéraux : densité très inférieure à la moyenne (cf. tableau ci-dessus) ; 31 % de médecins de plus de 60 ans ; temps d'exercice en cabinet limité (la plupart des professionnels cumulant du fait de leur rareté plusieurs responsabilités), dans un contexte marqué par l'insécurité ressentie dans certaines communes, des difficultés d'accessibilité, un isolement en dehors du littoral, alors même que s'observe une croissance constante de la population. Les soins dans les communes isolées reposent sur les centres ou postes de santé gérés par l'hôpital de Cayenne, sans présence médicale à temps plein.

La Nouvelle-Calédonie, où les critères d'inscription au tableau peuvent différer de ceux de l'ordre national des médecins, a une densité médicale très inférieure à celle des Antilles et proche de la Guyane, avec 54 généralistes et 51 spécialistes par 100 000 habitants ; dans la province Nord, les spécialistes exercent tous à l'hôpital, et la densité en généralistes est basse.

Tableau n° 5 : effectifs et densité des médecins libéraux par 100 000 habitants, 2012, DOM

Libéraux et mixtes en activité, 2012	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole	
Effectifs	Ensemble	594	552	170	1 507	39	127 244
	<i>généralistes</i>	324	316	113	981	27	67 445
	<i>Spécialistes</i>	270	236	57	526	12	59 799
Densité/100 000 habitants	Ensemble	147	141	71	180	18	201
	<i>Généralistes</i>	80	81	47	117	13	106
	<i>Spécialistes</i>	67	60	24	63	6	94
Population	403 977	390 371	239 450	837 868	212 645	63 409 191	

Source : CNAMTS, actifs à part entière, hors médecins salariés.

Le « pacte territoire santé », instauré en 2013 par le ministère contre les déserts médicaux, a créé un statut de praticien territorial de médecine générale : 20 des 200 premiers postes nationaux ont été prévus outre-mer. Le groupement de professionnels libéraux dans des maisons de santé pluridisciplinaires pourrait être une réponse adaptée mais seules quelques-unes fonctionnent outre-mer : deux en Martinique et en Guyane, une dizaine sont en projet à La Réunion. Leur déploiement, qui se heurte parfois au manque de locaux appropriés, devrait être une priorité.

Ces actions seront cependant insuffisantes pour rééquilibrer l'offre de soins ambulatoires, dans un contexte où sont constatées dans certaines zones des surdensités médicales, rares mais numériquement significatives : l'écart est du simple au centuple entre Mayotte et la côte ouest de La Réunion. De telles situations s'observent aussi pour ce qui est des *infirmiers libéraux* dont la densité est dans la majorité des cantons des DOM, sauf à Mayotte, supérieure à la moyenne nationale. Comme l'autorise la convention et comme cela est effectivement mis en œuvre en métropole entre l'assurance maladie et les organisations professionnelles infirmières, le conventionnement de nouveaux arrivants n'aurait pas dû être accordé dans les zones sur dotées par rapport à la moyenne nationale et la priorité devrait être donnée aux zones sous dotées. Comme la Cour l'a déjà recommandé,⁴⁶ un tel mode de rééquilibrage gagnerait à être élargi aux médecins .

⁴⁶ Cf. Cour des comptes, *Rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre V, La répartition territoriale des médecins libéraux, p. 147. La Documentation française, septembre 2011, 547 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

B - Les coopérations interprofessionnelles : des réticences à lever

Le manque de professionnels, particulièrement en Guyane et à Mayotte, appelle à développer plus hardiment les nouveaux modes de coopération entre professionnels de santé autorisés par l'article 51 de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009. Ces derniers reposent sur la délégation de la réalisation de soins médicaux à des personnels paramédicaux, sur la base de protocoles soumis à l'avis de la Haute Autorité de santé (HAS) garantissant leur qualité, de manière à permettre d'améliorer l'accessibilité aux soins sans faire encourir de risque aux patients. La densité parfois élevée des professions paramédicales, notamment des infirmiers, devrait inciter à de telles coopérations au regard de la fréquente pénurie en médecins.

Or, ce levier demeure plus potentiel qu'effectif. À Mayotte, l'ARS attend de la métropole un appui méthodologique en vue de l'élaboration de projets de protocole. Le ministère de la santé s'emploie depuis 2013 à les déployer en ophtalmologie ou pour des maladies chroniques, mais il souligne que les projets sont moins avancés outre-mer qu'en métropole. En l'absence de stratégie alternative, ces délais et réticences se traduisent par des pertes de chance pour des populations parmi les plus démunies de France. Il est indispensable qu'il soit répondu plus activement aux demandes des ARS en ce domaine et que ces dernières soient incitées à développer plus fortement ces modes nouveaux d'organisation des soins. Début 2014, deux protocoles seulement avaient été soumis pour avis à la HAS par des ARS des DOM et acceptés⁴⁷.

La Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie pourraient pour leur part adapter leurs propres cadres législatifs pour favoriser la mise en place de tels protocoles de coopération.

⁴⁷ À La Réunion, un protocole de coopération autorise la réalisation de certains actes médicaux par des infirmiers (délégués) validés par des médecins (délégants), et l'application d'un protocole du Nord-Pas-de-Calais pour la coopération entre cabinets d'ophtalmologistes et orthoptistes; en Martinique, un protocole de consultation de dépistage de rétinopathies a été délégué de même à un orthoptiste en 2012.

L'offre de soins ambulatoires est ainsi marquée dans les outre-mer par de considérables disparités. Cette situation peut avoir pour effet d'exposer certaines populations, et souvent celles qui sont les plus démunies, à de réelles pertes de chance. Dans certains territoires ultramarins, des pénuries de professionnels libéraux sont d'ores et déjà marquées, d'autant plus dommageables qu'elles provoquent une saturation dans les hôpitaux pour des consultations relevant normalement de la médecine de ville. Cette situation contraint à recourir à des remplaçants hospitaliers venant périodiquement et à grands frais de métropole et crée une instabilité qui altère la continuité sinon la qualité des parcours de soins. C'est particulièrement vrai quand, dans un contexte de faible densité de médecine libérale, le secteur hospitalier et ses dispensaires ne suffisent pas comme à Mayotte et dans le Pacifique à garantir l'égalité devant l'accès aux soins.

Le vieillissement constaté dans certaines des professions libérales de santé, notamment les médecins, rend nécessaire d'anticiper les risques d'aggravation des difficultés déjà observables aujourd'hui. De nouvelles modalités d'organisation des soins, reposant en particulier sur des regroupements pluridisciplinaires et des protocoles de coopération interprofessionnels, doivent être mises en place.

III - L'hôpital : un rôle central mais des insuffisances de gestion

La faible densité des professionnels libéraux fait de l'hôpital dans les outre-mer l'armature du système de soins. Mais ce rôle central peut conduire à une préférence coûteuse pour de relativement grands ensembles hospitaliers, miroirs de certains CHU métropolitains, qui concentrent les investissements et les financements. Outre cet « hospitalocentrisme », les hôpitaux sont fréquemment confrontés dans les outre-mer à des difficultés graves et récurrentes de gestion, qui ne sont pas sans conséquence sur la qualité des soins. Ces difficultés exigent un pilotage plus rigoureux et une mise sous tension pour dégager d'indispensables progrès d'efficience.

A - Un rôle central

1 - Un parc hétérogène centré autour de quelques grands établissements

Pour 4 % de la population, les outre-mer disposent de 3 % des établissements, et de quelque 2,6 % des lits et places. La taille moyenne est de 127 lits par établissement (154 en métropole). La Martinique et La Réunion sont dotées d'une gamme d'établissements similaires à celle de la métropole.

Tableau n° 6 : établissements de santé outre-mer, 2013

hors dialyse et HAD	au 1er janvier 2013							total	Métropole 2010	OM/ total
	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Nouv. Caléd.	Polynésie fr.			
CHU	1	1		1				3	29	9 %
CH	8	7	2	1	1	2	5	26	788	4 %
CHS	1	1		1		1		4	87	4 %
Privé non lucr.		1	2	2		1		6	683	1 %
SSR ; div.privé	4	2	1	7		1		15	322	4 %
Courte durée privé	9	2	2	6		2	4	25	542	4 %
Psychiat. privé		1		1				2	138	1 %
CLCC et autres								0	54	0 %
Total	23	15	7	19	1	7	9	80	2640	3 %
<i>Nbre de lits</i>	<i>2 432</i>	<i>2 533</i>	<i>852</i>	<i>2 895</i>	<i>326</i>	<i>670</i>	<i>867</i>	<i>10574</i>		<i>2,6 %</i>
<i>Lits/100 000hab.</i>	<i>606</i>	<i>639</i>	<i>380</i>	<i>355</i>	<i>175</i>	<i>273</i>	<i>334</i>		<i>654</i>	

Source : ARS 2013 ; Cour des comptes ; non compris St Pierre et Miquelon (40 lits MCO), Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Wallis-et-Futuna. CLCC : centre de lutte contre le cancer

Le secteur privé non lucratif est faiblement représenté hors Martinique et La Réunion. Le secteur lucratif l'est inégalement (les données statistiques ci-dessus incluent les établissements privés, mais l'enquête de la Cour a porté uniquement sur le secteur public).

L'organisation hospitalière est calquée sur le modèle métropolitain du centre hospitalier et universitaire : 3 des 29 CHU français sont situés dans les DOM, avec pour conséquence des choix architecturaux parfois mal adaptés, des coûts élevés et une concentration des investissements

alors même que l'activité de recours tend à s'effacer derrière l'activité de proximité et que les activités de recherche et d'enseignement peinent à se développer. En Polynésie française comme en Nouvelle-Calédonie, ce même modèle de structuration de l'offre hospitalière autour d'un centre hospitalier territorial, non universitaire toutefois, prédomine également.

2 - Des écarts de dépenses importants

Des écarts considérables se constatent dans les dépenses hospitalières des départements d'outre-mer. Selon la direction générale de l'offre de soins, en 2012 « l'ONDAM hospitalier » - qui est en moyenne de 1 196 € par habitant (contre 935 € en métropole) - a varié de 992 € en Guyane, à 1 412 € en Guadeloupe, 1 581 € en Martinique.

La progression de ces dépenses a été dans les DOM plus rapide que la moyenne nationale, sauf en Guyane. Néanmoins, la part des DOM dans le volet hospitalier de l'ONDAM national demeure très inférieure (1,2 %) au poids de leur population (3,2 %).

Tableau n° 7 : part des DOM dans l'ONDAM hospitalier, 2005-2012⁴⁸

Millions d'euros	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion Mayotte	ONDAM hospitalier	Dont les 5 DOM
2005	133	135	179	147	60 148	1,0 %
2006	142	165	187	185	62 498	1,1 %
2007	164	183	180	202	64 485	1,1 %
2008	170	190	177	211	66 515	1,1 %
2009	178	206	182	231	68 519	1,2 %
2010	182	207	193	236	70 251	1,0 %
2011	204	202	190	363	72 102	1,2 %
<i>progression 2005-2011</i>	54 %	49 %	6 %	147 %	20 %	35 %

Source : CNAMTS.

⁴⁸ Tableau simplifié. Les champs ne sont pas toujours identiques d'une année à l'autre.

3 - Des taux de recours à l'hospitalisation variables

Les taux de recours à l'hospitalisation varient dans des proportions importantes. Pour 2012, les données du PMSI, retraitées par la fédération hospitalière de France, montrent dans quatre DOM les variations suivantes, en taux standardisé par mille habitants :

- médecine : de 91 séjours et 52 venues en Guyane à 111 séjours à La Réunion et 84 venues en Guadeloupe (venue : hospitalisation de jour) ;
- chirurgie : 48 séjours en Guadeloupe et 41 dans les trois autres DOM ; de 14 venues en Guyane à 34 en Guadeloupe et à La Réunion ;
- obstétrique : de 16 séjours en Martinique, à 28 en Guyane ; de 3,4 venues en Guyane à 8,4 en Guadeloupe.

Des types de séjours proches de ceux de la métropole, sauf en Guyane

La Réunion se rapproche le plus de la métropole, alors que la Martinique a une part de séances ambulatoires (chimiothérapie, dialyse, etc.) plus importante, à l'inverse de la Guadeloupe et de la Guyane (qui a une part plus élevée d'obstétrique qu'ailleurs). Les durées moyennes de séjours sont souvent assez proches de celles de métropole, légèrement supérieures (Guyane et Martinique), ou inférieures (Guadeloupe et La Réunion). En chirurgie, elles sont plus courtes en Guyane, et plus longues en Martinique ; en médecine, un peu plus courtes, sauf en Martinique⁴⁹.

Les patients hospitalisés sont pour l'instant plus jeunes qu'en métropole, surtout en Guyane, mais ils se rapprochent de celle-ci aux Antilles. En 2011, les 0-19 ans en représentaient 19 % dans les DOM, contre 13 % en métropole, les 65-79 ans, 19 % contre 24 %, et les 80 ans et plus, 7 % contre 12 %. Cela ne doit pas dissimuler que, avant même d'avoir achevé la modernisation de leur parc hospitalier, les Antilles et La Réunion devraient déjà développer l'accueil de personnes âgées dépendantes. Les retards en matière d'établissements d'hébergement pour

⁴⁹ Les données médicales semblent devenues plus fiables au fil des ans, grâce au meilleur codage des prises en charge. À de rares exceptions près, « un indéniable effort de rationalisation interne des procédures de facturation et de recherche d'exhaustivité dans la collecte des informations visant à valoriser l'activité est à relever » comme l'a souligné en 2012 la chambre régionale de comptes Antilles-Guyane à propos de l'hôpital de Cayenne. Les statistiques n'en demeurent pas moins approximatives (confusions entre places ambulatoires et lits, entre un établissement et ses sites dispersés, etc.).

personnes âgées dépendantes réduisent encore l'efficacité d'un système de soins déjà confronté au faible nombre de places en services de rééducation et de moyen séjour, à propos desquels la HAS note que les outre-mer sont « terriblement sous-équipés ».

B - Une gestion à améliorer

La gestion du parc hospitalier public est à des niveaux de performance très hétérogènes. Certains établissements atteignent un niveau comparable aux meilleures pratiques métropolitaines. D'autres ont fait l'objet de fortes critiques des chambres régionales et territoriales des comptes ou de l'inspection générale des affaires sociales, et tardent parfois à mettre en œuvre leurs recommandations. Leur gouvernance est inégalement adaptée aux enjeux et aux exigences d'équilibre financier. Cette diversité est illustrée ci-après par quelques cas emblématiques.

1 - Des investissements hospitaliers mal pilotés et coûteux

Le parc hospitalier fait l'objet d'une modernisation active. Plusieurs reconstructions de plusieurs centaines de millions d'euros chacune ont été réalisées ou autorisées récemment. Avec de plus petites opérations, le parc hospitalier a ainsi été en partie rénové, notamment pour des disciplines de pointe et des maternités.

Les constructions sont parfois réalisées par des maîtres d'ouvrage délégués et des maîtres d'œuvre insuffisamment expérimentés et méconnaissent parfois les normes et contraintes régionales. Quelques exemples montrent l'ampleur du chemin qui reste à parcourir pour que les investissements soient réalisés de manière optimale et que les normes de sécurité soient partout remplies.

Le centre hospitalier de Saint-Laurent du Maroni (cf. annexe 22) s'est doté d'un bâtiment de psychiatrie sur un terrain destiné à accueillir le nouvel hôpital prévu d'ici quelques années. Cette opération indispensable a été entachée de graves erreurs. Les architectes chargés du projet l'ont élaboré avec l'agence régionale de l'hospitalisation et la direction de l'époque sans aboutir, faute d'un projet médical en amont, à un programme architectural approprié. L'élaboration du projet médical et une remise à niveau des soins n'ont en effet commencé qu'une fois que l'équipe de direction avait été changée et que l'équipe médicale avait été

renforcée. Ce bâtiment très spacieux n'a que 16 chambres et sa capacité d'hospitalisation de jour est restreinte, alors que la Guyane n'a pas d'établissement de santé mentale et manque de places en psychiatrie. Quatre chambres qui pourraient accueillir des patients adultes ont été vite inutilisables : vitre extérieure et interrupteurs électriques fragiles, ventilation insuffisante sans air conditionné ni ouverture de fenêtre. Des travaux de remise en état sont annoncés.

À Saint-Pierre de La Réunion, l'activité chirurgicale a été implantée en 1980 dans un bâtiment alors moderne mais à l'écart de ceux de médecine. Sur trois niveaux sans ascenseurs, les chambres de 18 m² comportent trois lits, sont dépourvues de sanitaires individuels et ne sont pas adaptées aux personnes à mobilité réduite. La Haute Autorité de Santé a souligné dans son rapport de certification de 2012 leur vétusté, qui affecte l'hygiène, la dignité et l'intimité des patients. Ces derniers sont transportés au bloc opératoire par ambulance, dans un climat connu pour ses pluies torrentielles. Vingt ans de signalements et d'expertises se sont écoulés avant qu'en 2000 une visite de sécurité conduise à une mise en conformité « incendie ». Il a fallu dix années supplémentaires pour constater en 2010 que les travaux de mise en conformité étaient entachés de malfaçons. Une dérogation a dû être consentie pour que le bâtiment ne soit pas fermé au prix de la création de sept postes d'agents de sécurité.

Des mises en service différées de plusieurs années

Nombre de constructions ont été réceptionnées sans pour autant être mises en service. Livré en 2011, le bâtiment psychiatrique précité de Saint-Laurent du Maroni est resté inoccupé jusqu'à son raccordement, plus d'un an après, au réseau électrique, la direction n'y ayant pas veillé en temps utile.

En Martinique, le nouveau centre hospitalier du François - 14 M€, financés aux trois-quarts par l'emprunt - ouvert en 2013, était resté vacant pendant deux ans jusqu'à ce que la collectivité locale le raccorde aux réseaux (6 M€). Le nouveau bâtiment du SAMU a attendu des équipements pour ouvrir. L'assurance maladie (via l'ARH), le FEDER et l'université Antilles-Guyane ont financé l'installation en 2008 au CHU de Fort-de-France du seul laboratoire sécurisé NSB3 des Caraïbes, destiné aux prélèvements de malades suspects d'infection par un agent biologique hautement pathogène. Ce bâtiment modulaire de 80 m² a fonctionné cinq ans plus tard : avaient manqué 21 000 € pour le rendre opérationnel.

Toujours en Martinique, le centre hospitalier de Colson a loué sans étude préalable un entrepôt de 3 600 m² pour de futures activités logistiques, et l'a laissé vacant pendant plusieurs années à un coût annuel de 1,2 M€/an ; des aménagements ont été engagés en 2014 pour des activités de soins ambulatoires. Il a aussi loué 300 m² de bureaux dans une zone d'activités pour y créer un centre médico-psychologique postpénal, jamais ouvert, et un centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violence sexuelle. De 2010 à 2013, sans que les locaux aient été sécurisés (ce qui ajouterait 60 000 € aux 220 000 € d'aménagements), 150 000 € de loyers et charges ont été payés avant que trois premiers agents s'y installent en septembre 2012. En février 2013, ils n'avaient encore ni psychiatre ni tâches à accomplir, et le psychologue était reparti. Cet hôpital a été temporairement placé sous administration provisoire d'un inspecteur général des affaires sociales dans la période récente par le ministère, comme celui de Basse-Terre.

Les risques ne sont pas prêts de s'estomper car l'outre-mer reste un chantier hospitalier permanent. Pour ne considérer que les seules Antilles, le CHU de Martinique doit réceptionner en 2016 un plateau technique de 169 M€, susceptible de résister aux séismes, contrairement au plateau actuel, mais qui double aussi la surface de ce dernier.

Le CHU de Guadeloupe a décidé en 2007 la reconstruction de ses bâtiments qui ne sont de même plus conformes aux normes antisismiques comme de sécurité ; le projet, estimé à 590 M€ pour une livraison d'ici 2022, reste à approuver par l'État.

Dans le Pacifique, les exemples de la construction des hôpitaux de Papeete et de Nouméa donnent à penser que l'État aurait dû être plus attentif à lier son aide financière au respect de conditions de conception et d'exécution plus rigoureuses.

La succession de telles opérations et leur poids sur les dépenses d'assurance maladie imposent que soient tirées les leçons des excès, erreurs et déséquilibres qui pèsent sur la gestion et les budgets hospitaliers outre-mer.

Crédits d'État et constructions hospitalières du Pacifique⁵⁰

Le cofinancement métropolitain du centre hospitalier de Papeete/Taaone (344 M€ ou 409 M€ (le chiffre varie selon les sources : 480 lits et 68 places en service, 12 blocs dont 5 inutilisés et 1 695 agents, fin 2013) a été attribué sans incitation contractuelle à ce que l'aide ainsi accordée soit utilisée conformément aux bonnes pratiques de gestion et d'équilibre entre hospitalisation et prévention.

La construction a été lancée en 2001 et livrée en 2011 sans que les études du coût de fonctionnement et de son incidence sur l'équilibre des comptes sociaux, pourtant demandées par l'État, aient été effectuées. L'établissement n'a qu'une convention d'occupation temporaire. Le Pays conserve la propriété des murs, hors bilan du centre hospitalier, qui n'en maîtrise ni le montant ni l'amortissement. L'entretien est à sa charge, comme l'amortissement des matériels. Cela peut affecter sa capacité budgétaire d'en assurer la pérennité.

La chambre territoriale des comptes a émis une série d'observations critiques : après une indemnité de résiliation de 11M€ versée au constructeur, trois lots importants furent réattribués à une filiale à 99 % du même groupe ; le recrutement et la formation d'agents en vue de la nouvelle structure n'avaient pas été organisés ; le schéma d'organisation sanitaire du Pays intégrant la nouvelle structure n'avait pas été élaboré. Techniquement, la surconsommation en énergie s'est avérée considérable ; l'État a cofinancé un investissement additionnel pour la limiter alors qu'une expertise en amont aurait permis de la réaliser plus économiquement. Il ne s'est pas inquiété du financement des surcoûts structurels de fonctionnement. Or, la branche maladie de la caisse de prévoyance sociale, qui en assume la charge, ne disposait pas encore, deux ans après la mise en service de ce nouveau site, des ressources nécessaires à son équilibre financier.

⁵⁰ Pour Papeete, voir : <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Collectivite-d-outre-mer-Construction-de-l-hopital-du-Taaone-Polynesie-francaise>.

Une instruction judiciaire et divers contentieux ont par ailleurs été ouverts à propos d'un marché relatif à sa construction.

À Nouméa, la reconstruction du centre hospitalier dans un « Médipôle » (487 M€, 646 lits, 12 blocs) portera sa capacité en 2016 de 454 à 646 lits (dont 57 vacants au démarrage). L'État doit apporter 41,90 M€, soit 8,6 %, du financement, accompagnés de 75 M€ de prêts de l'Agence française de développement (15,4 %, encore non finalisés début 2014) et de 126 M€ de la caisse des dépôts et consignations, dont une filiale est co-maître d'ouvrage (25,8 %), aux côtés des 32,8 % néo-calédoniens. Toutefois, deux ans après le début des travaux, le financement n'était pas encore totalement bouclé ; les surcoûts de fonctionnement restent à chiffrer (augmentation des postes budgétaires au-delà des 1574 prévus) alors que la branche maladie de la caisse de sécurité sociale est déficitaire. La partie technique (blanchisserie, cuisines...) a été tardivement financée et engagée. La maîtrise d'ouvrage est éclatée entre plusieurs entités, qui n'ont pas eu recours aux services spécialisés de métropole pour expertiser le champ et le coût de l'ensemble. Cette opération est soumise à de nombreuses contraintes : attentes de la population, concentrée à 70 % dans le grand Nouméa ; sécurisation des soins spécialisés, difficulté de recruter et maintenir des personnels qualifiés dans les autres zones où des restructurations sont en cours (l'hôpital du nord est en voie d'être reconstruit à Koné d'ici 2018). Toutefois, comme en Polynésie française, les déficits des comptes de sécurité sociale et les difficultés de recrutement font que la concentration d'une telle capacité et de telles ressources financières en un seul site risque de constituer un sérieux handicap pour la maintenance et la modernisation des rares hôpitaux locaux comme des dispensaires ou autres moyens alternatifs de nature à prévenir des hospitalisations lourdes.

L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) assiste certes les maîtres d'ouvrage hospitaliers. Mais elle n'intervient qu'exceptionnellement outre-mer, comme en 2013 pour faciliter l'élaboration de la reconstruction du CHU de Guadeloupe, et le ministère affirme comme elle que ses statuts ne lui permettent pas d'intervenir dans le Pacifique. Or, elle souligne que dans les DOM « *la conjonction des singularités locales et de la complexité inhérente aux grands projets de construction peut conduire à des dérives importantes* ».

L'intervention aussi systématique que possible de l'ANAP, dès la phase de conception, en amont des projets hospitaliers publics des DOM et des aides financières directes ou indirectes de l'État dans le Pacifique, devrait être envisagée. Sous sa surveillance, l'expérience d'ingénieurs hospitaliers très expérimentés permettrait d'éclairer au mieux les arbitrages financiers aux étapes cruciales d'instruction, réalisation et mise en service des équipements.

2 - Des établissements sous assistance financière

L'analyse des recettes des établissements des DOM met en évidence la part considérable des aides à la contractualisation (AC) ; ces aides sont destinées à faire face à des risques de rupture de trésorerie liés à des déficits budgétaires structurels longtemps tolérés, que la tarification à l'activité a mis en lumière.

Tableau n° 8 : dépenses et recettes hospitalières, 2012

2012	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	4 DOM	Métropole
Dépenses, M€	418	580	198	685	1 880	59 594
Soit par habitant	1 035 €	1 486 €	827 €	818 €	1 004 €	935 €
Recettes						
Hospitalisation	41 %	40 %	46 %	57 %	47,4 %	49,9 %
Externes	3 %	4 %	6 %	4 %	4,0 %	5,5 %
Molécules onér.	2 %	2 %	1 %	2 %	1,8 %	3,4 %
Forfaits hospital.	2 %	2 %	3 %	2 %	2,0 %	1,8 %
DAF SSR	8 %	9 %	1 %	5 %	6,4 %	9,9 %
DAF psychiatrie	16 %	13 %	13 %	13 %	13,5 %	14,3 %
MIG	8 %	6 %	20 %	9 %	8,7 %	8,8 %
AC	17 %	24 %	10 %	8 %	15,0 %	3,9 %

Source: d'après ATIH/FHF. Hospitalisation à domicile (8 M€, Guadeloupe) et dispositifs implantables (9 M€), compris dans le total. DAF : dotation annuelle de fonctionnement. MIG : missions d'intérêt général. AC : aides à la contractualisation.

43 % des 417 M€ d'aides exceptionnelles de trésorerie allouées en 2012 aux établissements de santé, France entière, ont été versés à ceux des DOM, soit quelque douze fois plus que leur part de l'ensemble de l'activité hospitalière nationale. Dix, parmi les plus grands, de leurs 29 établissements publics de santé ont été déficitaires de 235,1 M€ de 2010 à 2012, après prise en compte de 300 M€ d'aides exceptionnelles non reconductibles de l'assurance maladie (cf. tableau suivant).

La Martinique a les dépenses hospitalières de loin les plus élevées par habitant, ce que n'explique que partiellement le niveau de spécialisation de son CHU. Sa direction résume lucidement la situation de ce dernier : « *il est dans une situation financière structurelle extrêmement tendue, ses seuils d'activité sont insuffisants du fait de son insularité et de sa taille ; la proportion de ses dépenses de personnel est supérieure à la moyenne nationale dans tous les domaines d'activité (médicale, paramédicale, technique, logistique et administrative) et il souffre d'une insuffisance de trésorerie chronique. (...) L'état de dégradation des*

équipements et des bâtiments est extrême » et, faute de financement, des travaux qui induiraient des économies de fonctionnement sont différés.

Tableau n° 9 : résultats des principaux établissements hospitaliers, 2010-2012⁵¹

Millions d'euros	Charges 2012	Cumul 2010-2012	
		Aides reçues	Résultats après aides
CHU Martinique	527	158,3	- 181
CHU Guadeloupe	306	72,4	- 43,7
EPSM Colson (Guadeloupe)	84	17,5	- 11
CH Basse-Terre (Guadeloupe)	77	17,4	- 8,7
CH Marigot (Saint Martin)	38	13,3	- 3,8
CH Ouest guyanais	65	6,1	- 0,9
CH Cayenne	200	5,4	- 1,1
CH Nord Caraïbe (Martinique)	28	1,3	0,6
EPSM La Réunion	67	0,7	- 0,1
CH Mayotte	147	0	- 2,8
<i>Sous-total 10 établissements</i>	<i>1 539</i>	<i>292,4</i>	<i>- 252,5</i>
CHU La Réunion	590	7,8	10,7
CH Gabriel Martin (La Réunion)	89	0,3	0,9
EPSM Montéran (Guadeloupe)	43	0	3,5
Centre gérontologique. Raizet (Guad.)	30	0	1,7
CH François Dunan (St P. et M.)	27	0	0
Total de ces 15 établissements	2 318	300,5	- 235,1

Source : février 2014, DGFIP (données « charges », provisoires), DGOS
EPSM : établissement public de santé mental

À des degrés divers, ces hôpitaux sont de longue date confrontés à de telles difficultés. Les capitaux propres cumulés des établissements de Martinique étaient négatifs fin 2012 (- 56,4 M€), et la dette totale dépassait le total du passif⁵². Les Antilles ont reçu ces dernières années

⁵¹ Ce tableau comprend les 15 établissements hors Nouvelle-Calédonie et Polynésie française dont les charges 2010 dépassaient 25 M€. La ligne « CHU de la Martinique » inclut les anciens CH du Lamentin et Louis Domergue avec qui il a fusionné, et la ligne « CHU La Réunion » les anciens CH Félix Guyon et groupe hospitalier sud Réunion.

⁵² La Cour a souligné dans son rapport de septembre 2013 précité qu'après les 84 M€ d'aides d'urgence apportées au CHU de Fort-de-France (page 206), ce dernier continue à figurer parmi ceux « toujours confrontés à de graves difficultés malgré les actions engagées » (page 226) et de nouvelles aides.

un total de dotations exceptionnelles presque égal à celui de tous les établissements métropolitains.

3 - Des défaillances de gestion généralement non sanctionnées

Les rapports de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) soulignent nombre d'erreurs, voire de fautes de gestion, dont certaines n'ont pas toujours eu les suites, y compris pénales, qu'elles méritaient. Les rapports d'observation des chambres régionales et territoriales des comptes montrent que nombre d'établissements ont pris des libertés avec les principes de bonne gestion et que les recommandations émises ne sont pas toujours suivies.

Quelques arrêts récents des juridictions financières

La Cour de discipline budgétaire et financière (CDBF) a sanctionné par une amende en 2012 un directeur et un agent-comptable en fonction dans les années 2000 au centre hospitalier de Marigot, dans l'île de Saint-Martin (Guadeloupe), pour insincérité de budgets primitifs, dépassements des crédits autorisés, absence de comptabilité des stocks comme d'engagement, absence de tenue et de transmission à la tutelle des états d'effectifs rémunérés, omission ou émission tardive de titres de recettes. Des malversations avaient également été constatées dans l'établissement. En 2011, elle a de même sanctionné des directeurs en poste dans les années 2000 au groupe hospitalier sud de La Réunion, pour abandon du suivi budgétaire, notamment pour création de 132,6 emplois permanents sans crédits disponibles et pour comptabilisation insincère des engagements. La Cour des comptes a confirmé en 2013 un jugement de la chambre régionale des comptes de Guyane constituant un ancien agent-comptable du CH de Saint-Laurent du Maroni, débiteur de quelques 5 M€ en raison du non-recouvrement de recettes.

Les ratios de dépenses hospitalières par habitant mettent en lumière l'importance des surcoûts outre-mer. Certains sont connus et, pour partie, inéluctables : reconstructions antisismiques, surcoûts salariaux, coûts des matériels, fournitures et services provenant de métropole ou autres pays, missions, formations, frais d'installation des arrivants, évacuations sanitaires faute de spécialistes sur place, notamment. Mais d'autres résultent de gestions laxistes : sureffectifs de personnel non médical, organisations inefficaces, coûts de maintenance et amortissements élevés.

En Guadeloupe, la situation des finances et des bâtiments est préoccupante au CHU (862 lits et places) comme d'ailleurs celle de la gestion des effectifs (la masse salariale pour 3 200 salariés représente les deux-tiers des 300 M€ de dépenses). Des risques de sécurité et d'infections nosocomiales sont considérés comme majeurs et la qualité de certains soins est mise en question.

Point de vue sur la cardiologie au CHU de Guadeloupe, début 2013⁵³

Extraits du point de vue de deux cardiologues du CHU : « Depuis août 2010, la moitié du service de cardiologie est fermée pour la réalisation de travaux. Deux ans et demi plus tard, seule la moitié des travaux a été effectuée. (...) En 2012 le seul bloc (...) pouvant accueillir en urgence les patients ayant un infarctus du myocarde a été fermé (...) pour une période cumulée de six semaines. (...) Aucun échographe portable malgré 10 lits d'USIC (...) l'échographe principal, vieux de huit ans dont les pannes sont de plus en plus fréquentes (...) la capacité d'accueil est réduite à vingt lits sans structure ambulatoire (...) des enfants en situation instable sont déplacés pour la réalisation d'une échographie (...). L'obstination et la cohésion de bien des équipes du CHU leur permettent, malgré tout, d'offrir des soins dont la qualité est reconnue au plan national ». Le CHU souligne que, un an après, ces défaillances anciennes perdurent, son déficit d'exploitation ne permettant d'y remédier que lentement.

Des directeurs d'établissements n'ont parfois pas transmis à l'ARS des informations complètes nécessaires à une correcte budgétisation. Ainsi, la reconstruction du pôle « mère-enfant » du CH de Cayenne (75 M€, 2013) et le réaménagement des locaux libérés (35 M€) ont déséquilibré son budget du fait notamment des frais financiers et des amortissements. Les risques financiers n'avaient pas été clairement documentés auprès de l'agence régionale et le ministère n'en a pas tiré toutes les conséquences alors que l'établissement, à peine sorti d'un plan de retour à l'équilibre, retombait dans un déficit chronique.

⁵³ *Hebdomadaire NOUVELLES*, 7 mars 2013, page 24. USIC : unité de soins intensifs en cardiologie. Voir aussi en annexe 25 un avis sur le service psychiatrique de ce CHU.

4 - Des trajectoires de redressement à conduire plus fermement

La fusion en 2011 des pôles hospitaliers nord et sud-réunionnais en un CHU a contribué à optimiser et moderniser de vastes plateaux techniques, ainsi qu'à équilibrer les comptes, même si elle n'a pas encore produit ses pleins effets : des files d'attente demeurent, jusqu'à dépasser deux ans (en chirurgie plastique), et la future restructuration du pôle ouest, dans un contexte de médecine libérale pléthorique, appelle des arbitrages. En revanche, la chambre régionale de La Réunion a souligné l'ampleur des erreurs de gestion commises dans l'établissement ci-après.

Gestions déséquilibrées : le groupe hospitalier Est Réunion

À la suite de nombreux mécomptes dans la gestion du groupe hospitalier Est Réunion (GHER), la direction du CHU de La Réunion est depuis janvier 2014 commune avec celle de cet établissement. Ce dernier a fusionné en 2009 puis intégré en un seul site un CH et une clinique (372 lits, 8 % des activités hospitalières de l'île). Les passages aux urgences ont augmenté de 45 % depuis 2007, mais en 2012, 45 % des patients de sa région se font soigner à Saint-Denis (75 % en cancérologie). Saisie par l'ARS, la chambre régionale des comptes de La Réunion a constaté en 2012:

- « le caractère lacunaire du plan de redressement et la forte variabilité des données présentées ; ce plan de redressement est présenté sans réelle maîtrise des dépenses de personnel et se base sur des hypothèses optimistes d'augmentation des produits liée au développement de l'activité (...) ; les recettes exceptionnelles issues d'une reprise anticipée des provisions majorent les résultats prévisionnels présentés et démontrent l'incapacité de l'établissement à dégager un excédent (...) ; les opérations liées au financement de la construction (souscription d'emprunts structurés et renégociation à un coût élevé sur 40 ans) conduisent à moyen terme à un déséquilibre pouvant mettre en cause la pérennité de l'établissement ».

Elle avait aussi observé en 2011 que le projet conduit par le syndicat interhospitalier chargé de la fusion était passé de 64 M€ à 95 M€. Un montant de 33 M€ d'emprunts tardant à être dépensé a été placé de manière irrégulière. Les subventions des collectivités locales annoncées (15,2 M€) n'ont pas été obtenues. Le site a été mis en service avec six ans de retard. Au moment de ce contrôle, le président de l'organe délibératif adressait au centre national de gestion des personnels, évoqué par ailleurs, son avis sur la manière de servir du chef d'établissement : « *gestionnaire avisé, qui sait faire preuve de rigueur dans la gestion administrative et financière de son établissement, tout en conservant la finesse et le doigté nécessaires pour faire franchir à celui-ci des avancées décisives.* » Ce directeur a finalement été déchargé de ses responsabilités managériales par l'ARS, tout en demeurant rémunéré sur place, puis s'est vu confier en 2014 des missions plus larges, peu avant d'être, par ailleurs, condamné en appel à six mois de prison avec sursis pour abus de confiance au détriment du comité de gestion des œuvres sociales hospitalières de La Réunion, et à l'interdiction à vie d'exercer une fonction d'administrateur social.⁵⁴

En Guyane, le centre hospitalier de Cayenne (632 lits et places, près de 2 000 agents et de 200 M€ de budget annuel, 18 centres ou postes de santé sur l'équivalent d'un sixième de la superficie de la métropole) a bénéficié de ressources exceptionnelles ces dernières années pour revenir à l'équilibre financier. La chambre régionale des comptes a néanmoins relevé en 2012 « un risque économique réel dans la capacité de l'établissement à concilier simultanément la réalisation d'investissements lourds, et cependant nécessaires dans leur principe, avec le passage à un mode de financement lié principalement à l'activité, celle-ci n'étant pas extensible à due proportion des coûts constatés » ; elle a également fortement critiqué la gestion des ressources humaines.

⁵⁴ Cf. *Rapport d'observations définitives sur la gestion*, août 2011, CRC de La Réunion, www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Syndicat-interhospitalier-Pole-sanitaire-Est-Reunion-Reunion – et avis, 18 juin 2012, CRC de La Réunion, www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Etablissement-hospitalier-public-Groupe-hospitalier-Est-Reunion-GHER-Reunion. Entre autres particularités, les établissements d'outre-mer ont comme celui-ci contracté deux fois plus d'emprunts à très haut risque, fondés sur des variables sans rapport avec leur activité, que ceux de métropole : la Martinique à 21,4 % d'emprunts « *atypiques, à risque indéterminé* », contre 6,5 % en métropole.

En Polynésie française, la chambre territoriale des comptes a dressé un tableau critique de la gestion du centre hospitalier de Polynésie française (CHPF) dans les années 2002 à 2009, avant sa reconstruction au Taaone. Cet établissement public, deuxième employeur du territoire et étroitement dépendant de son ministère de la santé, n'a pas le statut d'établissement public de santé. Elle notait que les informations chiffrées n'y étaient « *produites qu'avec retard et (étaient) d'une qualité médiocre. (...) Les dotations budgétaires (étaient) négociées en dehors du cadre légal, et ces arrangements (conduisaient) à une augmentation (...) sans contrôle et sans aucune certitude sur l'utilité. (...) L'équilibre financier du centre hospitalier (n'était) atteint qu'en raison de facilités discutables, accordées de fait à l'établissement, qui occultent des difficultés de recouvrement persistantes*⁵⁵ ». L'inspection générale de l'administration polynésienne avait, comme la chambre, relevé une très large palette de défaillances et de fautes de gestion, y compris au sein du ministère. L'équipement a depuis lors été amélioré et le nouveau site est moderne, mais des problèmes significatifs de conformité aux bonnes pratiques en matière de sécurité et de qualité des soins demeurent. Les quatre autres petits sites hospitaliers font partie de la direction de la santé qui n'a pas nécessairement la compétence et les moyens pour les gérer selon les bonnes pratiques. Une solution serait de les intégrer au CHPF et de recentrer la direction de la santé sur les fonctions d'une ARS, et si nécessaire sur la gestion de l'offre publique de soins de médecine générale, là où l'offre du secteur libéral est insuffisante. Le gouvernement polynésien s'y est opposé⁵⁶, pour trois motifs : des mouvements sociaux paralyseraient l'ensemble, le CHPF devrait être un hôpital de dernier recours et non pas de premier recours (mais il l'est pour l'essentiel de la population), l'alignement statutaire des personnels serait onéreux. L'alternative serait donc de créer un second établissement public. Un plan stratégique est à l'étude.

5 - L'amorce récente d'un pilotage plus rigoureux

Devant la récurrence des déséquilibres budgétaires des établissements des DOM, le ministère a chargé les ARS de renforcer la mise en place de plans de retour à l'équilibre. Plusieurs hôpitaux sont sous la surveillance des comités régionaux de veille active sur la situation

⁵⁵ <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Etablissement-hospitalier-public-Centre-hospitalier-de-la-Polynesie-francaise-CHPF-Polynesie-francaise>.

⁵⁶ Lettre du 16 septembre 2013 à la Chambre territoriale des comptes.

de trésorerie des établissements publics de santé et bénéficient de missions d'appui de l'inspection générale des affaires sociales. Leurs directions rendent désormais compte de leur situation financière devant le comité interministériel de la performance et de la modernisation (COPERMO), dans lequel siège le ministère des outre-mer.

Absence de CPOM en Guadeloupe, généralisation à La Réunion

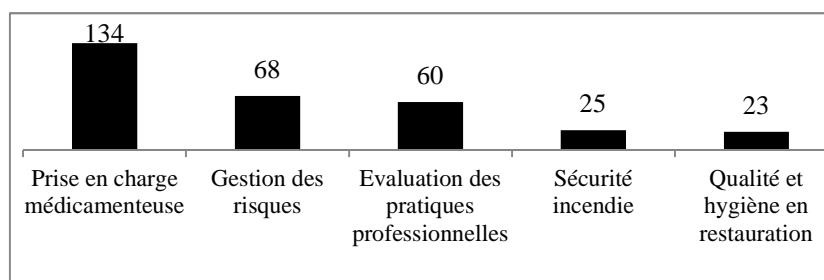
Les plans de retour à l'équilibre des hôpitaux en déficit sont le plus souvent étayés par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui sont obligatoires. L'ARH puis l'ARS de Guadeloupe n'en avaient toutefois jamais signé avant 2013, par craintes de retombées politiques et syndicales, dans un contexte de mouvements sociaux importants, notamment en 2006, 2009 ou 2013 ; leur généralisation est annoncée pour la mi-2014. L'ARS de La Réunion avait en 2013 pour sa part signé des CPOM avec 38 structures. Seul a été différé, dans l'attente d'un plan de retour à l'équilibre financier, celui du groupe hospitalier de l'Est réunionnais.

C - Une qualité des soins inégale

Les performances médicales des établissements sont, tout comme la qualité de leur gestion, à des niveaux extrêmement variables, y compris d'un service à l'autre au sein d'un même établissement.

1 - Les réserves de la Haute Autorité de santé

La Haute Autorité de santé (HAS), chargée de la certification de établissements de santé de manière à s'assurer, selon la loi, de « l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dispensés aux patients », a émis des réserves, parfois majeures, à l'égard de la quasi-totalité des établissements outre-mer, même si elle a plus rarement refusé de les certifier. Le graphique ci-après en présente les grandes lignes.

Graphique n° 3 : motivations des réserves de la HAS, outre-mer

Source : Cour des comptes, d'après HAS (certifications jusqu'en juin 2012).

La HAS classe les établissements publics et privés selon divers critères de A à D par ordre décroissant. À titre d'exemple, parmi 35 établissements des DOM en 2011, ont été bien classés (en A ou B) :

- pour le dépistage des troubles nutritionnels : 20 sur 35 ;
- pour la tenue du dossier patient, seulement 9 sur 35 ;
- pour la traçabilité de l'évaluation de la douleur : 9 sur 35.

Sur plusieurs critères, 20 % des établissements d'outre-mer ont été classés en D, ce qui entraîne des réserves de certification. Les établissements de Guyane, Mayotte, Saint-Barthélemy et Saint-Martin ont ainsi été « *en très grande difficulté* » pour être certifiés, avec des réserves majeures. Ceux des Antilles, dispersés, sont handicapés par des manquements aux normes de construction, antisismiques notamment, et de sécurité incendie. La certification du centre hospitalier de Cayenne a été différée fin 2013 dans l'attente de redressements significatifs. La Réunion est appréciée par les certificateurs pour une gestion très correcte en termes de qualité.

Des responsabilités à assumer clairement par l'administration en cas de non-conformité du fonctionnement des activités hospitalières

Les activités et les équipements déclarés par les établissements hospitaliers et financés par l'assurance maladie sur décision de l'État ne sont pas toujours autorisés en bonne et due forme par ce dernier. L'article L. 6122-1 du code de la santé publique soumet pourtant à l'autorisation de l'ARS les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile, et l'installation des équipements matériels lourds. La Cour a constaté que des ARS ferment les yeux quand, faute d'alternative un service prioritaire (de réanimation, par exemple) fonctionne sans autorisation, afin d'éviter de le fermer jusqu'à la réalisation d'aménagements ou de recrutements indispensables qui ont été différés faute de moyens ou de candidats. Cela reporte sur les établissements et leurs directeurs la responsabilité légale et pénale de risques issus de carences dont l'État se défait sur eux pour n'avoir pas effectué des arbitrages garantissant la parfaite conformité du fonctionnement hospitalier outre-mer. Il conviendrait de procéder sans délai à des autorisations provisoires dûment objectivées là où elles font défaut et où il est considéré que le risque est tolérable, et si tel n'est pas le cas, de suspendre les activités en cause jusqu'à leur mise en conformité.

La Nouvelle-Calédonie n'est pas soumise à la certification, mais ses deux principaux centres hospitaliers et une association ont choisi de s'y soumettre. En Polynésie française, la mise en service du nouveau site, ultramoderne, du CHPF en 2011 paraît avoir entraîné de substantielles améliorations, mais les experts-visiteurs de la HAS ont établi fin 2013 que 36 critères sur 115, tels que la prise en charge médicamenteuse ou celle de la douleur, n'y atteignaient pas alors le niveau requis pour la certification (cette visite était la troisième depuis 1999, toutes ayant été sollicitées par l'établissement bien qu'il n'y soit pas obligé).

Les résultats des indicateurs d'infections nosocomiales⁵⁷

63 % des 77 établissements publics et privés des DOM figurant au tableau de bord annuel sont en classe A ou B, alors que le taux national est de 81 %. Le niveau général est inférieur à la moyenne, particulièrement en matière de lutte contre les infections nosocomiales, de bactéries multi résistantes, d'infections du site opéré, de bon usage des antibiotiques. 9 % des établissements, soit trois fois qu'en moyenne, sont en classe D ou E. En Guyane, 6 établissements sur 8 sont classés D ou E pour deux indicateurs.

Des problèmes récurrents, d'une gravité variable, sont constatés en matière de radioprotection (cf. annexe 21).

2 - Des déficiences persistantes dans certains domaines*a) La psychiatrie*

Alors que les soins psychiatriques représentent 15 % des dépenses nationales, leur part dans les dépenses ultra-marines est beaucoup plus faible. Le malthusianisme de l'offre de soins, le manque de locaux et de professionnels en sont la cause, alors que la demande ou les besoins sont, eux, plus importants qu'en métropole. Les services extrahospitaliers sont parfois insuffisamment nombreux et accessibles. La population carcérale bénéficie rarement de soins de santé mentale à hauteur de leur nécessité.

La Polynésie française n'a, comme la Guyane ou Mayotte pour une population similaire, que quelques dizaines de lits sans établissement spécialisé et très peu de psychiatres libéraux. En Guyane, la situation est similaire, même si 4,7 M€ reconductibles ont été alloués en 2012-13 pour renforcer les équipes. À Mayotte, la situation est particulièrement critique. L'archipel ne dispose que de 10 lits de psychiatrie, et seulement depuis septembre 2012 : 136 entrées en 2012, à 58 % sous contrainte. Cette faible capacité oblige à des évacuations sanitaires vers La Réunion, voire la métropole. Le centre médico-psychologique du centre hospitalier a une file active de 2 264 patients, y compris à la prison et dans quatre dispensaires non spécialisés, dont 183 enfants de moins de 10 ans et 652

⁵⁷ Ministère des affaires sociales et de la santé, *Rapport national sur le tableau de bord des infections nosocomiales*.

nouveaux cas. Malgré les initiatives d'un réseau local associatif, un rapport inédit d'une mission effectuée à Mayotte par l'établissement public de santé mentale de La Réunion a conclu en 2013 que « *gravement déficitaire dans tous les domaines, la santé mentale n'a pas été priorisée, tant par les autorités de tutelle que par les offreurs de soins, dans un contexte global de sous équipement généralisé du champ sanitaire (...). À défaut d'une réponse rapide à la croissance inexorable des besoins (...), le volume des évacuations sanitaires augmentera sans que La Réunion n'ait les moyens d'y répondre dans de bonnes conditions. [...on note un] déficit important en offre médico-sociale, notamment dans le domaine de la déficience intellectuelle et du handicap mental* ». Une collaboration accrue entre le pôle psychiatrique de La Réunion et la modeste unité du centre hospitalier de Mayotte est prévue.

L'offre de soins en psychiatrie est de longue date gravement déficiente (cf. l'exemple de Pointe à Pitre en annexe 24), mais le plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 ne mentionne pas plus l'outre-mer que ne l'avait fait le plan 2005-2008⁵⁸.

b) La couverture sanitaire des personnes détenues.

Médicalement, les populations pénales sont plus encore à risque outre-mer qu'en métropole. Les efforts des équipes hospitalières ainsi que des personnels des onze établissements pénitentiaires ont, avec la qualité des constructions récentes, permis dans plusieurs sites de réels progrès.

⁵⁸ La Cour avait relevé en 2011 en Guyane une diminution de lits psychiatriques, l'absence de psychiatre libéral, un pourcentage d'hospitalisations sans consentement double de la moyenne nationale, mais aussi une croissance des hospitalisations de jour. Cf. Cour des comptes, *Rapport public thématique : L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale (2005-2010)*. La Documentation française, décembre 2011, 202 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

Toutefois, alors que les conditions d'incarcération ont une influence importante sur l'état de santé des détenus et sur leurs chances de réinsertion, l'accès aux soins demeure souvent très insuffisant. L'implication des agences régionales de santé des DOM comme des ministères concernés n'est pas partout de nature à combler des retards et des écarts que des rapports tels que ceux du contrôleur général des lieux de privation de liberté dénoncent de longue date.

Or, les détenus sont souvent en grande précarité sanitaire ou psychologique. Généralement jeunes, ils n'ont parfois jamais été soignés pour des pathologies lourdes de conséquences (diabète, rhumatisme articulaire aigu, staphylocoques dorés, etc.). Dermatologie, infectiologie, petite traumatologie et problèmes bucco-dentaires prédominent. Des cas de tuberculose résistante sont relatés. Plus de la moitié des incarcérations sanctionnent des faits commis sous l'influence de l'alcool et/ou de stupéfiants, mais le trafic interne de ces derniers est fréquent dans certains établissements. L'usage du tabac est très répandu.

Alors que leur état de santé général appellerait une particulière vigilance, les facteurs pathogènes liés à la vétusté des locaux et à la précarité sociale sont aggravés par le climat, par une forte suroccupation des cellules – ce sont parfois des dortoirs – et par des locaux affectés aux soins qui sont majoritairement inadéquats, voire médiocres. Les surfaces de ces derniers par cent détenus varient dans des proportions reflétant l'extrême dénuement de certains sites.

Les écarts en personnels de santé sont plus considérables encore : le ministère des affaires sociales et de la santé a principalement établi les effectifs budgétaires en fonction de la capacité théorique en détenus, alors qu'elle est en moyenne dépassée de 30 %. Les indicateurs témoignent de l'ampleur des écarts : de 0,6 ETP médical par 100 détenus en Guyane, 0,4 à la Martinique voisine, à 0,2 à Basse-Terre. En Guadeloupe, on affiche 4,5 ETP paramédical par 100 détenus à Baie-Mahault et 1,9 à Basse-Terre, à une heure de route ; ces personnels sont encore moins nombreux en Nouvelle-Calédonie.

De surcroît, le temps de présence effective des soignants auprès des détenus est fréquemment inférieur aux données affichées, sans qu'il y soit remédié : d'une part, les vacances d'emploi ou les congés de longue durée ne sont pas rares ; d'autre part, il y a de fréquentes présomptions que la semaine de 35 heures n'est pas systématiquement respectée.

Quant aux dépenses effectives, de fréquents reports de charges sur l'exercice suivant, faute de crédits de paiement permettant de faire face au minimum nécessaire, en rendent illusoire la présentation par exercice.

Ces manquements sont dénoncés régulièrement par le contrôleur général des lieux de privation de liberté. Par ailleurs, l'affiliation des détenus à la sécurité sociale laisse parfois à désirer, au point de priver de protection sociale leurs ayants-droits, voire les détenus eux-mêmes à leur sortie, aggravant leur précarité en cas de longue maladie ou d'affections chroniques. L'annexe n° 16 précise ces constats.

IV - Permanence des soins et urgences : une situation tendue

Malgré certains progrès, l'isolement de dizaines d'îles ou de secteurs éloignés du système de soins continue inévitablement à poser des problèmes aigus de permanence des soins et d'urgences, avec en corollaire la nécessité plus fréquente qu'ailleurs de recourir à des évacuations sanitaires.

A - Les limites de la permanence des soins ambulatoires

La permanence des soins ambulatoires, destinée à répondre aux demandes de soins la nuit, les fins de semaine et les jours fériés, rencontre de multiples écueils. En Guyane, le cinquième de la population vit à l'écart de tout médecin libéral et de toute desserte routière ou aérienne. Deux hôpitaux avec 18 centres délocalisés de soins et de prévention, en premier recours, une clinique, une maison médicale à Cayenne (où est organisé l'unique secteur de garde, avec 26 médecins volontaires) et une maison de santé pluridisciplinaire⁵⁹ y assurent la permanence des soins. Officines pharmaceutiques, chirurgiens-dentistes et kinésithérapeutes assurent des permanences de fin de semaine. Le forfait d'« effectation »,

⁵⁹ L'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) dénombrait en janvier 2013 dans les DOM quatre maisons de santé, soit trois fois moins par département qu'en métropole (287).

c'est-à-dire par cas d'intervention médicale, y atteignait en 2013 jusqu'à 496,80 € par jour, l'un des plus élevés de France.

En Guadeloupe, le respect du cahier des charges appelle une meilleure organisation, annoncée par l'ARS ; faute d'une bonne coordination entre les secteurs et tours de garde des médecins et des pharmaciens, un long trajet de nuit peut être nécessaire pour obtenir le traitement prescrit. La Martinique a une densité en généralistes comparable à celle de la métropole, mais 19 % seulement effectuaient des gardes en 2010 (30 % en 2008) : cette désaffection se poursuit et la surcharge en résultant pour les ultimes volontaires démobilise ces derniers. Le nombre d'appels régulés par le centre 15 a plus que doublé en une décennie, ce qui devrait alléger la charge des services d'urgence, mais ces derniers restent surchargés par 100 000 passages annuels non suivis d'hospitalisation et dont une partie relèverait de la consultation de généralistes. Les temps de trajet dissuadent des praticiens de se déplacer. De 2006 à 2012, quatre découpages incohérents y ont été superposés : sept secteurs de garde médicale, trois de pharmacie, quatre de permanence ambulancière et quatre autres pour les urgences. Une rationalisation de cette cartographie est en cours.

À Mayotte, les très rares généralistes libéraux ne peuvent assurer la permanence des soins. L'ARS l'a confiée aux quatre « centres de référence » déconcentrés du centre hospitalier, assimilables à de très petits hôpitaux locaux. À l'hôpital polynésien de Raiatea (Polynésie française), « l'organisation théorique de la permanence médicale » ne fonctionne en partie que de 7 h 30 à 15 h 30, suivie d'astreintes à domicile, et peine à être déployée, en raison des vacances d'emploi. En Nouvelle-Calédonie, les centres médico-sociaux disposent généralement d'une infirmière de garde, qui peut appeler un médecin, mais les fréquents remplaçants ne sont pas toujours formés aux urgences. À Saint-Pierre et Miquelon, les urgences assurées par le centre de santé de la caisse de prévoyance sociale ont donné lieu à « de nombreux incidents, parfois anecdotiques mais entretenant un sentiment d'insécurité face aux aléas », selon une enquête de 2011 de la direction générale de l'offre de soins.

Dans un contexte de fréquente pénurie médicale, les risques de pertes de chance résultant de lacunes dans la permanence des soins sont plus élevés qu'en métropole, alors même que l'accès aux urgences hospitalières y est souvent moins facile.

B - Des services d'urgence hospitaliers souvent en surcharge

Dans les DOM, 590 000 passages ont été recensés en 2012 dans les services d'urgence hospitaliers, en faible augmentation depuis 2007 au regard de la croissance démographique. Les taux de recours aux urgences sont dans la moyenne nationale en Guyane (0,39 % des forfaits d'accueil et traitement des urgences nationaux, pour 0,37 % de la population en 2012, selon l'ATIH) et en Martinique (0,62 % pour 0,60). Ces taux de recours sont inférieurs en Guadeloupe (0,49 % pour 0,62 %) et à La Réunion (0,85 % pour 1,28 %), ainsi que pour celles non suivies d'une hospitalisation en court séjour. La Guyane est bien organisée, mais elle n'a pas d'unités de soins intensifs spécialisés (cardiologiques, neuro-vasculaires, réanimation pédiatrique). Aucune collaboration n'existe avec les spécialistes libéraux. Une forte proportion d'urgences relève en fait des généralistes libéraux, témoignant d'un accès difficile à ceux-ci, qui ne participent d'ailleurs ni à la régulation du centre 15 ni au dispositif de « correspondant SAMU ». Cela appelle un rééquilibrage entre médecine ambulatoire et hospitalière (La Réunion, mieux dotée en médecins libéraux, ne facture que 0,85 % des forfaits pour 1,3 % de la population française).

En Guadeloupe, les passages aux urgences augmentent de 2,6 % par an depuis 2007, malgré l'ouverture de maisons médicales de garde. Les généralistes ne participent pas à la régulation au centre 15, qui reçoit au demeurant une part importante d'appels non urgents ou sociaux. En Martinique, les trois récentes maisons médicales de garde allègent la charge des urgences, mais le partage des tâches reste à optimiser. L'ARS a demandé fin 2013 au préfet la réquisition de médecins pour l'une d'elles, seulement 5 des 40 généralistes du secteur ayant été volontaires.

Les difficultés d'accès aux urgences sont aggravées par l'isolement d'une partie des territoires : lors du diagnostic national relatif à l'accès aux soins urgents effectué en 2012, les DOM figuraient parmi les régions où la durée moyenne d'accès était supérieure à 30 minutes (avec la Corse et la Franche-Comté). Comme en métropole, la mise en place de médecins correspondants de SAMU, l'informatisation des services d'urgence, la synthèse de leurs données par le ministère et le développement de leurs répertoires opérationnels des ressources constituent des enjeux majeurs.

Un observatoire régional des urgences, comme préconisé en métropole, serait particulièrement nécessaire dans ces régions face à leurs

risques spécifiques. En Nouvelle-Calédonie, les centres médicaux, fréquemment isolés, traitent les urgences, mais le médecin y est souvent seul, en astreinte de fait permanente. L'augmentation du nombre annuel de passages aux urgences du centre hospitalier territorial a été considérable dans la période récente, mais le pourcentage de ceux conduisant à une hospitalisation a régressé de 18 % à 14 %.

C - Des évacuations sanitaires aux problématiques très spécifiques

L'insularité et l'absence de certaines spécialités outre-mer suscitent un nombre élevé d'Évasan (évacuation sanitaire), généralement par voie aérienne. L'organisation en est souvent complexe et les coûts élevés. En Guyane et surtout à Mayotte s'y ajoutent les difficultés spécifiques liées à la prise en charge de patients non assurés sociaux, qui sont le plus souvent des étrangers en situation irrégulière. Les risques sont plus grands que lors de transferts inter-hospitaliers en métropole.

Le SAMU de la Martinique effectue deux ou trois Évasan inter-îles par semaine, de Guadeloupe et de Guyane (350/an) comme d'autres pays : métropolitains résidant dans la région ou de passage, étrangers d'autres îles de la Caraïbe, touristes de pays divers. Le recours aux personnels du SAMU pour des durées d'au moins trois jours, compte tenu des temps de vols et des délais pour le retour, augmente le coût et le temps de gestion des évacuations vers la métropole, parfois vers d'autres pays de l'Union européenne, voire l'Amérique du nord. Les évacuations concernent notamment des enfants (une sur cinq), des grands brûlés et des indications cardiologiques hors de portée des CHU antillais. À La Réunion, la coordination avec la médecine de ville reste à améliorer, mais la régulation médicale (SAMU et association réunionnaise des régulateurs libéraux d'exercice libérale) est assurée au sein du centre 15 durant les heures de permanence des soins par des médecins libéraux volontaires.

Des dysfonctionnements dans la gestion d'évacuations sanitaires

En 2012, la justice est saisie du décès d'un patient et d'une équipe médicale venue de Martinique, à bord d'un avion affrété et abîmé en mer peu après son décollage de l'aéroport français de l'île de Saint-Martin. Il n'en a été rendu compte avec précision à l'administration centrale du ministère des affaires sociales et de la santé qu'un an plus tard, après enquête de la Cour sur les modalités financières et le statut de cette intervention. L'enquête diligentée par le directeur général de l'ARS⁶⁰ a conclu que les protocoles de prise en charge n'étaient pas suffisamment formalisés, que le circuit des autorisations de missions n'était pas toujours validé avant l'accident de 2012, que les coûts sont mal connus, que les relations avec les transporteurs aériens étaient insuffisamment encadrées par des conventions, et que « certains professionnels de santé pourraient avoir des conflits d'intérêt personnels amenant à transformer en Évasan des rapatriements n'ayant pas toujours besoin d'un accompagnateur médical ». Selon le ministère, le dossier a été intégralement transmis à la justice et des réorganisations ainsi que des changements de prestataires ont été opérés.

Dans un autre cas, la justice a été saisie de documents établissant la rémunération d'un praticien hospitalier par un transporteur étranger.

À Mayotte, un « comité Évasan » réunit une fois par semaine le médecin conseil de la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) et le président de la commission médicale d'établissement pour programmer les évacuations ou valider celles effectuées en urgence ; cette procédure gagnerait à être formalisée.

Le paiement par la CSSM au CHU de La Réunion de factures de prises en charge par ce dernier (16,6 M€ payés en 2012, sur la base de prix de journée, solde 2013 encore non versé en février 2014) a été retardé par un désaccord qui aurait dû être plus promptement tranché par la tutelle ; début 2014, la CSSM n'avait encore payé ni les 13,8 M€ de prestations 2013 ni 5,3 M€ de dettes antérieures.

⁶⁰ ARS, *Enquête administrative portant sur les EVASAN urgentes du centre hospitalier universitaire de Martinique*, décembre 2012 et février 2013.

Les difficiles évacuations de Nouméa vers Paris en cas d'hépatite fulminante

Des difficultés sont rencontrées pour évacuer de Nouméa des patients atteints d'hépatites fulminantes. Leur traitement relève d'une greffe de foie qui ne peut être réalisée qu'en métropole (les pays voisins n'en effectuent que sur leurs ressortissants). De 2009 à août 2013, l'hôpital a admis 23 patients présentant une hépatite fulminante, dont 8 relevaient d'une indication de transplantation. Il s'emploie à accélérer leur prise en charge locale en vue d'une évacuation précoce, mais, en l'absence de vols sans changement d'avion pour Paris, plusieurs obstacles retardent leur départ, au prix de pertes de chance qui peuvent être fatales. Les horaires de réservation auprès des compagnies sont restreints (le service des transports exceptionnels d'Air France est ouvert seulement de jour en métropole, ce qui peut retarder de ce seul fait l'évacuation pendant de longues heures), et il n'y a pas de civières adaptables à l'ancrage dans des avions différents, seraient-ils du même constructeur (les DOM sont, eux, le plus souvent desservis de et vers Paris sans changement d'appareil).

Il conviendrait que les acteurs concernés mettent en place des procédures adaptées (DGOS, SAMU, agence de la biomédecine, direction générale de l'aviation civile). Cette dernière reconnaît que « *la véritable difficulté est le préavis de 48 heures demandé par [Air France] pour une mise à disposition d'une civière et d'oxygène* », disponibles uniquement à Roissy. Elle a, depuis l'enquête de la Cour, identifié les améliorations souhaitables. À la suite du constat de la Cour, Air France a ainsi pré-positionné une civière à l'aéroport de Tokyo.

La caisse de prévoyance sociale de Polynésie française est la seule institution à disposer d'une antenne à Paris pour l'accueil et le suivi des patients ainsi évacués. Elle en a réduit le nombre de salariés en confiant la gestion des évacuations vers la métropole et vers la Nouvelle-Zélande à une société d'assistance. Une société de transport aérien complète le recours aux vols réguliers. Comme ailleurs, les forces militaires assurent un ou deux fois par mois en moyenne des évacuations difficiles à réaliser autrement : hélitreuillages en mer, îles les plus éloignées ; il peut en coûter jusqu'à plusieurs dizaines de milliers d'euros pour une évacuation vers Papeete. Afin d'en limiter le nombre, la formation des personnels sanitaires des îles, souvent isolés, a été développée, avec près d'un millier d'agents formés en 2011 puis en 2012 ; cette charge est alourdie par leur fréquent renouvellement. Certains patients sont transférés sous assistance circulatoire mécanique, technique lourde qui exige des équipes expérimentées, de quatre personnes au lieu d'une ou deux, et un matériel important. Les ministères concernés n'ont pas vérifié si les moyens et les

crédits affectés aux évacuations et aux séjours des patients sont répartis de manière équitable et optimale entre les outre-mer où ils sont de la responsabilité de l'État.

L'absence d'obligation de service public en ce domaine comme en matière d'acheminement des médicaments est une lacune d'autant plus anormale que des compagnies desservant les outre-mer bénéficient, directement ou au travers des achats de billetterie sur deniers publics, de concours publics importants⁶¹ (cf. annexe 19).

Des coopérations internationales à élargir

De nombreuses coopérations régionales sont développées en liaison avec l'Organisation mondiale de la santé et des organisations régionales. Le ministère des affaires étrangères a désigné trois ambassadeurs de la coopération régionale, y compris en matière de santé, dans les Caraïbes, l'Océan indien et le Pacifique sud. Les cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) constituées au sein des ARS développent des collaborations et protocoles d'échanges d'informations épidémiologiques avec les pays voisins des DOM. Ainsi, à la suite de la crise du chikungunya à La Réunion en 2006, une unité de veille et un réseau de surveillance et d'investigation des épidémies ont été créés avec des pays membres de la Commission de l'océan indien. Le réseau de surveillance épidémiologique et gestion des alertes de l'Océan indien) qui comprend l'Union des Comores, Madagascar, La Réunion, Maurice et les Seychelles est financé par l'AFD (5,6 M€ entre 2008 et 2012). La coopération interrégionale entre les Antilles et la Guyane et les pays des Caraïbes est jugée insuffisamment structurée, mais le programme européen Interreg IV a apporté 3,4 M€ à l'observatoire de lutte contre le VIH, dont le CHU de Guadeloupe est chef de file. En Martinique, le CHU s'est investi dans l'aide consécutive au séisme du 12 janvier 2010 en Haïti, pour un coût qu'il estime proche de 3 M€.

⁶¹ Une obligation de service public est une norme d'exploitation, édictée par l'État, auxquelles les transporteurs aériens souhaitant exploiter la liaison sur laquelle elle est imposée doivent se plier : fréquence de desserte, type d'appareil utilisé, horaires, tarifs de la liaison, exigences en termes de continuité d'exploitation, etc. (article R. 330-7 du code de l'aviation civile).

Le fonds de coopération économique, sociale et culturelle pour le Pacifique (ministère des affaires étrangères) a apporté 345 650 € en 2012 à neuf recherches bénéficiant entre autres à la Nouvelle-Calédonie (leptospirose, recherche antivectorielle, notamment.) et à la Polynésie française (épidémiologie et prévention du suicide en particulier). La France a incité à créer le réseau océanien de surveillance de la santé publique, qui associe les États, territoires et organisations de la Communauté du Pacifique sud pour la surveillance des maladies à potentiel épidémique et l'action sanitaire urgente. Le bilan du Plan stratégique « Halte à la tuberculose dans le Pacifique occidental » (2006-2010) reste toutefois à établir ; son but était de réduire de moitié les taux de prévalence et de mortalité d'ici à 2015 par rapport à 2000, conformément aux objectifs de développement pour le Millénaire des Nations-Unies. Plusieurs liens avec des hôpitaux de pays voisins peuvent aussi contribuer à mieux répondre à des demandes étrangères de soins⁶². Le renforcement de ces coopérations est indispensable avec les Comores et le Surinam pour réduire les flux transfrontaliers.

S'agissant, des urgences collectives (crises sanitaires, catastrophes), la cellule de crise du ministère des affaires sociales et de la santé intervient en tant que de besoin, en activant l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS). Dans ce domaine, une revue spécialisée⁶³ a noté la robustesse de l'appareil de veille sanitaire métropolitain, mais qualifié de « *pauvres* » les dispositifs en vigueur à Wallis-et-Futuna, Mayotte, Saint-Pierre et Miquelon, d'inégaux ceux de Polynésie française, et suggéré de renforcer les dispositifs d'alerte épidémique. Un renforcement de la coopération internationale apparaît à cet égard souhaitable.

Plusieurs établissements ont par ailleurs regretté que la coopération interhospitalière, localement ou inter-îles, ne soit pas plus largement développée.

⁶² En 2011, 3 018 des 37 951 avis médicaux français sur les demandes de titre de séjour pour des étrangers malades ont concerné les DOM, avec un pourcentage d'avis favorables de 80,8 % (contre 75,2 %, France entière), mais la plupart des patients arrivant en Guyane et à Mayotte en sont dépourvus.

⁶³ J. Jones et al. *Epidemiology, Surveillance And Control Of Infectious Diseases In The European Overseas Countries And Territories, Eurosurveillance, Volume 16, Issue 29, 21 July 2011.*

V - Les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle : un développement inégal

L'amélioration des systèmes de santé dans les outre-mer ne pourra avoir d'impact structurel à un coût réduit qu'avec un développement des soins ambulatoires et des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle.

A - La chirurgie ambulatoire

Comme en métropole, la chirurgie ambulatoire s'est développée avec retard. L'écart avec la métropole tend toutefois à se réduire aux Antilles (Martinique surtout) et à La Réunion. Comme ailleurs, les taux les plus élevés concernent la chirurgie du cristallin. En Nouvelle-Calédonie, une étude de la caisse de sécurité sociale a montré en 2009 une typologie de tels actes proche de celle de la métropole et dominée par l'ophtalmologie, l'orthopédie et l'urologie. Elle bénéficie essentiellement à des patients du grand Nouméa. Cela pourrait inciter à développer des solutions autres que l'hospitalisation de nuit, et notamment les actes ambulatoires en province nord. À Papeete, une partie de l'activité ambulatoire est intégrée à l'hôpital de jour du centre hospitalier ; ses 9 lits sont utilisés par les ophtalmologistes, les ORL, les gynécologues et les gastro-entérologues (2 214 patients en 2012).

Tableau n° 10 : taux de chirurgie ambulatoire, DOM, 2008 à 2011

	Taux de chirurgie ambulatoire			
	2008	2009	2010	2011
Guadeloupe	24,3	27,9	29,9	31,0
Martinique	18,7	19,4	21,4	21,1
Guyane	6,4	8,9	7,1	12,8
La Réunion	23,4	25,9	23,2	29,2
National	26,4	28,8	30,2	32,3

Source : ATIH

B - L'hospitalisation à domicile

Plus récente qu'en métropole, l'hospitalisation à domicile (HAD) s'est développée au point d'atteindre un taux en journées par 100 000 habitants double de celui de la métropole (moyenne 2012 : 14 776 journées contre 6 095). Le taux par 100 000 habitants est particulièrement élevé en Guadeloupe (25 390 journées), soit le quintuple de la Martinique

(5 603 journées), et en Guyane (18 875), soit une activité parfois très supérieure à la moyenne nationale. Le manque de places en soins de suite et de réadaptation, en services de soins infirmiers à domicile et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en est une des explications. À La Réunion, le taux est de 9 144 jours. Trois facteurs sont avancés⁶⁴ : l'HAD serait plus facilement utilisée faute de places en hospitalisation conventionnelle; malgré de mauvaises conditions d'habitat, les solidarités familiales jouent, les familles acceptant plus facilement les contraintes liées à ce type de prise en charge; la forte densité d'infirmiers libéraux, couplée à une faible offre en soins de suite et en structures médico-sociales, peut aussi faciliter le recours à l'HAD.

Il n'y a cependant pas d'analyse fine de l'activité par structure pour vérifier si certaines indications ne sortent pas des critères de recours à ce type d'hospitalisation. Tout en encourageant l'HAD, les ARS (notamment en Guyane et en Guadeloupe) ont relevé la nécessité d'éviter le morcellement des structures et, surtout, de veiller à la pertinence des indications par rapport aux autres prises en charge à domicile, ainsi qu'à la sécurité et à la continuité des soins. À Mayotte, la création de places reste à l'état de projet, comme en Nouvelle-Calédonie. À Papeete, une activité d'HAD est adossée au centre hospitalier.

C - La télémédecine

Les ARS ont été encouragées à affecter des crédits d'assurance maladie à cet effet, sans majoration de leurs enveloppes globales. En 2013, des expérimentations étaient jugées par elles encourageantes, de nombreux projets étaient annoncés pour 2014, notamment en Martinique ; peu de dispositifs étaient parvenus à maturité. Deux projets Antilles-Guyane sont annoncés, pour le cancer (imagerie, anatomo-pathologie) et la radiologie (examens, soins radiologiques). Le plan cancer III 2014-2019 comprend une action en ce sens : « *développer la télémédecine notamment pour les départements d'outre-mer* ».

À l'écart des grands réseaux à haut débit et interconnectés seulement depuis 2012, La Réunion et Mayotte ne pouvaient jusqu'à

⁶⁴ Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, *Les services à domicile sanitaires, sociaux et médico-sociaux, Quels enseignements pour la stratégie nationale de santé ?* Paris, 2013.

récemment accéder à des outils aussi performants qu'en métropole⁶⁵ ; les crédits informatiques prévus ont été réaffectés à des investissements immobiliers. L'ARS constate que « *le retard pris dans la modernisation des systèmes d'informations ne permet pas aux établissements réunionnais d'atteindre les prérequis du programme national Hôpital Numérique. Il est donc fort peu probable que l'enveloppe allouée de 4 282 000 € puisse être consommée dans sa totalité, ce qui accroît encore l'écart avec [la] métropole* ». La Guyane, bénéficiant de meilleures infrastructures, pallie la faiblesse de sa démographie médicale par des réseaux ou expérimentations de consultation à distance, de télé-interprétation de fond d'œil, de télé-échographie, mais le débit insuffisant des accès y demeure un handicap.

L'éloignement de ses îles a fait de la Polynésie française un précurseur en matière de télémedecine : dès 1991, des électrocardiogrammes étaient échangés entre les urgentistes hospitaliers et les îles. À l'arrivée d'internet en 2000, les échanges s'étendent à des photos de patients et d'imagerie radiologique. À la création du SAMU en 2005, une régulation par des médecins dédiés à cette tâche a été instaurée avec des images fixes. Depuis peu, la transmission à très haut débit d'images animées est expérimentée avec trois îles éloignées, ce qui peut être utile pour des cas très spécialisés, mais serait onéreux à généraliser. L'instabilité du personnel médical, comme celle évoquée plus haut à propos de Mayotte, n'est pas propice au développement de la télémedecine, qui suppose une organisation médicale éprouvée et stable. S'y ajoute un problème de rémunération : les médecins libéraux participent généralement aux expérimentations de manière bénévole. Les médecins hospitaliers y sont surreprésentés, ce travail étant inclus dans leur service de base.

Sans méconnaître les difficultés liées à la couverture en haut débit de l'outre-mer, le développement de la télémedecine continuera un progrès, tant pour l'égalité des chances que pour la qualité des soins.

⁶⁵ Les grands opérateurs privés de télécommunication, peu nombreux dans l'océan indien, ont limité leurs investissements outre-mer à cause de la petitesse du marché, et usent parfois de positions monopolistiques. Les éditeurs de progiciels ne sont guère représentés sur place, ce qui ne facilite pas le soutien technique dont auraient besoin des équipes hospitalières restreintes.

VI - La gestion des ressources humaines : un enjeu essentiel

Relever tous les enjeux de situations sanitaires marquées par des difficultés nombreuses et souvent de grande ampleur exige que l'appareil de soins puisse à tous les niveaux et dans toutes ses composantes disposer des professionnels nécessaires et en assurer la gestion immédiate et prévisionnelle la plus efficiente possible. Qu'il s'agisse de la médecine ambulatoire ou du secteur hospitalier, les difficultés sont considérables à cet égard. Quelques exemples l'illustrent ici (cf. aussi l'annexe 23 à propos du centre hospitalier de Cayenne).

A - Le vieillissement des professionnels de santé : des difficultés accrues à anticiper

L'âge moyen des médecins en activité régulière dépasse 50 ans sauf pour les généralistes de Guyane et de Mayotte ; en Polynésie française, un tiers des praticiens déclarant être actifs ont plus de 54 ans. Certaines zones ont un tiers de médecins de plus de 60 ans ; certains DOM n'ont plus aucun spécialiste de moins de 60, voire 65 ans dans des disciplines telles que l'oncologie. Il en résulte un risque de régression des effectifs libéraux ou hospitaliers, là où la perception d'un manque d'attractivité dans la profession perdure, comme à Mayotte, ou se développe. Ce risque est substantiel en Guyane⁶⁶.

Dans les DOM, les généralistes des cantons les moins bien dotés sont aussi parmi les plus âgés, ce qui annonce des difficultés de maintien à terme de leurs cabinets. Le vieillissement de la population médicale - salariée et libérale - devrait conduire à mettre en place une politique de renouvellement qui est à ce jour à peine esquissée. Les médecins âgés de 65 ans et plus - qui demeurent partiellement actifs, quoique déjà en quasi-totalité retraités - sont en moyenne 16 % contre 23 % dans cette tranche d'âge en métropole.

⁶⁶ Les champs statistiques varient selon les sources : ainsi les « actifs à part entière » de la CNAMTS excluent les médecins installés dans l'année, ou actifs après 65 ans, ou praticiens hospitaliers à temps plein, ou non conventionnés, soit outre-mer 317 médecins et 61 M€ de chiffre d'affaires.

Tableau n° 11 : répartition des médecins par âge⁶⁷

1.1.2013	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Wallis et Futuna	Saint-Pierre et Miquelon	Mayotte	Polynésie Française	Nouvelle-Calédonie	total	Métropole
>=65 ans	19	22	14	13	13	29	6	17	14	16	23
55-64 ans	31	29	27	28	69	24	27	28	30	28	32
50-54 ans	15	14	12	14	13	19	14	18	18	14	14
45-49 ans	11	11	10	12		19	13	14	11	12	10
40-44 ans	11	9	14	11	6	10	12	12	11	11	8
35-39 ans	8	8	12	11			15	8	9	10	7
<= 34 ans	6	8	9	10			13	4	7	9	7
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Nombre</i>	<i>1247</i>	<i>1180</i>	<i>538</i>	<i>2650</i>	<i>16</i>	<i>21</i>	<i>175</i>	<i>642</i>	<i>807</i>	<i>5827</i>	<i>266 202</i>

Source : Ordre national des médecins, 2013. Tous modes d'exercice (libéral, salarié, public, privé). Deux médecins conventionnés seulement à Mayotte.

Ce tableau 11 montre que les 55-64 ans dépassent 27 % partout ailleurs (sauf à Saint-Pierre et Miquelon). C'est certes moins qu'en métropole (32 %), mais les départs massifs à la retraite commencent alors que les établissements et les organisations professionnelles font état de difficultés pour attirer outre-mer de nouveaux médecins.

Le solde des arrivées et des départs reste certes positif, sauf en Martinique qui n'est pas le département le plus mal doté, et à Mayotte en ce qui concerne les médecins libéraux. Il n'est toutefois pas certain que cette tendance suffise à rapprocher les densités ni qu'elle soit de nature à éviter que la croissance démographique attendue ne creuse davantage de tels écarts. Ainsi, nombre d'arrivants à La Réunion se sont installés sur la côte ouest, cadre de vie attrayant mais déjà médicalement saturé. De surcroît, beaucoup de praticiens déplacent leur cabinet d'un outre-mer à un autre, ce qui n'augmente pas leur nombre global.

⁶⁷ Le nombre de médecins en activité recensés en Nouvelle-Calédonie est de 657 au 15 septembre 2013, soit moins que l'ordre national des médecins n'en décompte, sans que cette différence n'ait reçu d'explication. Médecins hospitaliers inclus (ils ne le sont pas dans les deux tableaux suivants).

La situation est variable dans les autres professions. Les *infirmiers* sont plus jeunes, formés le plus souvent sur place et ne posent guère de problèmes de recrutement. En Nouvelle-Calédonie, les problèmes de sécurité constituent cependant une difficulté pour les infirmières ou les sages-femmes isolées. En Polynésie française, la réactivation annoncée de l'obligation pour les infirmiers intervenant uniquement à domicile de supporter les coûts d'installation d'un cabinet est vivement critiquée par eux. Quant aux personnels de santé des DOM relevant de l'action sociale et médico-sociale, le ministère des affaires sociales ne dispose pas de statistiques complètes et récentes qui permettent d'en analyser la composition. Ce serait pourtant une information utile pour assurer un minimum de pilotage. En tout état de cause, ces problématiques de recrutement doivent d'autant plus être anticipées que, à l'encontre de l'image idyllique des séjours outre-mer, certains environnements peuvent apparaître parfois peu attrayants, du fait notamment des difficultés à trouver un emploi pour le conjoint, des conditions de scolarisation des enfants jugées parfois, insatisfaisantes, des tensions provoquées par une précarisation croissante des patients, notamment lorsque des effets de seuil les privent de dispositifs comme la couverture maladie universelle complémentaire (CMU- C). Dans les zones isolées, la difficulté de se faire remplacer et la nécessité d'être disponibles 24h sur 24⁶⁸ contribuent à dissuader les professionnels de santé de venir ou de rester, d'autant que peuvent se poser des questions de sécurité. Ces constats justifient qu'une concertation s'engage avec les professions concernées dans le cadre du volet outre-mer de la stratégie nationale de santé.

La sécurité des professionnels de santé et de leurs familles

La stabilité et la répartition des professionnels de santé sont affectées par le fait que certains quartiers ou secteurs ruraux sont perçus comme de plus en plus dangereux, qu'ils y aient leur domicile ou leur cabinet : cambriolages à répétition, agressions même si les visites à domicile sont parfois sécurisées par des « grands frères » respectés. Il arrive que de nouveaux arrivants repartent prématurément pour la métropole. Sans une énergique sécurisation des conditions de vie là où l'État est perçu comme défaillant à cet égard, les perspectives en matière d'attractivité pour les professionnels de santé deviendraient plus sombres encore.

⁶⁸ Cf. *infra* à propos des urgences.

B - Des niveaux de rémunération libérale parfois élevés

Les ressources fréquemment faibles des patients d'outre-mer peuvent limiter leur accès aux soins. Par contraste, les statistiques font apparaître des niveaux parfois très élevés d'honoraires par rapport à ceux de métropole. Le tableau ci-après montre les écarts par départements (voir l'encadré méthodologique à la page suivante).

Tableau n° 12 : écarts d'honoraires médicaux, secteur libéral

	Nombre	Moyenne annuelle, €
<i>Omnipraticiens libéraux</i>		
Guadeloupe	275	159 885
Martinique	235	161 093
Guyane	79	205 940
La Réunion et Mayotte	724	225 660
<i>Métropole</i>	<i>53 855</i>	<i>141 357</i>
<i>Polynésie française</i>		<i>77 847</i>
<i>Spécialistes libéraux</i>		
Guadeloupe	200	301 570
Martinique	145	264 092
Guyane	34	239 732
La Réunion et Mayotte	360	331 736
<i>métropole</i>	<i>43 375</i>	<i>273 377</i>
<i>Polynésie française</i>		<i>185 096</i>
<i>Auxiliaires médicaux libéraux</i>		
Guadeloupe	1 174	101 762
Martinique	1 192	98 684
Guyane	249	101 747
La Réunion et Mayotte	2 387	98 446
<i>Métropole</i>	<i>140 085</i>	<i>72 579</i>

Sources : CNAMTS, actifs à part entière ; Caisse de prévoyance sociale Polynésie française.

Tableau n° 13 : honoraires bruts par spécialités, DOM, 2011

DOM 2011, actifs à partir entière	Nom- bre	Honoraires(€)		Dont par tranches de milliers €/an							
		moyens	maximal	195 à 300	300 à 450	450 à 600	600 à 750	750 à 900	900 à 1 200	1 200 à 1 500	plus de 1 500
Radiologie	93	594 505	1 676 120	2	19	22	18	11	7	1	4
Cardio-vascu.	68	339 745	662 783	25	23	13	3				
Néphrologie	14	337 436	518 991	2	3	6					
Stomatologie	13	330 625	1 214 222	4	1	1	1			1	
Ophthalmol.	75	330 621	944 201	19	25	9	3	2	1		
Chir. Orthop.	16	327 734	547 116	3	7	3					
Anesthésie-ré.	49	317 255	642 743	18	16	5	1				
Pneumologie	15	263 607	572 215	7	3	1					
Gastro-entér.	33	249 637	519 549	9	9	2					
Oto-rhino-lar.	32	246 121	595 278	11	8	2					
Gynécologie	90	243 601	611 663	28	19	8	1				
Chirurgie	44	233 064	546 302	12	10	3					
Neurologie	15	209 539	692 844	6	1		1				
Omnipratici.	1 349	194 815	1 031 443	395	150	31	3	4	1		
Dermato-vén.	38	190 349	374 200	14	4						
Pédiatrie	52	178 468	417 981	15	5						
Psychiatrie	37	163 140	391 375	10	2						
Rhumatologie	19	160 091	268 552	4							
Chirurgie plast.	11	150 119	326 902	1	1						
Endocrino.mé	15	117 624	227 472	2							
Infirmiers	2 761	117 907	604 323	241	31	3	1				
Masseurs-kin.	1 425	80 865	330 462	20	6						
Sages-femmes	171	74 623	304 424	1	1						
Orthoptistes	41	70 134	266 195	2							
Orthophonistes	413	51 808	153 677								
Pédicures	108	3 176	97 468								
Total	6 997			851	344	109	32	26	9	2	4

Source : CNAMTS, actifs à part entière

Précautions méthodologiques

Les « honoraires » évoqués dans ces tableaux 12 et 13 sont à interpréter avec précaution, comme en métropole. D'une part, sont à en déduire les frais professionnels : locaux, secrétariat, formation, déplacement, remplaçants ayant le même numéro professionnel, charges sociales non prises en charge par l'assurance maladie. D'autre part, s'y ajoutent les dépassements non déclarés, les honoraires reçus de cliniques privées, les expertises et actes effectués pour des non-assurés sociaux. Par ailleurs, certains professionnels n'exercent qu'à temps partiel (231 professionnels des DOM ont facturé en 2011 moins de 15 000 €, et 190, entre 15 000 et 30 000 €).

Une autre approche est celle de l'ensemble du chiffre d'affaires professionnel (et non pas seulement des prises en charge par l'assurance maladie). Dans les quatre DOM hors Mayotte, les médecins libéraux ont globalement un résultat fiscal inférieur de 10 % à leurs confrères métropolitains, mais pour des patients dont le pouvoir d'achat est très inférieur à la moyenne nationale.

Tableau n° 14 : chiffre d'affaires et résultat fiscal, DOM, 2011⁶⁹

2011 Code activité	Praticiens	1. Chiffre d'affaires M€	2. Résultats fiscaux M€	% DOM (2/1)	% 2/1 Métro- Pole
8621Z Médecins généralistes	1 743	385,5	158,8	41 %	45 %
8622A Radiothérapie et diag.	71	29,2	7,7	26 %	30 %
8622B Activités chirurgicales	47	11,5	6,6	57 %	50 %
8622C Autres spécialistes	540	122,2	53,8	44 %	49 %
851C Pratique médicale	3	0,4	0,3	75 %	56 %
Total /moyenne 4 DOM	2 404	549	227	41 %	
Métropole	117 608	24 158	10 840		45 %

Source : DGFIP, Bureau des statistiques fiscales

C - L'effet des majorations géographiques sur le coût de la vie dans les outre-mer

Les majorations dont bénéficient les professionnels libéraux et les fonctions publiques outre-mer sont instituées notamment pour tenir compte des surcoûts de la vie par rapport à la métropole.

⁶⁹ Le résultat fiscal ou imposable représente ici la différence entre les recettes de l'activité libérale (honoraires, expertises, indemnités, remboursements de frais par l'assurance maladie, en particulier.) et les dépenses de fonctionnement, avant impôt sur le revenu et hors des ressources non professionnelles. Les moyennes prennent en compte 1,9 M€ de résultats déficitaires dans les DOM. Les médecins déclarent les honoraires rétrocédés à leurs remplaçants (315 en 2011), qui, eux, ne les déclarent pas.

Les effets des coefficients géographiques

Pour les soins ambulatoires comme pour le secteur hospitalier, sont fixés des coefficients géographiques afin de prendre en compte des surcoûts considérés comme inhérents aux DOM-COM, hors Pacifique. Dans le secteur libéral, les négociations conventionnelles aboutissent, selon des méthodologies variables selon les périodes et les rapports de force, à des coefficients différents d'un outre-mer à l'autre. Dans les hôpitaux, les dotations hospitalières versées par l'assurance maladie tiennent « compte des surcoûts immobiliers, salariaux et fiscaux constatés dans certaines zones géographiques, ainsi que des charges spécifiques »⁷⁰. La Réunion a ainsi le coût moyen par équivalent temps plein hospitalier le plus élevé de France, loin devant l'Île-de-France, malgré un taux de charges sociales très inférieur (36 %) à la moyenne nationale qui est de 51 % selon un échantillon de 910 établissements. Alors que le revenu moyen outre-mer est sensiblement inférieur à celui de la métropole, ces majorations renchérissent le coût de la santé. Les coûts unitaires ainsi majorés ont pour effet d'augmenter les éventuels frais restant à la charge des patients et de réduire, pour une enveloppe donnée, le volume de consultations et de prises en charge.

Dans un avis du 8 septembre 2009, l'Autorité de la concurrence a indiqué que selon les relevés effectués par la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes sur un échantillon de 100 produits importés de métropole dans quatre DOM, les écarts de prix en magasin avec la métropole dépassaient alors 55 % pour plus de 50 % de ces produits. La plus récente enquête de comparaison des prix produite par l'INSEE a confirmé qu'en 2010 le niveau moyen général des prix était supérieur de 6 à 13 % selon les outre-mer. Les écarts les plus marqués concernaient les produits alimentaires: + 38,5 % pour la Guyane, + 29 % pour la Martinique, + 24 % pour La Réunion, + 22 % pour la Guadeloupe⁷¹. Aucune comparaison récente et plus fine du coût de la vie pour les familles des catégories socioprofessionnelles dont relèvent les personnels de santé n'a été produite.

⁷⁰ S'agissant de la fonction publique hospitalière, les agents fonctionnaires en service dans les DOM perçoivent une majoration de traitement indiciaire de 25 %. A cette indemnité de vie chère s'ajoute un complément qualifié de « temporaire », mais en réalité pérenne, de 10 % pour les fonctionnaires en service à La Réunion et de 15 % pour ceux de Guadeloupe, Martinique et Guyane (Mayotte atteindra de même une majoration total de 40 % en 2017, après des paliers annuels instaurés à cet effet en 2013.

⁷¹ Cf. Projet de loi relatif à la régulation économique outre-mer et portant diverses dispositions relatives à l'outre-mer, étude d'impact, Sénat, septembre 2012, page 9.

La Cour n'est pas à même d'apprécier si les multiples formes de compensation du coût de la vie sont à un juste niveau⁷². Mais l'existence de majorations des tarifs conventionnelles de rémunérations au travers des coefficients « géographiques » provoque de forts surcoûts pour l'assurance maladie. À ces majorations peuvent s'ajouter parfois dans certains établissements de santé des avantages divers tels que logement, nourriture, véhicule de fonction pour des médecins remplaçants. À l'effet « prix » qui en découle pour les soins, s'ajoute dans le secteur libéral un effet volume. La demande de soins est parfois si forte qu'elle entraîne des horaires de travail très lourds, les cabinets ouvrant avant le lever du soleil et fermant parfois tard. La durée moyenne d'une consultation est en revanche parfois très inférieure à celle de métropole du fait de la demande ou par choix du professionnel. On a pu observer jusqu'à une soixantaine de consultations quotidiennes pour un praticien. De même, des infirmiers interviennent à domicile avec une amplitude horaire dépassant celle de la métropole, ce qui conduit parfois à des conflits avec l'assurance maladie du fait de majorations tarifaires qui prêtent à discussion pour actes dits de « nuit » autour de 8 h ou 20 h.

L'importance des montants perçus n'empêche pas que des pressions parfois brutales ont été exercées sur des caisses de sécurité sociale pour obtenir des majorations supplémentaires, notamment en Guyane où a été revendiqué le bénéfice, jusqu'à présent refusé, d'un classement en zone franche pour bénéficier d'une exonération d'impôt au-delà de la réduction fiscale de 40 % déjà accordée dans certains secteurs.

⁷² Un cas différent est celui des écarts incohérents entre majorations de tarifs imposées par l'État à son Établissement français du sang : par exemple, 52,3 % en Martinique mais 31,3 % seulement en Guadeloupe alors que les indicateurs y sont particulièrement préoccupants : consommation croissante mais taux de destruction de réserves périmées très élevé, et médiocrité d'autres indicateurs. L'application de l'octroi de mer à ces produits issus de l'altruisme des donateurs de sang mériterait au demeurant d'être reconsidérée par les collectivités qui l'imposent.

D - La gestion du personnel hospitalier : un manque de rigueur préjudiciable

1 - Des sureffectifs chroniques

Le secteur hospitalier outre-mer fonctionne comme un « amortisseur social » avec pour conséquence des recrutements de personnels non médicaux en sureffectif, sous la pression syndicale ou politique. Près de la moitié des vingt établissements publics de santé, totalisant une quarantaine de sites, visités par la Cour ont fait état de sureffectifs et paraissent impuissants à y remédier. Depuis 2010, la vigilance des ARS et des directions a réduit le risque d'embauches ne correspondant pas aux nécessités les plus urgentes, mais leur autorité reste à renforcer face à des situations extrêmes, dont la charge pour l'assurance maladie est durable, au détriment du financement des soins.

L'intégration de 750 agents au centre hospitalier de Mayotte

De 2004 à 2009, l'État a transféré au centre hospitalier de Mayotte, au fil du regroupement par ce dernier des services sanitaires de cette île, la gestion de 750 agents locaux qui avaient antérieurement été recrutés par les services de l'État et des collectivités locales - sans garantie d'adéquation aux profils requis dans la fonction publique hospitalière. Certains étaient payés à l'heure. Un tiers d'entre eux ne maîtrisait pas le français ; cela incluait des chauffeurs dépourvus de permis de conduire. La gestion du centre, qui poursuit leur formation professionnelle, en a été durablement handicapée, aux dépens de l'assurance maladie.

Le ministère des outre-mer considère que des réductions d'effectifs amélioreront à terme la performance des structures hospitalières locales, sous l'effet des fins de contrats, des départs naturels à la retraite, ou de reconversions dans le secteur médico-social. Ces orientations rejoignent les observations de la direction de la sécurité sociale qui indique quelles sont, selon elle, les voies de redressement : « amélioration de la productivité des équipes, diminution des surcapacités et accompagnement à la mobilité des personnels ». Ces orientations, qui ne sont pas nouvelles, restent largement à concrétiser. À cette situation problématique s'ajoutent des pratiques critiquables dans la gestion du temps de travail.

L'onéreuse élasticité des promotions et des horaires de travail

Dans un des CHU, l'habitude a été prise de réunir les instances paritaires de manière aléatoire, avec des retards préjudiciables à la carrière des agents : il en résulte des tensions suivies de mouvements sociaux, puis de protocoles de résolution de fin de conflit aboutissant, de manière habituelle mais irrégulière, à des titularisations rétroactives, sans concours ni mise en stage, parfois même sans vérification de diplôme, ainsi que par des promotions sans avis de la commission administrative paritaire. Ces protocoles engendrent des surcoûts conséquents et de nouvelles inégalités qui suscitent de nouveaux conflits dans un climat général d'impunité. La direction des ressources humaines du CHU demeure largement désorganisée, dépourvue de cadres comme d'outils de suivi du temps de travail et d'ajustement de la paie en cas d'absence injustifiée. Le suivi de la masse salariale, de l'absentéisme et des décharges syndicales est mal documenté.

Les règles de temps de travail demeurent disparates non seulement entre les outre-mer et entre leurs établissements mais aussi au sein d'un même établissement. Parfois, l'obligation d'effectuer dix demi-journées hebdomadaires pour un poste à temps plein est inégalement appliquée. Quand elle l'est, la durée effective travaillée par demi-journée n'est pas toujours contrôlée. Le paiement d'heures supplémentaires suscite en pareil cas des interrogations sur la réalité du service fait.

Des établissements ont opté pour la journée continue dans des conditions telles que la chambre territoriale des comptes (CTC) a constaté qu'au centre hospitalier de Papeete, en dépit d'une délibération contraire de l'assemblée de la Polynésie française, les médecins n'effectuent dans le cadre de celle-ci que le tiers seulement de leur activité, les deux autres tiers leur étant payés en sus au titre des gardes et astreintes. À l'identique de cette organisation du temps de travail médical, l'organisation retenue pour les autres catégories de personnels est aussi génératrice de surcoûts essentiellement liés au paiement d'heures supplémentaires qui en découle. Ainsi, le temps de travail du personnel administratif est fondé pour la majorité sur le principe de la journée continue de 7h30 à 15h30 du lundi au jeudi, et de 7h30 à 14h30 le vendredi. Le temps de travail réel n'est donc pas de 39h par semaine mais de 36h30, si la durée maximale de la pause repas fixée à 30mn par le règlement intérieur est bien respectée. Cette organisation du temps de travail serait sans conséquence dans un établissement administratif dont le fonctionnement s'arrête effectivement à 15h30. Il n'en

est pas de même dans un hôpital, établissement qui par définition doit fonctionner 24h sur 24. Le temps effectivement travaillé après 15h30, jusqu'à 17h30 dans certaines fonctions administratives, est donc payé en heures supplémentaires. Aussi, l'organisation du temps de travail au CHPF en demi-journée et non en journée continue permettrait, comme l'a souligné la CTC, des économies substantielles tant au titre des gardes et astreintes pour le personnel médical qu'au titre des heures supplémentaires pour le personnel administratif.

Ces pratiques exposent aussi au risque de recrutements de personnels supplémentaires dont l'économie pourrait être faite s'il était veillé au respect des obligations de service.

Se constatent ainsi de très sensibles écarts d'effectifs entre établissements ayant des activités de même type.

De 140 à 289 journées d'hospitalisation par agent...⁷³

... tel est l'écart entre les deux établissements suivants, à vocation locale, où prédominent les lits pour personnes dépendantes et en soins de suite et de réadaptation :

- 140 journées de prises en charge par an et par agent : jusqu'en 2013, le centre hospitalier de Capesterre-Belle-Eau (Guadeloupe) mobilisait 127 agents (112 en 2014), dont dix cadres, et 2,7 ETP de généralistes pour 76 lits et places dans des locaux certes médiocres ; son extension va résorber en partie les excédents de personnel ;

- 289 journées de prise en charge par an et par agent : le moderne hôpital du François (Martinique) ne mobilisait, lui, que 55 agents et 1,87 ETP médicaux (plus des médecins libéraux) pour 55 lits (15 897 journées en 2011) ;

Peuvent aussi être rapprochés, avec les mêmes précautions :

- l'hôpital de Saint-Barthélemy et ses 28 agents, plus 4 ETP de généralistes, pour 20 lits, de nombreuses consultations et 9 072 habitants permanents ;

- le centre hospitalier de Saint-Pierre et Miquelon et ses 211 agents, plus 15 ETP médicaux, pour 95 lits et 6 312 habitants. Il a été choisi de doter ce dernier d'une plus grande autonomie, malgré la proximité d'un CHU canadien

⁷³ Le CH de Capesterre comportait alors 49 lits : 16 en médecine, 18 en soins sans suite et de réadaptation (SSR), 15 en longue durée (14 666 journées), 15 places (2 877 journées) d'hospitalisation à domicile (HAD) et 12 places en accueil de jour. Le CH de Saint-Barthélemy assurait 5 305 journées, 6 741 consultations externes et 7 683 passages aux urgences en 2011.

à une distance comparable avec celle entre Saint-Barthélemy et la Guadeloupe, choix qu'explique en partie une moindre régularité des transports, notamment en hiver.

2 - Des équipes de direction hospitalière souvent en difficulté

Les ressources humaines hospitalières devraient être gérées avec une efficacité à la hauteur des surcoûts qui pèsent sur l'assurance maladie. Les cadres hospitaliers qui prennent leurs fonctions dans de tels contextes doivent affronter, à des degrés et avec un sentiment d'isolement souvent plus lourds qu'en métropole, des successions de crises sanitaires mais aussi sociales. Assurer le respect des obligations de continuité et de qualité des soins et de respect de la réglementation en matière d'horaires de travail est une gageure là où ont été généralisées depuis longtemps des plages de travail anormalement réduites ou des écarts parfois considérables entre la réalité et les critères de qualité dont la HAS et l'Autorité de sûreté nucléaire, notamment, voire les commissions d'incendie et de sécurité, assurent le contrôle.

Les efforts des équipes de direction se heurtent à des intérêts personnels ou sectoriels, défendus avec une vigueur parfois contraire à l'intérêt général. Les tensions internes apparaissent plus vives encore qu'en métropole. Ainsi des blocus de bâtiments administratifs ou des grèves de plusieurs semaines sont loin d'être rares quand on cherche à appliquer des règles de la fonction publique hospitalière souvent perdues de vue, comme le constatent fréquemment les chambres régionales et territoriales des comptes.

Or, si des progrès ont été accomplis, la constitution des équipes de direction soulève bien des difficultés qui se renforcent quand certaines affectations se révèlent inadaptées ou sont soit trop brèves soit trop longues. Le recrutement est opéré selon les contraintes statutaires nationales, sans qu'il soit prêté suffisamment attention au contexte très particulier et parfois difficile des territoires ultramarins. Des établissements peuvent ainsi souffrir durablement d'erreurs d'affectation qu'une sélection plus adéquate des profils en fonction des postes à pourvoir permettrait d'éviter ou de réduire⁷⁴.

⁷⁴ À pu être ainsi agréée une candidature jugée « *très faible, manque de confiance en soi, pas de vision stratégique* ». Une information complète n'éclaire pas toujours la procédure.

La difficulté d'attirer les cadres avec leur famille loin de métropole dans des environnements parfois tendus, ne saurait cependant expliquer certaines situations injustifiables. Les rapports de l'inspection générale des affaires sociales et des chambres régionales et territoriales des comptes relèvent souvent des fautes de gestion, dont la gravité, sans être de nature pénale, aurait mérité à tout le moins une mutation sinon une sanction. C'est ainsi qu'en Antilles-Guyane, un directeur d'hôpital a été rémunéré, « en recherche d'affectation » mais sans succès, jusqu'à un départ différé en retraite, bien que sa gestion ait été notoirement désastreuse ; un autre est resté longtemps en fonctions après de semblables constats.

Les juridictions financières ont pu constater que les ministères et le centre national de gestion des praticiens hospitaliers, des directeurs d'hôpitaux et des concours et examens, informés de cas manifestes de manquements à la probité, ne réagissent qu'avec une extrême prudence et une grande lenteur. Cette attitude n'encourage ni les ARS ni les directeurs d'établissement à prendre les mesures nécessaires pour faire cesser des comportements individuels critiquables.

Ces difficultés ne doivent cependant pas occulter les efforts de nombre d'équipes de direction, dans un contexte souvent usant.

3 - Des équipes médicales inégalement dimensionnées et souvent instables

S'agissant des effectifs médicaux, de forts contrastes s'observent, notamment en chirurgie comme le montre le tableau ci-après. La nécessité d'assurer une gamme large d'interventions dans des bassins de vie dont la population reste limitée peut certes en partie expliquer les raisons pour lesquelles il y a dans les Antilles moitié plus de chirurgiens par 100 000 habitants qu'en métropole. Mais le ministère n'a produit aucune analyse comparative entre DOM de cette répartition ni des rééquilibrages à envisager. L'instabilité des praticiens outre-mer et les fréquentes vacances de postes sont en tout état de cause un lourd handicap pour la continuité des soins et des équipes.

Tableau n° 15 : activité par chirurgien hospitalier, DOM, 2012

Établissements publics de santé	Chiffre d'affaires T2A (M€)	Chirurgiens salariés	CA par chirurgien (euros)	Chirurgiens pour 1 000 habitants
Guadeloupe	58,9	86	681 066	0,21
Martinique	72,4	92	786 903	0,23
Guyane	20,2	41	486 283	0,19
La Réunion	144,4	150	962 308	0,18
Métrop.+DOM	8 930	9 748	916 078	0,15

Source : PMSI 2012, SAE 2012. Traitement : FHF. Mayotte n'est pas en T2A

La situation la plus choquante en termes de santé publique est celle de Mayotte. Son centre hospitalier connaît un taux extraordinairement élevé de rotation des personnels : jusqu'à 500 médecins y exercent chaque année, alors qu'ils ne sont que 190 présents en moyenne. Ce sont pour moitié des remplaçants venus de métropole avec des contrats inférieurs à six mois, voire parfois limités à un mois: en 2012, il en est résulté une arrivée et un départ de médecin par jour ouvrable. Quant à la rotation des personnels non médicaux, elle y est de 17 % (325 arrivées et 307 départs en 2012). Les frais de déplacement et de déménagement y représentent un montant de 1 233 € par ETP, quatre fois plus qu'au CHU de La Réunion (337 € par ETP). Comme dans d'autres outre-mer, les avantages en nature liés aux contrats très brefs rendent les contrats plus longs moins attractifs.

Ces difficultés de recrutement entraînent de fait la tentation de verser des indemnités et des avantages de fonction (logement, véhicule) dans des conditions irrégulières relevées par les chambres régionales et territoriales des comptes comme à Mayotte, ainsi que des prises en charge onéreuses de frais récurrents de transport et d'installation pour de trop brefs séjours, notamment du fait de l'afflux de remplaçants ou vacataires aux rémunérations élevées venant périodiquement de métropole pour quelques semaines par exemple à Mayotte, Nouméa et Saint Pierre-et-Miquelon.

E - Un appareil de formation à renforcer

L'une des clés d'une meilleure attractivité des emplois dans les outre-mer est le renforcement des formations de leurs étudiants. Un dixième seulement des médecins nés en France et exerçant dans les outre-mer est originaire de ces derniers : une meilleure formation de personnels

de santé originaires d'outre-mer, mieux calibrée et coordonnée en fonction des priorités, serait à cet égard de bon sens⁷⁵. Des débouchés mieux assurés dans l'enseignement et la recherche localement comme au retour éventuel en métropole rendraient les outre-mer plus attractifs pour les spécialistes, avec une meilleure qualité des soins et moins d'évacuations sanitaires. Les outre-mer constituent de surcroît des terrains scientifiques insuffisamment valorisés. Les conditions spécifiques des soins outre-mer sont favorables au développement de pratiques innovantes et de coopérations internationales.

Les DOM comptent deux CHU aux Antilles (1985) et un à La Réunion (2012) avec les trois premières années d'études ainsi que certaines spécialités⁷⁶. Leur développement étant récent, il n'y a pas de statistiques de taux de retour pour exercer sur place. En 2012-2013, l'université Antilles-Guyane comptait 44 professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH), maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) et professeurs associés, ainsi que 16 chefs de clinique-assistants des hôpitaux. Pour une population équivalente, l'université de La Réunion, de création plus récente, bénéficie de seulement 5 PU-PH, 7 MCU (financés par redéploiements internes à l'université) et d'aucun chef de clinique-assistant ; cela est clairement insuffisant au regard de leurs populations étudiantes respectives comme des enjeux incluant Mayotte.

⁷⁵ Un tiers des médecins nouvellement inscrits outre-mer en 2012 étaient titulaires d'un diplôme non pas français mais d'un autre pays, européen (14,5 %) ou extra-européen (18,6 %), principalement à Mayotte, en Polynésie française et à Saint-Pierre et Miquelon.

⁷⁶ On dénombrait en 2012-2013, aux Antilles-Guyane, 1 068 étudiants en 1^{ère} année commune de santé, 131 en 2^{ème} année de médecine (contre 88 en 2009-2010), 97 en 3^{ème} année (contre 68). À La Réunion : 785 en 1^{ère} année, 81 en 2^{ème} année. En Nouvelle-Calédonie, 28 en 1^{ère} année ; en Polynésie française : 140. La DGOS a versé pour la formation médicale initiale des crédits d'État de 2011 à 2013 pour 2,4 M€ en Guadeloupe, 0,7 M€ en Guyane, 2,1 M€ en Martinique et 3,9 M€ à La Réunion.

Des dispositifs de formation en santé qui font l'objet de priorités inégales

L'ARS et le rectorat de La Réunion ont mis en place une classe préparatoire aux métiers de la santé, afin d'en faciliter l'accès, notamment pour que davantage de jeunes réunionnais deviennent médecins. En revanche, c'est l'un des départements où l'attractivité des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) conduit à un excédent d'infirmiers. Aux Antilles-Guyane, un institut universitaire interrégional de formation aux métiers de la santé est en projet depuis 2010, mais la DGOM n'en avait pas encore été informée début 2013. À un niveau plus modeste, les ministères ont envisagé d'abandonner prochainement, sans analyse stratégique préalable des besoins, un institut de formation de boursiers venant d'outre-mer aux carrières sanitaires et sociales (IFCASS), alors que le ministère des outre-mer souligne que ce groupement d'intérêt public financé par eux assure « une parfaite adéquation entre les formations préparées et les viviers d'emplois proposés tant dans l'hexagone que dans les régions ultramarines (...) l'État évalue aujourd'hui, auprès des Conseils régionaux ultra-marins et celui de Haute-Normandie [où est installé cet institut, et qui a exprimé à la Cour une position négative], l'opportunité de conserver un tel dispositif (...). Des pistes aboutissant à une augmentation notable du nombre de stagiaires et à une diversification de l'offre de formations sont également à l'étude ».

Une absence générale de chefs de clinique-assistants des hôpitaux, et d'assistants en pharmacie pénalise la formation des internes particulièrement là où manquent des généralistes : l'encadrement des cours, les liens avec la médecine de ville et le nombre de maîtres de stage motivés sont à renforcer. Dans la même optique, une garantie de réaffectation au retour d'une mobilité outre-mer pour les praticiens hospitaliers aguerris faciliterait leur recrutement, sans les contraindre à renoncer à leur carrière hospitalière en métropole. De telles mobilités accompagnées d'activités de recherche seraient à valoriser dans un cursus hospitalo-universitaire. Cela appelle une politique de ressources humaines plus novatrice, avec davantage de contrats « d'engagement de service public⁷⁷ » décennal, encore très rares outre-mer.

⁷⁷ Allocation mensuelle de 1 200 € à partir de la deuxième année de médecine, en échange d'une installation dans une zone déficitaire en médecins.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En dépit de substantiels efforts financiers supportés par l'assurance maladie, les systèmes de santé outre-mer sont très fortement à la peine. Les difficultés recensées sont le reflet, souvent amplifié, de celles constatées de longue date en métropole. L'organisation des systèmes de soins a certes progressé sur le terrain, mais très inégalement.

Les actions de prévention n'ont pas bénéficié d'une priorité qui permettrait de réduire les surcoûts et plus encore les pertes de chances.

L'offre de soins ambulatoires demeure excessivement hétérogène, inégalement accessible et déséquilibrée par rapport à l'offre hospitalière. D'importants rééquilibrages sont nécessaires. La difficulté de recruter des professionnels de santé va être multipliée au rythme de départs massifs à la retraite, en dépit de niveaux de revenus parfois élevés. Les délégations de tâches aux professionnels paramédicaux dans le cadre des nouvelles coopérations interprofessionnelles sont une solution à mettre en œuvre rapidement.

Dans le secteur hospitalier, nombre de services combattent, au mieux des moyens dont ils disposent, des risques sanitaires d'une ampleur et d'une acuité particulièrement redoutables. Leur action ne peut cependant s'adosser à la gestion efficiente qui serait indispensable pour relever des enjeux d'une pareille importance.

Les dérives récurrentes qui se constatent dans la gestion d'une part significative des établissements, qu'il s'agisse de sureffectifs chroniques ou d'investissements dispendieux et inadaptés, se traduisent par des surcoûts au détriment des prises en charge, à la qualité pour le moins inégale, selon l'appréciation de la Haute Autorité de santé, et dans certains secteurs, comme la psychiatrie ou la couverture sanitaire des détenus, très gravement insuffisantes par rapport aux besoins ou particulièrement fragile comme en matière de permanence des soins.

Financièrement, les lourds déficits hospitaliers qui se constatent de manière répétitive, principalement aux Antilles, appellent, au-delà d'aides exceptionnelles qui se renouvellent d'année en année pour des montants considérables, des stratégies plus fermes de réorganisations structurelles permettant de dégager d'indispensables gains d'efficience, qu'il s'agisse du développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, d'un pilotage beaucoup plus rigoureux des investissements pour s'assurer d'un retour réel en termes de productivité et éviter des dérapages incessants de calendrier et de coûts, d'une maîtrise rigoureuse des charges de personnels.

Les défis sanitaires des outre-mer obligent tous les acteurs des systèmes de santé à se mobiliser pour un meilleur usage des moyens considérables dont ils sont comptables en termes d'accessibilité, de qualité et de sécurité des soins.

Ces différents constats conduisent la Cour à formuler les recommandations suivantes :

- 3. charger les agences régionales et territoriales de santé de rééquilibrer les financements au profit d'un programme de prévention spécifique, et accompagner les efforts des gouvernements du Pacifique en ce domaine ;*
- 4. développer outre-mer dans des délais rapides les protocoles de coopération entre professionnels de santé, nouveaux ou par extension de protocoles métropolitains, s'agissant notamment des infirmiers, des sages-femmes et des orthoptistes ;*
- 5. développer outre-mer les dispositifs réglementaires (contrats d'engagement de service public, postes de praticien territorial de santé) destinés à pallier les disparités territoriales d'installation des médecins et veiller à l'application active des mécanismes conventionnels de régulation visant à résorber les inégalités de densité des professionnels libéraux de santé (médecins, dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) ;*
- 6. recentrer l'hôpital sur les pathologies les plus lourdes, en développant les prises en charge médicales et médico-sociales alternatives à l'hospitalisation, en renforçant la permanence des soins de ville et en améliorant le pilotage des urgences hospitalières ;*
- 7. rendre plus efficiente la gestion hospitalière en veillant attentivement au recrutement d'équipes de direction expérimentées, en renforçant les équipes médicales, notamment par la mobilité outre-mer de praticiens hospitaliers avec une garantie de réaffectation au retour en métropole et l'affectation de chefs de clinique-assistants des hôpitaux, et en mettant fin aux sureffectifs constatés ;*
- 8. rendre obligatoire l'intervention de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé dès la phase de conception des projets de construction ;*
- 9. envisager d'instaurer une obligation de service public outre-mer relative aux conditions d'évacuation sanitaire et d'acheminement aérien des médicaments.*

Chapitre III

La nécessité d'une stratégie publique

Le rôle de l'État outre-mer en matière de santé publique a été profondément transformé. S'il conserve en effet le pouvoir de décision dans les DOM, la compétence dans le domaine de la santé ne lui appartient plus dans les collectivités du Pacifique.

Une pluralité de statuts

Les départements et régions d'outre-mer (DOM)⁷⁸, tous régis par l'article 73 de la Constitution, comportent :

- le département de *Mayotte* ;
- deux départements qui sont en même temps des régions (*Guadeloupe, La Réunion*) ;
- et deux autres départements-régions (*Martinique et Guyane*), qui deviendront une collectivité unique à partir de 2015.

En outre, cinq collectivités d'outre-mer (COM) relèvent de l'article 74 de la Constitution :

⁷⁸ Chacun des quatre DOM (hors Mayotte) est aussi désigné par le sigle DROM (département et région d'outre-mer).

- *Saint-Barthélemy et Saint-Martin*, anciennes communes de la Guadeloupe transformées en COM en 2007 et dotées chacune d'un conseil territorial, ont les mêmes lois que la métropole avec parfois des dérogations ;
- *Saint-Pierre-et-Miquelon* a ses propres institutions et deux communes, sous le contrôle de l'État ;
- La *Polynésie française* jouit d'un régime d'autonomie. Les règles applicables aux collectivités de métropole doivent y être expressément étendues par voie législative (régime de spécialité législative) ;
- avec un statut prenant en compte l'existence de trois monarchies et d'un droit coutumier, les *îles Wallis-et-Futuna* ont un régime de spécialité législative.
- Enfin, la *Nouvelle-Calédonie* est une collectivité *sui generis* (titre XIII de la Constitution), également sous le régime de spécialité législative.

Ce dispositif institutionnel complexe ne justifie pas que l'État demeure trop souvent en retrait, sans vue suffisante ni pilotage adapté de l'ensemble de la santé outre-mer. Si comme le reconnaît le ministère de la santé, la diversité juridique des territoires ultramarins, couplée à leur diversité géographique, est sans doute à l'origine du déficit de gestion et d'observation de la santé, avec des niveaux hétérogènes de dépenses, de ressources et des statistiques tels que relevés par les juridictions financières, il n'est pourtant pas dépourvu de leviers d'action, certes différents d'un outre-mer à l'autre.

C'est à l'aune de cette diversité des acteurs politiques et administratifs comme des régimes sociaux que doit être repensée l'action publique dans le cadre d'une démarche d'ensemble s'appuyant sur une approche plus fine et décentralisée en termes de priorités comme de cohérence et de mobilisation que le plan de santé outre-mer de juillet 2009 ne l'a recherché, faute de véritable impulsion (I).

Les exemples contrastés de Mayotte, Saint-Pierre et Miquelon, et Wallis-et-Futuna, qui illustrent les défaillances d'un État pourtant en situation de responsabilité directe, soulignent l'urgence d'une stratégie globale visant à progressivement améliorer la situation de chacun des outre-mer en fonction des réalités qui lui sont spécifiques (II).

I - L'État trop souvent en retrait

A - Un pilotage national défaillant

1 - Une vision éclatée⁷⁹

Aucune direction de ministère ne maîtrise la cohérence des politiques et des décisions budgétaires ayant un impact sur la santé dans les outre-mer. La direction générale des outre-mer (DGOM) s'y emploie certes, mais avec des effectifs réduits de près de moitié depuis 2007. Son département de la cohésion sociale, de la santé, de l'éducation, de la culture et de la jeunesse et des sports affecte un peu plus d'un équivalent temps plein à la santé, hors secteur médico-social. L'extrême modestie de ses moyens dans le domaine de la santé appelle une révision du mode de coordination avec les directions et agences relevant des autres ministères concernés. Elle a utilement proposé aux directions du ministère des affaires sociales et de la santé la désignation et la réunion périodique de référents « outre-mer » à partir de 2014 ainsi qu'une ou deux réunions annuelles des directeurs généraux et de ceux des ARS d'outre-mer. Cette pratique est à renforcer, en y associant les directions d'autres ministères, les agences sanitaires et la « mission outre-mer » de la direction de l'administration pénitentiaire, comme le reconnaissent les ministères.

La DGOM n'a ni la vocation ni les moyens de suivre la mise en œuvre des politiques de santé dans chaque outre-mer, mais elle partage le constat de la nécessité pour elle de disposer de données de santé sur les territoires hors DOM établies selon des méthodes et des périodes comparables à celles des DOM. Elle pourrait aussi encourager la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française à recourir davantage aux agences sanitaires nationales.

⁷⁹ La Cour a réitéré en 2011 des recommandations du *Rapport public annuel 2005*. Chapitre II - Observations sur l'organisation et la gestion de l'État et de ses opérateurs : sur le ministère de l'outre-mer (*Rapport public annuel 2011*, Les services centraux chargés de l'outre-mer, pages 81-91), disponible sur www.comptes.fr Elles demeurent en partie pertinentes. La DGOM participe aussi deux fois par an aux réunions mensuelles des directeurs généraux d'ARS d'outre-mer au ministère de la santé, et envisage de renouveler, sous forme d'une conférence annuelle, les ateliers « santé outre-mer » qui avaient rassemblé les 7 et 8 juin 2010 les ministères, préfets, caisses, etc.

Le ministère des affaires sociales et de la santé ne s'est guère adapté pour maîtriser une politique d'ensemble envers l'outre-mer. Chaque direction a certes désigné un référent outre-mer, qui y consacre une part variable de son temps, mais sans feuille de route ni coordination interne clairement définies ; des indicateurs appropriés, partagés entre directions et actualisés pour rendre compte des déterminants de santé et des résultats atteints font défaut. Le secrétariat général a la tutelle des ARS et la charge des relations internationales, mais il réunit rarement ensemble les directions, les ARS et les agences nationales concernées. Ses tableaux de bord relatifs aux ARS sont lacunaires, souvent inexploitable en l'absence de collecte ou de comparabilité d'une partie des données.

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) estime à plusieurs équivalent temps plein sa charge de travail relative aux outre-mer. Ses interventions en matière de retour à l'équilibre des établissements de santé déficitaire sont nombreuses. La direction générale de la santé (DGS) a une capacité de synthèse illustrée par un état des lieux sur la santé outre-mer réalisé pour la présente enquête fin 2012, mais une stratégie d'ensemble fait défaut. Un chargé de mission coordonne depuis 2014 un réseau de référents « outre-mer » dans chaque composante de cette direction. Les contrats d'objectifs et de performance des agences sanitaires ne les mobilisent guère outre-mer, mais la direction générale de la santé prévoit de les réunir désormais avec les ARS concernées.

La fragmentation des actions de l'InVS

De l'absence de pilotage par la DGS résulte, par exemple, une fragmentation des actions outre-mer de l'InVS. Cela affaiblit le partage des connaissances, l'amélioration des systèmes de surveillance, l'analyse et l'interprétation de données. Le potentiel inutilisé de synergie est illustré, *a contrario*, par son apport en Nouvelle-Calédonie lors de l'épidémie H1N1.

En l'absence de ligne directrice, certaines agences sanitaires se sont largement désintéressées des outre-mer, au point de les rattacher parfois, sans emplois dédiés, aux affaires internationales. Un suivi méthodique est toutefois assuré par certaines, comme l'agence de biomédecine, ou encore, à un degré plus variable, par l'institut national du cancer. La volonté récente du secrétariat général du ministère de mieux coordonner la prise en compte de ces spécificités est un premier pas, à condition qu'elle puisse s'appuyer sur des données plus promptement actualisées, plus rigoureusement harmonisées et plus fréquemment partagées et croisées.

2 - Des concours directs mal connus

L'État organise le financement du système de santé par l'assurance maladie dans les collectivités d'outre-mer, sauf en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, où ses interventions sont limitées à un accompagnement financier ponctuel, principalement pour des constructions et des urgences en cas d'épidémie ou de catastrophe.

Les concours budgétaires directs de l'État sont relativement modestes mais leur total est mal connu, en l'absence de tableau de bord. Ils financent à hauteur de quelques dizaines de millions d'euros chaque année des investissements hospitaliers dans le Pacifique, et des bonifications de taux d'intérêt de prêts accordés aux hôpitaux par l'agence française de développement. Ses autres dépenses d'intervention sont minimales : le fonctionnement et les investissements de l'agence de Wallis-et-Futuna, pour quelque 25 M€ par an, de celle de Saint-Pierre et Miquelon, ou encore le financement par la direction générale de la santé des observatoires régionaux de santé.

S'y ajoutent des interventions du service de santé des armées et de l'établissement public de réponse aux urgences sanitaires, outre un montant non documenté de crédits alloués à de multiples opérateurs, faute que soient récapitulées les dépenses ainsi effectuées. Tel est par exemple le cas de l'institut de veille sanitaire (InVS), qui y affecte plus d'1 M€ par an en personnels et moyens de fonctionnement, principalement pour les quatre cellules interrégionales d'épidémiologie des DOM. Il conviendrait ainsi que l'État et les opérateurs nationaux rendent compte annuellement des moyens qu'ils ont affectés et prévoient d'affecter à chaque outre-mer.

En Nouvelle-Calédonie, l'État n'aura versé que 20,8 des 31 M€ « santé » annoncés au contrat de projet 2006-2010, faute de crédits de paiement. Fin 2013, moins de la moitié des versements prévus entre 2006 et 2015 avaient été effectués. Les versements au titre du contrat 2011-2015 devaient toutefois s'accélérer prochainement au rythme des constructions hospitalières, qui en absorbent la quasi-totalité.

Tableau n° 16 : contrats de projet État-Nouvelle-Calédonie

Volet santé, part de l'État, M€	Prévisions			cumulé versé	
	2006-2010	2011-2015	2006-2015	2006-2012	2006-2013
compléter l'offre de soins de proximité	27	44	71	20	31
optimiser les urgences	3		3	2	2
veille sanitaire et lutte antivectorielle	1		1		
total	31	44	75	22	33

Source : Haut-commissariat en Nouvelle-Calédonie

La consommation des crédits de paiement du contrat de projet État-Polynésie française 2008- 2013 n'a pas été plus prompte, notamment en raison de l'impréparation du contrat de part et d'autres, dans un contexte de fréquents changements ministériels territoriaux. Ce contrat ne reflète toutefois dans son volet « santé » qu'une fraction de l'apport de la métropole. Le Haut-commissariat estime en effet qu'à la fin des années 2000 l'État a aussi apporté 37,58 Mds de FCP (314,94 M€) à la reconstruction du centre hospitalier du Taanoe (*cf. supra*), par le biais de la dotation globale de développement économique, soit plus de la moitié de la construction (273 M€) et des équipements (41,5 M€)⁸⁰.

Les aides de la métropole seraient à attribuer sur des bases plus claires, et récapitulées de manière transparente. Cet effort financier devrait aussi être accompagné par la définition d'objectifs quantifiés en termes d'économie et d'efficience sur le terrain. Cela appelle une meilleure organisation de l'action de l'État.

89 infirmiers et « surveillants » de Polynésie française : 6,7 M€/an

L'État rémunère en sus du contrat de projet 89 infirmiers et « surveillants » (6,7 M€ en salaires et charges en 2013), en application d'une loi de 1966 et d'une convention de 1985 à durée illimitée relative au « corps de l'État pour l'administration de la Polynésie française » (CEAPF) dans la limite des crédits ouverts par les lois de finances. Ils sont répartis entre le centre hospitalier de Papeete (un quart) et les archipels. Leur coût augmentera en raison de revalorisations et rappels différés à 2014.

⁸⁰ « FCP » et « XPF » signifient « Franc Change Pacifique ».

3 - Une coordination interministérielle très lâche

En 2009, le conseil économique, social et environnemental avait recommandé, sans qu'il n'y soit donné aucune suite, de créer « une structure dédiée à l'organisation de la santé en outre-mer qui regrouperait l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la santé », en augmentant les partages d'expériences entre outre-mer⁸¹. De l'avis des ministères eux-mêmes, la coordination interministérielle de la santé outre-mer est à renforcer ; la direction générale des outre-mer a ainsi indiqué à la Cour que « consciente des enjeux en cause, [elle] partage également ce constat, et souhaite aboutir à une gouvernance renouvelée, condition indispensable à une action concertée, efficace et de qualité au service des territoires ultramarins ». Au niveau des services, la préparation et la concrétisation des décisions interministérielles, voire des engagements internationaux, restent lacunaires ou tardives.

Des risques croissants induits par les flux de voyageurs

La responsabilité de l'État est d'autant plus éminente que les transports aériens qu'il doit réguler sont non seulement un enjeu logistique crucial en cas d'urgence sanitaire, mais aussi un facteur croissant de risque épidémique : plus de 10 millions de passagers voyagent au départ et à l'arrivée des aéroports d'outre-mer (200 000 mouvements commerciaux), dont plus du tiers de et vers la métropole – où vivent plus de 370 000 résidents originaires d'outre-mer – et d'un cinquième de et vers d'autres pays. À cet égard, il est préoccupant que huit années aient été nécessaires pour mettre en œuvre, incomplètement, le règlement sanitaire international (cf. annexe 20).

Aucun comité interministériel n'a été tenu sur la santé outre-mer depuis 2009, bien que doivent être préparés des entretiens annuels avec les responsables gouvernementaux de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie française.

⁸¹ Jacqueline André-Cormier, *L'offre de santé dans les collectivités ultramarines*, Paris, CESE, 2009, 184 pages. L'avis en découlant a formulé près d'une centaine de recommandations, dont aucun document de suivi n'a été identifié en 2013.

Le ministère des affaires sociales et de la santé n'a au demeurant pas affecté toutes les ressources humaines nécessaires pour accélérer l'adoption et la mise en œuvre des extensions et adaptations du droit métropolitain à l'outre-mer : ainsi, un travail considérable a été entrepris pour établir les textes consacrant en matière sociale la départementalisation de Mayotte, mais trois ans plus tard, il n'est pas achevé, ce qui recule d'autant des mises à niveau indispensables en termes d'organisation du système de santé et d'accès effectif aux soins.

Ces retards dans le droit de la santé affectent dans certains cas le droit constitutionnel à la santé.

De nombreuses dispositions en attente de transposition

Au ministère chargé de la santé, le tableau récapitulatif des dispositions *législatives*, parfois anciennes, à étendre ou adapter témoigne de l'ampleur de la charge pour ce dernier. Il remplit, par exemple, sept pages pour la seule Nouvelle-Calédonie : créer un ordre des infirmiers en Nouvelle-Calédonie ou la chambre de discipline au conseil de l'ordre des pharmaciens de Polynésie française⁸², hébergement de données et identifiant de santé, dispositions relatives à la recherche biomédicale, aux tissus, cellules, produits du corps humain et leurs dérivés, indemnisation de victimes d'accidents médicaux, autopsies, etc. Jusqu'à plus de quatorze années se sont écoulées avant que commencent à y être effectivement applicables les lois de bioéthique, dont la première était en vigueur en métropole depuis 1994, l'État ayant tardé à promulguer des textes réglementaires. Il n'y a ainsi eu dans le Pacifique aucune activité de greffe ou de prélèvement avant le décret 2011-806 du 5 juillet 2011 relatif au don et à l'utilisation d'organes, de tissus ou de cellules à des fins thérapeutiques. Depuis 2013, les ministères se réunissent plus régulièrement pour identifier les retards majeurs.

Participe de ce même défaut de coordination et de mobilisation le fort contraste qui ne peut manquer d'étonner entre la fréquence des inspections générales et la modestie des suites qui leur sont données. Depuis des décennies, des dizaines de rapports d'inspection générale, principalement de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), ont été consacrés à la santé outre-mer, sous des prismes plus ou moins larges. Le suivi des recommandations a été fréquemment tardif et toujours

⁸² Le principe de l'inscription au tableau d'un ordre relève de l'État, ainsi que l'organisation juridictionnelle en ce domaine, tandis qu'un code d'ordre professionnel, et notamment les modalités d'inscription, sont de la compétence de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie française.

lacunaire, ainsi que quelques exemples l'illustrent par ailleurs, en dehors des mesures concrétisées d'emblée lors d'utiles missions d'administration provisoire d'établissements.

Les ministères ont pu parfois conserver certains rapports confidentiels, sans les transmettre aux équipes concernées, au risque d'en annihiler l'impact. Ainsi, fin 2009 puis en 2013 un rapport de l'inspection générale des affaires sociales sur le fonctionnement de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna n'a pas été transmis au préfet alors en poste, et président ès-qualité du conseil de cette agence. Le commandant depuis 2012 du centre de rétention de Mayotte évoqué plus loin a découvert en septembre 2013 lors de l'enquête des juridictions financières un rapport du contrôleur général des lieux de privation de liberté (2009), et un chapitre du rapport public annuel 2011 de la Cour des comptes, tous deux recommandant d'apporter localement des améliorations au fonctionnement de ce centre.

L'administration polynésienne dispose d'une inspection générale dont les constats sur la très mauvaise gestion des ressources humaines des établissements et services de santé n'ont pas été suivis d'effet. Cette inspection n'a jamais été chargée d'enquêter sur l'organisation de l'offre de soins, ni récemment sur la gestion du centre hospitalier de Polynésie française ou sur celle de la caisse de prévoyance sociale que subventionne le territoire.

B - Des leviers différents selon les outre-mer

1 - Des administrations sanitaires outre-mer inégalement outillées

Quatre DOM ont une agence régionale de santé (ARS) identique dans leurs attributions sinon dans leur importance à celles de métropole, mais le cinquième, Mayotte, relève de celle de La Réunion (bien que ses habitants soient aussi nombreux qu'en Guyane, elle-même à une distance similaire de l'ARS de Guadeloupe). Saint-Barthélemy et Saint-Martin relèvent de cette dernière ARS, tandis que l'administration territoriale de santé (ATS) de Saint-Pierre et Miquelon et l'agence de santé (ADS) de Wallis- et-Futuna relèvent du préfet.

Les quatre ARS des DOM déclinent les orientations ministérielles par un travail méthodique, identique à celui des agences de métropole mais dans des conditions que l'éloignement rend parfois encore plus délicates. Leurs responsabilités sont larges, notamment au travers des contrôles qu'il leur revient de diligenter (et dont elles usent parfois peu, notamment en matière de contrôle approfondi des officines pharmaceutiques). Leurs ressources humaines sont généralement appropriées, en dépit de quelques difficultés récurrentes de recrutement ou de rotation accélérée des affectations. Les services de l'État sous l'autorité des préfets entretiennent un dialogue avec elles, mais la coordination interservices de terrain est perfectible. Il en va de même avec les collectivités locales, pour ce qui concerne leurs responsabilités propres, notamment pour les conseils généraux en matière de PMI, de lutte antivectorielle ou de dépendance.

Les gouvernements de Nouvelle-Calédonie et, avec un ministre de la santé, de Polynésie française ont leurs propres administrations de la santé. En Nouvelle-Calédonie, une direction des affaires sanitaires et sociales met en œuvre la politique du gouvernement néo-calédonien sous le contrôle d'un de ses membres. Elle a notamment en charge la réglementation, la santé, le secteur médico-social, le handicap, la dépendance, la protection sociale et protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse. Ses effectifs sont inférieurs à ceux d'une ARS (moitié moins nombreux qu'en Guyane), avec, hors gestion d'établissements ou services de santé, 45 collaborateurs d'un niveau équivalant à ceux des ARS. Une agence sanitaire et sociale avec ses 21 agents assure la promotion de la santé et coordonne notamment le dépistage du cancer du col de l'utérus. Les trois directions provinciales de la santé, autonomes, développent leurs propres politiques de santé, avec un maillage important de dispensaires et d'actions de prévention.

Le ministère de la santé de la Polynésie française comprend, depuis un décret de 1957, la direction de la santé, celle des affaires sociales et un délégué général à la protection sociale dépourvu de collaborateurs. Ils élaborent la réglementation et en contrôlent l'application, et gèrent aussi nombre de services, dispensaires et établissements. Cette direction de la santé avec ses subdivisions insulaires compte le tiers des cadres et spécialistes dont dispose la Nouvelle-Calédonie. L'agence chargée de la prévention a été supprimée en 2010 alors que la sagesse eut commandé d'en redresser la gestion. Cela explique la chute des moyens observée en ce domaine (cf. supra à propos de la prévention). Le gouvernement polynésien constate « la pauvreté de l'encadrement existant ». Notant « la confusion » entre les fonctions de pilotage et de contrôle, il envisage à juste titre une entité de régulation chargée des missions d'évaluation, de réglementation, de planification et

de contrôle, et un recentrage de la direction de la santé sur la coordination et la mise en œuvre de la politique publique.

Il prévoit en revanche de maintenir la gestion directe par l'administration centrale des petits hôpitaux, ce qui apparaît peu judicieux⁸³. En Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, l'inspection générale des affaires sociales ne peut intervenir qu'à la demande des gouvernements territoriaux, de même, en général, que les agences sanitaires nationales. Il est regrettable que l'État n'incite pas davantage celles-ci à proposer leur expertise alors que les administrations territoriales du Pacifique souhaitent leur appui.

2 - Des systèmes de couverture sociale hétérogènes

Parmi les déterminants de santé, la couverture par une assurance maladie est un atout majeur. Les lois de finances de l'État et de financement de la sécurité sociale s'appliquent aux quatre DOM hors Mayotte. La situation est différente entre les DOM et les autres outre-mer. Mayotte et Saint-Pierre et Miquelon sont coordonnés avec le régime général sans y être encore intégrés, la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie

⁸³ Chambre territoriale des comptes *Rapport sur la mission santé (2003-2009)*, <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Collectivite-d-outre-mer-polynesie-francaise-mission-sante-polynesie-francaise>. La Polynésie française exerce cette compétence propre depuis un décret du 22 juillet 1957. Selon le gouvernement polynésien, « les pouvoirs politiques ne disposent plus aujourd'hui de tous les leviers pour remplir pleinement leur rôle de décideur dans la gouvernance du système. La refondation du mode de gouvernance sous l'angle d'une administration régulatrice du système de santé ainsi qu'une refonte des statuts de la caisse de prévoyance sociale participera à rétablir la prééminence des institutions de la Polynésie française dans les processus de décision » (réponse du 16 septembre 2013 à la chambre territoriale au *rapport d'observations provisoires du 3 juillet 2013 relatif à la gestion de la collectivité de la Polynésie française - le système de santé et son financement - enquête de suivi, exercices 2010 et suivants*).

française ont leurs propres systèmes et les dépenses de santé à Wallis-et-Futuna sont financées par l'État.⁸⁴

Les freins dans l'accès aux droits et aux soins

Les permanences d'accès aux soins de santé (article L. 6112-6 du code de la santé publique) ont augmenté à 14 (contre 5 en 2003), ce qui reste insuffisant. Les projets labellisés en matière de droits des usagers demeurent rares. Les files d'attente sont dans certaines zones fréquentes, tant devant les cabinets médicaux qu'aux guichets des organismes de sécurité sociale et commencent parfois dans la nuit, plusieurs heures avant l'ouverture (y compris pour des malades).

Le ministère a incité à améliorer l'accueil par des modernisations immobilières et par une plateforme téléphonique commune entre la Guyane et la Martinique en 2014. Le rapport annuel 2012 de l'association *Médecins du monde* a néanmoins pu mettre vivement en cause les conditions d'attente aux guichets de la caisse générale de sécurité sociale de Guyane, les retards de la carte Vitale, et une instruction des dossiers souvent très longue et d'une traçabilité inégale. Du fait de la croissance démographique, cette caisse fait face à un accroissement constant des demandes de CMU, CMUc et aide médicale d'État, au rythme de près de mille nouveaux dossiers pendant chacun des premiers mois de 2014.

Par ailleurs, à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), 114 des 252 demandes d'outre-mer entre 2008 et 2012 ont eu satisfaction, mais ses commissions de conciliation n'existent qu'en Antilles-Guyane, où rares sont les experts locaux sans conflit d'intérêts, et à La Réunion. Le quorum n'y est que difficilement atteint. Chacune examine

⁸⁴ Un rapport au Premier ministre a aussi noté que « si le recours initial à la CMUc se déroule de façon globalement satisfaisante (...) les renouvellements s'avèrent problématiques, (...) aussi du fait de l'isolement des demandeurs (forte proportion de femmes seules avec enfant) et d'un taux d'analphabétisme particulièrement élevé. » (Aline ARCHIMBAUD, sénatrice, *L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité*, Paris, 2013). En Guyane, l'usage des langues bushinenguées et amérindiennes comme d'adresses postales limitées à un numéro de « Point Kilométrique » sont des complications additionnelles. Par ailleurs, la déléguée interministérielle pour l'égalité des chances des français d'outre-mer souligne les difficultés financières de patients attendant jusqu'à plusieurs années en métropole une transplantation. Les patients, voire un accompagnateur, ont droit à une modeste indemnité journalière, dans des conditions variables.

quelque quatre dossiers par an, trop peu pour une solide jurisprudence. Dans les autres outre-mer, seuls les dommages imputés à la recherche sont indemnisables. La Nouvelle-Calédonie a vainement demandé en 2010 une extension des dispositions relatives à la responsabilité médicale, et souhaiterait, à défaut, une convention avec l'ONIAM.

La caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) applique, elle, une ordonnance de 1996 relative à l'amélioration de la santé publique d'État ; formellement, il s'agit d'un régime distinct du régime général. Elle prend en charge intégralement les résidents affiliés, sans qu'il y ait couverture complémentaire ni aide médicale. La caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs salariés de Nouvelle-Calédonie (CAFAT, 110 000 cotisants) et la caisse de prévoyance sociale de Polynésie française (CPS, 58 000 salariés cotisants) relèvent directement des gouvernements territoriaux.

La tutelle de la CAFAT et de la CPS

La CAFAT de Nouvelle-Calédonie et la CPS de Polynésie française s'inspirent en partie de la CNAMTS dans leurs plans d'action et rapports d'exécution, mais leurs tutelles sont loin de disposer de moyens de pilotage appropriés. Les rapports de force confèrent à ces caisses une autonomie souvent large, surtout dans les périodes d'instabilité gouvernementale.

Ainsi, en Polynésie française, le rythme quasi annuel de changement de ministre de la santé depuis vingt ans est aggravé par la faiblesse de l'administration : la tutelle de l'ensemble des branches gérées par la CPS est assurée par un seul cadre, de manière très bien documentée mais avec un pouvoir effectif des plus réduits, et sans que l'inspection générale de l'administration du territoire dispose de toutes les compétences nécessaires à des audits en ce domaine.

La Nouvelle-Calédonie n'a également qu'un cadre spécialisé. L'acceptation de leurs propositions et la rapidité des procédures n'en sont pas améliorées. En revanche, d'utiles contacts techniques sont entretenus par elles avec les caisses nationales de métropole.

Les accords de coordination conclus entre ces deux caisses et l'assurance maladie métropolitaine ne concernent que la prise en charge d'affiliés en déplacement. Ces deux caisses connaissent depuis quelques années un déficit croissant⁸⁵, avec plus encore qu'en métropole des

⁸⁵ Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie indique que des mesures récentes vont ramener la CAFAT à l'équilibre financier en 2014 après un déficit de 57 M€.

répercussions sur les prestations, notamment hospitalières. Or, leurs charges vont s'accroître structurellement : coefficients majorateurs des rémunérations hospitalières, augmentation des pathologies chroniques lourdes ou encore mise en service du nouvel hôpital principal, déjà intervenue en Polynésie française, et prévue en 2016 en Nouvelle-Calédonie.

Les relations entre les ARS et les caisses chargées de l'assurance maladie, ou l'équivalent des unes et des autres hors DOM, sont d'une densité inégale, et parfois perçues par les ARS comme plus courtoises qu'opérationnelles⁸⁶. La dissymétrie dans la couverture sociale par rapport à la métropole est plus rarement à l'avantage des assurés sociaux : ainsi, le tiers-payant a été généralisé depuis plus d'une décennie à La Réunion, dont le conseil général attribue également des « chèques-santé » sous certaines conditions.

C - Le plan santé outre-mer de 2009 : « une faible impulsion stratégique »

Le plan santé outre-mer de 2009, qui a fait l'objet d'une large concertation auprès des élus, des conférences de santé, des fédérations, syndicats et associations, a eu le mérite d'attirer l'attention sur les retards sanitaires et a cherché à définir des priorités. Il est à la fois trop tôt pour tenter d'en apprécier les résultats, qui visaient principalement le moyen terme et le long terme, et trop tard, faute que des indicateurs appropriés aient été inclus dans ce plan puis renseignés année après année. À l'opposé des recommandations de la Cour en matière de cohérence des plans de santé publique et de leur suivi, ce plan a été en effet caractérisé par l'absence d'une durée de mise en œuvre comme d'une programmation budgétaire. L'absence de compte rendu d'exécution de ce plan et le plus souvent de traçabilité des crédits effectivement dépensés par l'État et l'assurance maladie ne permet pas non plus d'en dresser un bilan chiffré.

⁸⁶ La recommandation n° 1 du rapport 2013 de l'inspection générale des affaires sociales sur Mayotte, d'un pilotage plus coopératif avec les directions des ministères concernés et avec les financeurs, et le fait qu'elle n'avait eu, début 2014, aucune suite en illustrent la nécessité.

Le seul engagement calendaire était la réduction de moitié entre 2009 et 2014 de l'écart entre les taux de mortalité infantile (à moins d'un an, sur le total d'enfants nés en vie) d'outre-mer et ceux de métropole, ambition loin d'être atteinte (cf. chapitre I). Ce plan n'a pas, entre autres lacunes, mentionné l'importance de la lutte antivectorielle ni pris en compte celle d'une action sur les déterminants de santé alors que ces derniers et leurs interactions ont des impacts variables mais souvent forts. Comme l'a noté un rapport parlementaire en 2011, le plan a pâti « *d'un manque de coordination interministérielle et d'une faible impulsion stratégique au sein du ministère de la santé*⁸⁷ ». Depuis cette date, aucune stratégie nationale n'a été arrêtée pour les outre-mer.

La mise en œuvre des six priorités du Plan santé outre-mer

Formation : le plan entendait remédier au déficit de médecins (de deux fois moins par habitant aux Antilles qu'en métropole à vingt fois moins en exercice libéral à Mayotte). Les première, deuxième et troisième années de médecine ont continué à être développées sur place. Leur impact sur le recrutement local sera mesurable à partir de la fin de la décennie. Pour l'instant, les médecins d'origine locale doivent finir leurs études en métropole et y restent souvent.

Recherche : des priorités étaient fixées, portant sur les maladies infectieuses, aux maladies tropicales et à prédisposition génétique, et aux pollutions environnementales spécifiques (mercure en Guyane, chlordécone aux Antilles). Seul ce dernier sujet a bénéficié de moyens significativement accrus.

Risques naturels : la programmation de mises aux normes parasismiques des établissements hospitaliers à risque a été poursuivie. Une enveloppe spécifique n'a pas été prévue dans le plan Hôpital 2012 et la part des outre-mer (de l'ordre de 2,2 %) n'y a pas été augmentée, même si certains projets ont été autorisés dans ce cadre (ainsi, en Guadeloupe, les établissements de Capesterre, de Pointe Noire et du Raizet étaient en 2013 en cours de reconstruction, et le CHU sera reconstruit d'ici 2020, tous devenant conformes aux normes).

⁸⁷ Rapport d'information n° 764, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat suite à une *mission en Martinique et Guyane*, Paris, juillet 2011, page 5.

Pour la *continuité territoriale*, des projets de télémédecine et de téléformation ont été développés, avec en 2013 un nombre limité d'expérimentations et non documenté d'utilisateurs.

Face aux *difficultés financières*, devaient être identifiés les effets et les insuffisances des aides antérieures à la résorption des créances irrécouvrables et aux activités structurellement déficitaires. Des enveloppes importantes ont été attribuées aux CHU antillais, après que leur déficit se soit considérablement aggravé jusqu'en 2012, et des missions d'appui ont été déclenchées, sans revue générale avant septembre 2013.

L'objectif de *coopération interrégionale et internationale* était limité au recensement des projets et à leur poursuite, pour favoriser dans les États voisins la constitution d'une infrastructure de santé et éviter que des patients ne viennent des Comores à Mayotte, de Madagascar à La Réunion, du Surinam à la Guyane. Contre la *drépanocytose*, il était prévu d'améliorer la qualité des soins et le dépistage néonatal. « *Près d'1 M€* » a été effectivement redéployé dans le cadre du Plan Maladies Rares 2010-2014.

Aux objectifs initiaux ci-dessus, un comité réuni par le Président de la République à la suite d'états généraux de l'outre-mer a ajouté à la fin 2009 l'annonce de formations médicales et paramédicales, d'un cursus complet aux Antilles, d'un pôle de recherche « santé environnement » à l'Institut Pasteur de Guadeloupe, d'une filière hospitalo-universitaire à La Réunion, d'instituts de formation aux métiers de la santé, de campagnes « ambitieuses » de dépistage, en particulier pour le VIH, mais sans davantage d'indicateurs ni de calendrier.

II - Quatre situations difficiles : Mayotte, la Guyane, Saint-Pierre-et-Miquelon, Wallis-et-Futuna

Le pilotage par l'État de la santé publique est plus difficile quand la concertation implique des collectivités fortes et un grand nombre d'acteurs. Mais le résultat n'est pas plus convaincant lorsque l'État a un rôle prééminent, voire quasi-exclusif. L'action publique s'y révèle marquée par un manque de vision d'ensemble, de cohérence et d'efficacité, comme le montrent les situations respectives de Mayotte, comparable sous nombre d'aspects à La Guyane, de Saint-Pierre-et-Miquelon, et Wallis-et-Futuna, l'un et l'autre atypiques.

A - Mayotte

L'archipel de Mayotte a été érigé en département en 2011, mais trois handicaps ont perduré. En premier lieu, une explosion démographique est largement attribuable aux dizaines de milliers de comoriens en situation irrégulière. Nombre de rapports d'inspection ont mis en garde contre le deuxième handicap : l'absence d'un système de santé équilibré entre soins de premier recours et prise en charge hospitalière, dont le centre hospitalier assure seul la presque-totalité. La édonie et de la Polynésie française.

⌋ Chambre territoriale des comptes Rapport sur la mission santé (2003-2009), [⊥] !! HYPERLINK "http://www.ccomptes.

1 - Une pression démographique explosive

Mayotte avait 23 000 habitants en 1958. Elle en a dix fois plus aujourd'hui, avec selon l'INSEE 212 644 habitants début 2013. La proportion de la population immigrée est passée de 33 % en 2002, à 40 % en 2007, et probablement plus encore en 2014. Le rythme des naissances a toutefois récemment baissé de quelque 7 700 par an à 6 651 en 2013.

16 000 clandestins examinés, 1 000 noyades et 3 000 enfants à la rue

Trois chiffres, estimés par la préfecture et non contestés par les administrations centrales, caractérisent la dramatique singularité de Mayotte.

Le premier est la reconduite dans les 24 heures de quelque 16 000 clandestins chaque année. Plus qu'ailleurs, les flux comoriens sont partiellement motivés par la demande de soins, notamment pour accoucher dans de meilleures conditions médicales (et pour qu'à leur majorité les enfants acquièrent la nationalité française). Un infirmier évalue, dans un site hospitalier proche du port et prochainement reconstruit, l'état des arrivants avant leur rétention ; il hospitalise les malades et les femmes en fin de grossesse. Les demandes de soins à l'infirmerie du centre même seraient peu nombreuses ; elles ne sont pas toutes enregistrées.

Le professionnalisme et l'humanité des personnels policiers et hospitaliers ne sont pas en cause, mais l'enquête sur place a montré que les conditions de rétention présentent des risques de contagion. En septembre 2013, les trois salles communes avaient enfin des matelas, en mousse, mais pour les nombreux bébés pas encore de lits, encore en commande. La construction d'un nouveau bâtiment devait commencer en 2009, et n'était pas encore engagée quatre ans plus tard. Le second chiffre est que jusqu'à un millier de clandestins périraient noyés en mer par an, soit certaines semaines davantage qu'en Méditerranée.

Le troisième est l'estimation par l'administration du nombre d'enfants exposés aux risques sanitaires d'une vie dans la rue, sans domicile fixe. Leurs parents, principalement comoriens, préfèrent les envoyer seuls à Mayotte, voire les y abandonner, plutôt que de les exposer à une enfance plus démunie encore : ils seraient jusqu'à 3 000, sans gîte ni couvert assurés, faute de familles d'accueil en nombre suffisant, de moyens associatifs ou publics, et avec une prise en charge médicale aléatoire du fait notamment d'une protection maternelle et infantile, par le conseil général, réputée à certains égards inadaptée. Chaque année, une trentaine d'enfants comoriens sont évacués pour des soins spécialisés à La Réunion, où, ne bénéficiant pas de l'aide sociale à l'enfance ni donc de familles d'accueil, ils demeurent longuement hospitalisés au CHU, en développant parfois de ce fait des troubles psychologiques.

Comme en Guyane, une forte précarité est reflétée par l'habitat, notamment pour les Comoriens : deux résidences principales sur trois sont encore dépourvues de confort de base.

En 2011, un tiers des 6 700 travailleurs contrôlés, et plus de la moitié dans des métiers tels que la pêche, étaient clandestins et dépourvus d'assurance-maladie. Un quart d'entre eux étaient des Comoriens sans titre de séjour⁸⁸. L'ampleur de l'immigration clandestine sature un système de santé déjà en soi insuffisant. Un rapport établi en septembre 2012 par M. Alain Christnacht, conseiller d'État, à la demande du gouvernement, a souligné les risques sanitaires encourus du fait de l'état

⁸⁸ Cf. Cour des comptes, Les flux migratoires irréguliers en Guyane, à Mayotte et à Saint-Martin, *Rapport public annuel 2011*, pages 381-404. La Cour recommandait la signature d'une convention annuelle entre le centre hospitalier et le préfet, mais celle de 2013 n'était pas encore signée fin août. La première convention d'évaluation sanitaire des étrangers en situation irrégulière était à l'état de projet. Ce centre voit passer, très brièvement, quasiment autant de clandestins que l'ensemble des autres centres de rétention français.

de santé de nombre d'immigrants comoriens. Il n'a pas de suites un an et demi plus tard.

L'ancienne Haute Autorité de lutte contre les discriminations (HALDE) puis le Défenseur des droits qui lui a succédé en 2011 se sont prononcés à plusieurs reprises sur les obstacles à l'accès aux soins à Mayotte pour les enfants comoriens, mais sans pour autant avoir été beaucoup entendus (cf. annexe 27).

2 - Un système de santé sous-calibré

La gravité de la situation sanitaire de Mayotte et les insuffisances de son système de soins ont été mises en lumière de longue date par une succession ininterrompue de rapports (liste en annexe 26). Au fil des décennies, des progrès ont été constatés, notamment avec la réduction spectaculaire du paludisme et de la lèpre, en dépit parfois d'une insuffisance de personnels qualifiés.

Alors qu'en 1989 les dépenses de santé par habitant étaient de 17 fois inférieures à celle de La Réunion, l'écart n'est plus que du simple au triple. Mais l'espérance de vie (74 ans) reste inférieure à celle de La Réunion (77 ans) et de la métropole (plus de 81 ans).

La population de Mayotte reste en dehors du champ de la prévention financée dans tous les autres départements par la CNAMTS, qui estime ne pas pouvoir intervenir sur la base de la réglementation en vigueur à Mayotte.

Dans ce contexte, l'ARS et le centre hospitalier améliorent patiemment l'offre de soins. Mais les annonces n'ont pas toujours été concrétisées. Ainsi, le ministère des affaires sociales et de la santé n'a fait financer que 371 des 500 lits et places qu'il avait annoncés en 2010 et qui auraient rapproché Mayotte des ratios moyens outre-mer.

L'offre de soins reposait en 2013 sur un ratio de 88 médecins pour 100 000 habitants, en quasi-totalité à l'hôpital, soit quatre fois moins que la moyenne nationale. L'accès y est quasi-gratuit et, au prix d'attentes variables, illimité. Les médecins libéraux sont moins de 15 par 100 000 habitants ; en 2012 et 2013, 16 d'entre eux sont partis, et 6 seulement sont arrivés. Un généraliste libéral fait fonction d'ophtalmologue, le seul pour plus de 220 000 patients très exposés. Dix des 17 communes n'ont pas de généraliste.

Les rares médecins libéraux se sont mis en grève en 2013 en raison de l'insuffisante densité en professionnels de santé par habitant, d'une

charge de travail écrasante (jusqu'à 50 consultations/jour, accélérées en raison des files d'attente), de l'insuffisance de prestataires pour l'entretien du matériel médical et d'une insécurité perçue comme croissante.

Ils bénéficient des majorations d'honoraires évoquées plus haut, mais non de la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie de leurs cotisations de retraite comme en métropole. En 2011, les honoraires moyens bruts connus de l'assurance maladie des rares omnipraticiens libéraux étaient de 150 875 € et ceux des 87 infirmiers, de 128 279 €, souvent supérieurs à la moyenne métropolitaine, mais inférieurs à celle des DOM, pour des conditions de travail plus difficiles.

Dans ces conditions, ce sont les dispensaires de l'hôpital qui font face à la quasi-disparition de la médecine libérale. La création de maisons de santé pluridisciplinaires et de centres de santé reste en suspens jusqu'à ce que le ministère réunisse les conditions juridiques et financières proposées par l'ARS. Des protocoles de coopération entre professionnels amélioreraient des prises en charge, mais l'aide attendue de la Haute Autorité de santé à leur élaboration reste à obtenir.

Notamment en gynécologie obstétrique, néonatalogie et pédiatrie, près de 50 % des postes hospitaliers sont occupés par des remplaçants, souvent pour de courtes durées. Cette instabilité est due en grande partie au manque d'attractivité de Mayotte : coût de la vie jugé élevé, insécurité en ce qui concerne les atteintes aux biens et, depuis peu, aux personnes. Cela obère la continuité des parcours de soins, pourtant priorité nationale.

Les agents de la fonction publique hospitalière reçoivent depuis janvier 2013 une indemnité qui atteindra 40 % du traitement brut en 2017, et une seconde indemnité quadriennale équivalant à cinq mois de traitement brut par an depuis novembre 2013. Leur revenu imposable aura en 2017 augmenté de 80 % par rapport à 2012 (de 40 % pour les praticiens hospitaliers, qui recevaient déjà la première indemnité). Il en coûtera 20 M€ d'ici la fin 2017. Une évaluation de l'efficacité de ces dispositions sera indispensable à cette échéance.

3 - La lente progression de l'assurance maladie et la baisse rapide des crédits publics

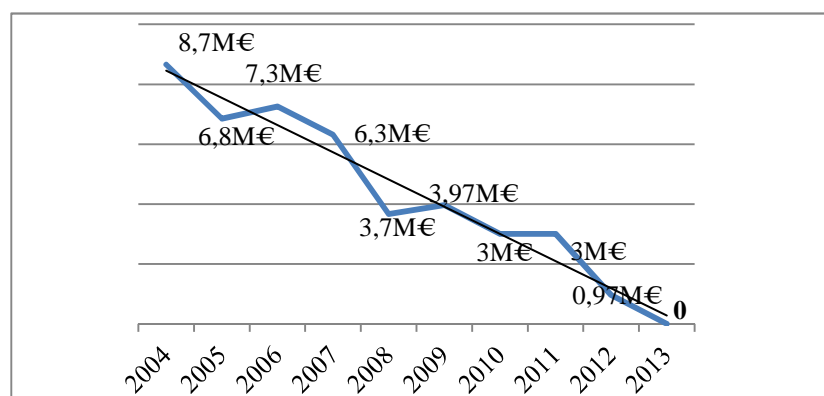
Jusqu'en 2004, les soins étaient gratuits dans le système de santé publique, sans aucune conditions de nationalité ni de ressource, et pris en charge par la collectivité territoriale, elle-même remboursée par l'État.

Pour bénéficier d'une couverture sociale, il convient désormais d'être affilié à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, seul le critère de

résidence, et non l'activité professionnelle, étant pris en compte : soit 163 536 bénéficiaires fin 2012, dont 42 143 étrangers (16 821 assurés et 25 322 ayant droits). Selon le ministère des outre-mer, cela exclut de l'accès aux soins une population de 60 à 80 000 personnes, dont quelque 3 000 enfants isolés (jusqu'à 5 000 selon le conseil général). Pour les patients qui n'ont ni assurance complémentaire ni les moyens de payer un ticket modérateur, l'accès aux soins urgents reste en théorie gratuit, avec une exonération totale ou partielle du ticket en cas de faibles ressources des assurés. Les non-affiliés doivent, sauf altération durable et grave de leur santé ou maladie transmissible, verser une provision à la caisse en attendant une aide de l'État – aide qui a disparu (Cf. graphique n° 4).

Le centre hospitalier (324 lits, 47 places, 17 centres de soins, 2 023 agents) est contraint, afin d'assumer ses responsabilités d'affecter à une population qui relève de la protection de l'État des ressources ordinaires d'assurance maladie, réduisant d'autant l'offre de soins hors population étrangère. Le tiers de ses quelque 140 M€ de dépenses annuelles est absorbé par la prise en charge des personnes insolvables, que l'assurance maladie finance ainsi, sans que la CNAMTS ne dispose de données plus précises. Mais au fur et à mesure que ces dépenses augmentaient, l'État (programme 123 du ministère des outre-mer) a progressivement réduit l'aide qu'il lui apportait, pour la supprimer intégralement en 2013.

Graphique n° 4 : la régression de la prise en charge par l'État des soins aux étrangers à Mayotte



Source : caisse de sécurité sociale de Mayotte

Le centre hospitalier est désormais en déficit, à hauteur de 2,6 M€ en 2012, et 1,7 M€ en prévision pour 2013. Sans recettes additionnelles, le seuil de 2 % de déficit sera vite franchi, et l'ARS devrait imposer un plan de redressement – qui aggraverait encore les défaillances – pour pallier la carence de l'État, qui supprime son aide en même temps qu'il augmente de 40 à 80 % les charges salariales comme indiqué plus haut.

Un constat sévère

Le ministère des outre-mer a formulé lui-même un constat sévère lors de l'enquête de la Cour : « Le dispositif alternatif mis en place en 2004 permet à l'ensemble de la population non assurée sociale et notamment les étrangers en situation irrégulière de bénéficier des soins urgents. Pour les soins courants, le seul recours est l'accès aux médecins des associations caritatives (Médecins sans frontières, etc.). On constate donc des ruptures de prise en charge des pathologies lourdes (diabète, cancer, etc.) pour des personnes en situation irrégulière par crainte d'arrestations et d'expulsions lors des visites à l'hôpital.

Le risque sanitaire de propagation d'épidémie ou de maladie est devenu majeur, aggravé par les conditions de vie précaires (habitat de fortune) le manque de ressources nécessaires y compris pour les besoins vitaux alimentaires (malnutrition notamment des enfants).

Enfin 70 % de personnes reçues à la PMI sont non assurées sociales. La couverture vaccinale est insatisfaisante pour les 0 – 6 ans ».

4 - L'évolution de la couverture sociale

Une ordonnance du 31 mai 2012 a étendu à Mayotte, sans étude de faisabilité préalable ni financement⁸⁹, une disposition du droit national et international : « les frais concernant les mineurs et ceux destinés à préserver la santé de l'enfant à naître sont pris en charge en totalité lorsque les ressources des personnes concernées sont inférieures », à un montant à déterminer. Cette disposition inclut les étrangers en situation

⁸⁹ La direction des affaires juridiques du ministère de la santé, « alors en sous-effectif sur le dossier de Mayotte » n'assistait pas à la séance du Conseil d'État qui a - ainsi qu'il était de son devoir au regard des engagements internationaux de la France – modifié le projet d'ordonnance sur ce point. L'ARS n'a de ce fait pas davantage été consultée.

irrégulière, y compris en affection grave et durable. Deux ans plus tard, elle n'est pas encore financée ni donc appliquée, alors que la PMI mahoraise est, elle aussi, en crise.

Ce contexte a été aggravé en 2012 pendant plusieurs mois de grève à la caisse générale de sécurité sociale comme par les limites apportées malgré la départementalisation à son intégration dans le régime général. De graves désordres ont de surcroît affecté jusqu'à récemment l'exactitude de sa comptabilité et de ses états financiers.

Une éventuelle harmonisation du système mahorais d'assurance maladie avec celui des autres départements français suppose une évaluation très attentive de son impact. En tout état de cause, les conditions nécessaires ne sont pas à ce jour remplies : ainsi, la commission de révision de l'état-civil doit valider les nombreuses identités incertaines, les moyens de connaissance et de vérifications des revenus doivent être développés et le « secteur informel » du travail dissimulé, réduit ; la possession d'un compte bancaire doit être généralisée⁹⁰.

Un groupe de travail du ministère des affaires sociales et de la santé examinait, début 2014, les suites à donner aux recommandations de l'IGAS en ce sens.

B - La Guyane

La Guyane, département d'outre-mer, présente de très fortes singularités, en raison de l'importance de l'immigration, notamment clandestine, qui affecte la démographie de ce très vaste territoire. Cette immigration a une incidence sur le système de soins et tout particulièrement sur l'activité des centres hospitaliers. Entre autres difficultés, la pratique de nombreuses langues rend parfois difficile le

⁹⁰ La CSSM a d'ores et déjà entrepris d'exiger un relevé d'identité bancaire pour toute affiliation, alors que beaucoup de patients n'ont pas de compte bancaire et que les banques rechignent tant à leur fournir des attestations de refus d'ouverture de comptes qu'à en ouvrir ; or, deux attestations de refus sont nécessaires pour que l'Institut d'émission d'outre-mer en fasse ouvrir un d'office.

contact entre les patients et les professionnels de santé ou de la sécurité sociale⁹¹. Trois exemples illustrent ci-après les enjeux guyanais.

1 - L'incidence de l'immigration illégale

La réduction des inégalités d'accès aux soins est la première priorité du plan régional de santé de Guyane, mais atteindre cet objectif face à l'inévitable afflux de clandestins demeure une gageure.

Les étrangers en situation irrégulière sont, comme à Mayotte, nombreux. Un certain nombre d'entre eux sont en mauvaise santé et à cet égard particulièrement vulnérables. Ils seraient plusieurs dizaines de milliers à effectuer de fréquents allers retours avec le Brésil ou le Surinam⁹². Jusqu'à la moitié des patients du centre hospitalier de Saint Laurent du Maroni, que seul un fleuve sépare du Surinam, est ainsi en situation irrégulière. Une aide financière française à la construction au Surinam d'une maternité face à Saint Laurent du Maroni n'a pas eu de suite, l'aide ayant été détournée.

2 - Les défaillances de la mise en place de l'aide médicale d'Etat

L'aide médicale d'État (AME) est, après l'assurance maladie obligatoire, la seconde source de financement des soins : derrière Paris et la Seine-Saint-Denis, la Guyane est le troisième département en termes de bénéficiaires de l'AME, soit plus de 20 000 bénéficiaires. Elle finance notamment près de 20 % des recettes hospitalières (contre 2,5 % à l'AP-HP et 0,7 % en moyenne nationale).

De mars 2011 jusqu'à sa suppression en 2012 l'acquittement d'un nombre fiscal de 30 € en Guyane comme en métropole.

⁹¹ 36 % des 49 résidents guyanais interrogés sur leur téléphone mobile en 2011 n'étaient pas de nationalité française (13 % brésilienne, 10 % haïtienne, 6 % surinamaïse, 2 % guyanaïse, etc.) ; 39 % ont indiqué ne parler en famille ni le français ni le créole (13 % le portugais, 10 % les langues des Bushinengue, 2 % les langues amérindiennes, etc. Source : enquête-pilote sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels aux Antilles et en Guyane en 2011, ORS d'Île-de-France, données non publiées.

⁹² Près de la moitié des personnes reconduites au Brésil et au Surinam le sont à plusieurs reprises.

Outre l'éloignement de la plupart des demandeurs par rapport aux rares points de vente du timbre fiscal exigé, un rapport de l'IGAS avait mis en évidence des défaillances conduisant à des délais d'instruction des demandes d'AME de plus de six mois et à une expiration des droits avant que les intéressés aient été informés qu'ils en disposaient. Des femmes enceintes ont été hospitalisées pendant plusieurs mois faute de prise en charge financière d'une alternative médicale. Les établissements ont facturé des prises en charge en soins urgents, faute d'AME, au risque d'insolubles régularisations une fois l'AME attribuée, avec une perte nette de plusieurs millions d'euros pour les trois établissements hospitaliers. Les officines pharmaceutiques ont eu à choisir entre perdre une part importante de leur clientèle, en refusant de délivrer des médicaments en l'absence d'AME, et les délivrer au risque de ne jamais en être remboursées. Des organisations humanitaires reconnaissent que des progrès ont été récemment obtenus, notamment de la caisse générale de sécurité sociale mais il n'a pas encore été remédié à l'absence d'enregistrement informatique, de traçabilité et d'archivage des dossiers refusés, simplement retournés aux demandeurs⁹³.

3 - Les centres hospitaliers

Les deux centres hospitaliers de Guyane se caractérisent à des degrés divers par des problèmes de vétusté et une activité fortement liée au dynamisme démographique de ce département. Ainsi, Le centre hospitalier de Saint-Laurent du Maroni, installé principalement dans un ancien baignoire, dispose notamment de l'une des plus maternités les plus actives de France. Ce centre est particulièrement vétuste (cf. annexe 22) et ce n'est que tout récemment, le 25 février 2014, qu'un projet de

⁹³ En 2012, « à Cayenne, le retard de recours et le renoncement aux soins sont nettement plus fréquents [qu'en métropole]. En effet, l'application des politiques sociales en Guyane s'est dégradée à l'encontre des populations vulnérables, creusant ainsi les inégalités sur le territoire. Les équipes de terrain de Médecins du Monde constatent des dysfonctionnements alarmants et une véritable insuffisance des administrations du secteur social et sanitaire (...) les demandes de pièces abusives sont systématiques, les délais d'instruction dépassent souvent neuf mois et de nombreux dossiers en attente d'instruction ont été détruits en 2012 par le personnel administratif de la caisse générale de sécurité sociale». Médecins du monde, Observatoire de l'accès aux soins de la mission France, Paris, octobre 2013, page 94. Les recherches effectuées sur la période 2012-2013 à la demande de la Cour ont cependant montré l'absence de preuves de destructions et une réduction à quelques semaines des délais

reconstruction a été approuvé par le COPERMO. Dans l'attente d'un nouveau bâtiment, une première modernisation des installations est initiée (maternité, organisation des soins, équipements biomédicaux, sécurité incendie, etc.) de même qu'une remise en état du bâtiment de psychiatrie et une mise aux normes pour la sécurité contre les risques incendie et de panique.

Le Centre hospitalier de Cayenne a procédé à la reconstruction de son pôle Mère-Enfant, pour un coût de 75 M€, et au réaménagement des locaux libérés pour un coût de 35 M€, investissements utiles mais dont l'importance financière n'avait pas été clairement documentée auprès de l'agence régionale. Cela a conduit l'établissement, à peine sorti d'un plan de retour à l'équilibre, à retomber passagèrement en déficit, pendant que la chambre régionale des comptes en critiquait la gestion des ressources humaines (cf. annexe 23).

C - Saint-Pierre-et-Miquelon

À tous égards aux antipodes de Mayotte, la petite collectivité de Saint-Pierre et Miquelon bénéficie de sa propre caisse, autonome, de prévoyance sociale (CPS) et d'une infrastructure de santé sans équivalent outre-mer. On y dénombre un salarié du secteur sanitaire et médico-social pour 25 habitants (contre environ un pour 35 habitants France entière). Les dépenses de santé y ont augmenté de 43 % entre 2009 et 2012, de manière incontrôlée, pour une population qui stagne.

L'archipel dispose d'une direction de la cohésion sociale, du travail, de l'emploi et de la population, d'une « administration territoriale de santé » (ATS⁹⁴), avec une commission territoriale de coordination des politiques publiques de santé et une conférence territoriale de la santé et

⁹⁴ L'ATS est un service déconcentré de l'État sous la responsabilité du préfet, directeur général (5,25 ETP dont un ingénieur d'études sanitaires, et un emploi informellement mis à disposition par la CPS). Un schéma territorial d'organisation sanitaire et sociale (STOSS) adopté en 2006. Depuis décembre 2013, l'ATS est intégrée de fait dans le réseau des ARS et son directeur général, le préfet, est invité aux séminaires mensuels des directeurs généraux d'ARS.

de l'autonomie. Les 6 312 habitants⁹⁵ ont accès à un centre hospitalier, à l'équipe médicale de la caisse de prévoyance sociale, qui pratique un tiers payant étendu, et à une quinzaine de petits établissements et services médico-sociaux. L'ATS a confirmé en 2012 « une démultiplication des acteurs par strate (...). Cet état de fait est d'autant plus lourd qu'il est coûteux ». L'hôpital demeure sous-utilisé (51 % de taux d'occupation en 2012). En dépit de sa spacieuse reconstruction, il souffre de multiples défaillances. Comme l'a souligné la CPS, un « projet médical sérieux aurait dû précéder le projet immobilier, porteur incontesté de l'activité économique ». Du fait de la proximité des modernes infrastructures du Canada (Saint-Jean de Terre-Neuve est à 277 km), il y a au surplus quelque 238 évacuations sanitaires par 1 000 habitants et par an (contre 48 pour 1 000 à Wallis-et-Futuna). L'hôpital ne déclenche qu'une cinquantaine d'entre elles par an, les autres l'étant par la caisse de protection sociale. Malgré la multiplication des missions et des inspections, le ministère des affaires sociales et de la santé ne paraît pas avoir pris toute la mesure des arbitrages nécessaires en termes de rapport coût/sécurité entre évacuations sanitaires et recrutement de médecins hospitaliers dont le profil permettrait de limiter ces dernières.

L'ATS (5,25 ETP) n'a pas toute l'autorité nécessaire pour exercer ses compétences face à la CPS et au centre hospitalier (l'administration centrale notifie parfois directement crédits et orientations à ces derniers). Près de trois ans après sa création, aucune convention ne lie ces trois acteurs, en dépit d'un projet en ce sens. L'ancien schéma territorial devrait être prochainement remplacé par un plan stratégique territorial de santé, à l'issue d'une concertation prévue en 2012 mais encore inaboutie. Le ministère, conscient de la « fragilité » de l'ATS, annonce des mesures pour y remédier, dont l'adossement à une agence régionale de santé.

D - Wallis-et-Futuna

La collectivité des îles de Wallis-et-Futuna compte 13 384 habitants, à plus de 97 % polynésiens. Tutrice d'un système juridique tripartite (pouvoir coutumier de trois rois, Église, État), la République y assure « *l'hygiène et la santé publique* » et les finances (loi de finances du

⁹⁵ Population 2012. À une soixantaine de naissances dans l'archipel s'ajoute un nombre inconnu d'enfants nés après évacuation de leur mère au Canada. Il y a une quarantaine de décès chaque année, et un exode significatif de jeunes.

29 décembre 1971)⁹⁶. La dépense courante de santé par habitant est la plus basse d'outre-mer avec celle de Mayotte, et quelque quatre fois inférieure à celle de Saint-Pierre et Miquelon, même si le ministère déclare allouer la même dotation hospitalière qu'à ce dernier (0,49 M€/lit en 2013). En l'absence de sécurité sociale et de tout professionnel libéral, le système de santé repose exclusivement sur l'agence de santé (ADS). Celle-ci assure, avec son hôpital, l'intégralité de l'offre de soins dans des conditions délicates au regard des risques que présente l'état de santé de la population, le plus dégradé peut-être des outre-mer.

Selon une étude financée par la Communauté du Pacifique, 6 % des 18 ans et plus présentaient en 2010 au moins trois facteurs de risque de maladies non transmissibles. Entre 1980 et 2010, l'obésité et le diabète ont doublé et la prévalence de l'hypertension a triplé. Selon les critères de l'OMS, 60 % des habitants sont obèses et 27 % en surpoids. Le diabète frappe à hauteur respectivement de 7 % (hommes) et de 4 % (femmes) avec une prévalence de 24 % en 2011 dans un village-test.

Or, l'activité médicale est pour l'essentiel en stagnation ou en baisse, hors urgences, comme la population :

⁹⁶ Le droit coutumier intervient aussi. Il a ainsi imposé l'embauche par l'hôpital de salariés choisis par ses propriétaires fonciers et non pas en fonction de leur profession, ce qui représente près de 15 % des effectifs hospitaliers et s'éteindrait vers 2030.

Tableau n° 17 : activité de l'agence de santé à Wallis (hors Futuna)

Hospitalisations	2007	2008	2009	2010	2011	2011 /2007
Journées	10 041	8 618	9 044	8 398	8 956	- 11 %
Entrées	1 744	1 750	1 742	1 656	1 592	9 %
Occupation (1)	51,9 %	44,5 %	46,8 %	49,0 %	50,1 %	3 %
Urgences	12 634	Nd	14 883	13 613	15 127	
DM séjour (2)	5,8	4,9	5,2	5,1	5,7	2 %
Chirurgie	600	685	675	545	537	- 11 %
Naissances	210	182	231	164	205	2 %
Consultations	33 528	33 421	29 079	30 059	29 875	- 11 %
Évacuations	409	435	656	648	637	56 %

Source : agence de santé. (1) Taux d'occupation : nombre de journées d'hospitalisation/nombre de lits x 365 ; (2) Durée moyenne de séjour : nombre de journées d'hospitalisation/nombre d'entrées

L'état de santé de la population est certes meilleur que dans des îles de la région, telles que les Samoa américaines, mais dans un rapport inédit d'avril 2013, l'inspection générale des affaires sociales a noté « une prise en charge de ces risques défaillante au point que l'espérance de vie recule, un cas de figure unique en France : elle est actuellement de 74,3 ans (80,2 ans en France métropolitaine) contre 76,7 en 2006 », ce que l'exode des jeunes peut en partie expliquer ; « cette situation choquante devrait, à elle seule, conduire à réexaminer en profondeur la stratégie de l'ADS qui, jusqu'à présent, a déserté le champ de la prévention sanitaire ». La même inspection générale a souligné en 2010 puis en 2013 « les équipements techniques très insuffisants dans tous les domaines » et « le cadre bâti, à la fois surdimensionné, obsolète et inadapté » de l'hôpital, dont le taux d'occupation des lits est inférieur à 50 % faute de praticiens spécialisés et par surdimensionnement pour faire face à d'éventuelles catastrophes. Deux des trois dispensaires n'ont pas de groupe électrogène, alors que chaque cyclone conduit à de longues coupures d'électricité. À Wallis, le service des urgences a cohabité avec la chirurgie au rez-de-chaussée, inutilisable en cas de cyclone, pendant trois mois en 2013. On accède au service de médecine de l'étage par une pente de 30 %, sans ascenseur. Des dégâts sont provoqués à répétition par les cyclones, les bâtiments n'y ayant pas été construits pour y résister. Le contrat 2012-2016 a prévu 9 M€ pour un plateau technique, mais fin 2013 aucun crédit de paiement n'avait encore été versé.

L'agence de santé de Wallis-et-Futuna⁹⁷

Créée en 2000, l'agence de santé (ADS) est un établissement public national à caractère administratif doté de l'autonomie administrative et financière, avec un conseil de tutelle composé des ministères chargé des outre-mer, de la santé et du budget. Le conseil d'administration est présidé par le préfet, administrateur supérieur et chef du territoire. La cotutelle de l'agence est exercée par la direction générale des outre-mer, la direction générale de l'offre de soins et la direction du budget. L'ADS doit élaborer un programme de santé publique compte tenu des priorités établies par une conférence de santé prévue à l'article L.1524-1 du code général des collectivités territoriales. Son budget de fonctionnement est consacré pour l'essentiel à ses 195 salariés (dont 17 médecins et l'unique pharmacien du territoire). Il inclut l'hôpital, la PMI, la santé scolaire et au travail, la prévention, les handicaps, les addictions et les personnes âgées. Il a baissé en euros constants : 16,3 M€ en 2005, 25,85 M€ en 2008, en partie du fait d'une nouvelle convention collective, 24,2 M€ par an de 2010 à 2012, 25,9 M€ en 2013 (dont un dixième pour des charges sur exercices antérieurs). C'est moitié moins par habitant qu'à Saint-Pierre et Miquelon, pourtant très proche d'hôpitaux canadiens. L'ADS assure une quasi-totale gratuité des soins aux résidents. Chaque année, les trois ministères de tutelle approuvent un budget qui reporte de 10 à 20 % le paiement de dépenses courantes à l'exercice suivant, alors que reste impayé, et hors bilan, l'équivalent de près d'une année de dépenses de fonctionnement.

⁹⁷ Les crédits d'État dont disposait la DGOM pour la santé outre-mer ont baissé de 30,5 M€ en 2008 à 24,3 M€ en 2012. Les rapports de performance indiquent qu'ils étaient affectés à l'agence (entre 22,8 et 25,8 M€ selon les années), à la prise en charge par le centre hospitalier de Mayotte de patients non affiliés à la sécurité sociale (montants indiqués dans le graphique 4 *supra*), et pour le surplus à diverses associations des secteurs sanitaires et sociaux. Suite au transfert du fonctionnement de l'agence à la direction générale de l'offre de soins, ces crédits ont chuté à 3,05 M€ en 2013.

Un risque de cessation de paiement

L'IGAS a indiqué en avril 2013 que « *le préalable à toute amélioration est le rétablissement de la sincérité des comptes (inscription au bilan des dettes diverses et des retards d'amortissement)* » de l'agence. La tutelle a en effet méconnu les mises en garde à ce sujet, notamment des directions des finances publiques de Nouvelle-Calédonie comme de Wallis-et-Futuna, sans faire redresser les comptes. Le ministère des outre-mer, qui conserve la charge de la dette antérieure à 2013, date à laquelle le financement de l'agence a été transféré au ministère de la santé, a refusé aux préfets successifs, présidents du conseil de l'administration de l'agence, les crédits de paiement pour plus de 20 M€ de factures d'évacuations sanitaires, datant parfois d'une décennie⁹⁸. Un rapport de l'inspection générale des finances a confirmé début 2014 l'exigibilité de l'intégralité de ces dettes. Au cours de la réunion en janvier 2012 de la commission de suivi de leur accord, l'État, la Nouvelle-Calédonie et Wallis-et-Futuna s'étaient engagés à saisir les instances de tutelles de l'agence de santé afin de régler la dette et d'augmenter la dotation annuelle. Deux ans et demi plus tard, le ministère des outre-mer annonce une solution sans préciser la date de sa mise en œuvre.

Le nombre d'évacuations vers Nouméa (1 990 km), plus rarement en Australie ou en métropole, est stable, autour de 600 par an. Quand un vol commercial n'est pas disponible (autour de 800 € l'aller-retour pour Nouméa, le triple du billet Saint-Pierre et Miquelon-Terre-Neuve) ou ne peut être affrété (28 449 € par transfert), l'armée de l'air facture 61 000 € pour onze heures d'aller-retour en bimoteur. L'inspection générale des affaires sociales a relevé l'absence de contrôle médical préalable de la pertinence de ces évacuations, sans qu'il y soit remédié.

⁹⁸ Principalement, début 2014, 1,5 M€ envers le ministère de la défense (dont l'administration centrale n'a identifié que le tiers), 5,5 M€ envers la caisse de sécurité sociale de Nouvelle Calédonie, 13,4 M € envers le CH territorial et 0,09 M€ pour le CH psychiatrique de Nouméa. Une part de ces dépenses a consisté en billets d'avion de patients pour la métropole ou l'Australie, et en frais d'hospitalisation dans ces destinations. L'agence apure aussi 8 M€ d'autres dettes antérieures à 2008 (1 M€/an jusqu'en 2014) ; elle avait hérité de dettes du service de santé militaire qui la précédait. La DGOS a appelé en 2012 les établissements créanciers néo-calédoniens au « respect de considérations médicales et humaines auxquelles généralement les hôpitaux publics s'astreignent » à défaut que l'État s'astreigne à payer ses dettes envers eux (Conseil d'administration, ADS, 13 avril 2012, page 4). Les créanciers néo-calédoniens ont, après des années de patience, décidé de ne plus accepter de patients de l'agence avant d'avoir été payés, décision encore non appliquée. Le programme 123 du ministère des outre-mer (quelques 600 M€ par an de crédits de paiement) finançait l'ADS avant que le ministère des affaires sociales et de la santé prenne son relais en 2013 pour le fonctionnement, hors dettes et investissements.

Pour faire suite aux quinze recommandations de l'inspection générale des affaires sociales début 2012, le ministère des outre-mer a toutefois nommé un « préfigurateur », qui a élaboré fin 2013 un projet de refonte du système de santé de Wallis-et-Futuna. Une « nouvelle gouvernance » serait accompagnée d'un cadre budgétaire et comptable rénové, et d'un « nouvel élan à l'investissement » comme prévu dans l'actuel plan directeur.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La situation sanitaire des outre-mer est meilleure que dans la plupart des pays voisins dans leurs zones respectives, grâce aux moyens très supérieurs déployés de longue date par la collectivité nationale. Mais les progrès sont si inégaux face à l'importance des enjeux, qu'ils appellent de la part de l'État un changement d'approche tenant compte des différences des situations institutionnelles comme géographiques et sanitaires et pouvant imposer des redéploiements.

La diversité des acteurs politiques, administratifs et sociaux de la santé outre-mer n'a pas été palliée par une stratégie d'ensemble. Au manque de vision globale et de dynamisme interministériel se conjuguent les défaillances dans le pilotage fin des situations de certains outre-mer, que mettent notamment en lumière les situations très problématiques de Mayotte et Wallis-et-Futuna et, en contraste, celle de Saint-Pierre et Miquelon au suréquipement onéreux.

La stratégie nationale de santé définie en 2013 et la loi de santé publique qui la déclinera devraient fournir l'opportunité de définir un programme national de santé publique pour les outre-mer à partir d'une consolidation des constats établis territoire par territoire, autour d'objectifs réalistes, selon un calendrier pluriannuel précis, assorti des indicateurs de moyens et de résultats indispensables et accompagné d'un dispositif de pilotage et d'évaluation rigoureusement organisé. Un tel plan a vocation à être reconduit à son échéance en intégrant les résultats de son évaluation, pour, étape par étape, progressivement améliorer la situation sanitaire de chacun des outre-mer en fonction des réalités qui lui sont propres.

Ce programme devrait viser à répartir plus équitablement dans chaque territoire les moyens nécessaires pour réduire les inégalités de prise en charge des populations les plus vulnérables et des risques les plus lourds de conséquences sanitaires et financières. Parallèlement, la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française pourraient choisir de bénéficier d'un accompagnement de l'État et de ses agences nationales.

Ces constats conduisent la Cour à formuler les recommandations suivantes :

- 10. décliner dans un programme de santé publique pour les outre-mer la stratégie nationale de santé et la future loi de santé publique, autour d'un nombre limité de grandes priorités, sur la base d'un calendrier réaliste et d'une programmation budgétaire pluriannuelle, et proposer, dans le respect de leurs compétences, aux gouvernements de la Polynésie française et de la Nouvelle-Calédonie de s'y associer ;*
- 11. décliner ce programme dans un volet « outre-mer » intégré aux contrats d'objectifs et de performance des agences sanitaires nationales ;*
- 12. créer un réseau interministériel composé d'un chargé de mission référent « outre-mer » dans chaque direction et agence sanitaire concernée ;*
- 13. apurer sans délai le règlement des dettes accumulées par l'agence de santé de Wallis- et-Futuna ;*
- 14. évaluer l'impact financier de la mise en œuvre de l'ordonnance du 31 mai 2012 et les conditions dans lesquelles une éventuelle harmonisation du système mahorais d'assurance-maladie avec les autres départements français pourrait être réalisée.*

Conclusion générale

Au terme de l'enquête approfondie menée par la Cour avec les contributions des chambres régionales et territoriales des comptes, de centaines de responsables d'établissements et de professionnels de santé, la vision d'ensemble ainsi fournie met en lumière l'enjeu important que constitue la santé dans les outre-mer.

1. Les risques spécifiques ont fait l'objet d'efforts manifestes, mais sans pouvoir être toujours maîtrisés ou réduits. Ainsi, des épidémies provoquées par des agents infectieux transmis par des moustiques font encore des ravages considérables, coûteux et déstabilisants pour les systèmes de soins, comme en 2013-2014 aux Antilles, à La Réunion, en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française. L'efficacité des systèmes de veille et la mobilisation locale pour la lutte antivectorielle sont inégales. À La Réunion et à Mayotte, l'épidémie de chikungunya de 2005-2006 (38 % de population atteinte) a conduit l'ARS à mettre en place un solide dispositif préventif, qui limite désormais l'ampleur de ces risques. Ce modèle n'a pas toujours été suffisamment suivi ailleurs.

Les taux de diabète demeurent le double ou le triple de la moyenne nationale. L'alimentation est souvent déséquilibrée, avec des effets aggravés par une sédentarité croissante. Les taux de surpoids et d'obésité sont très supérieurs à la métropole ; Mayotte fait exception, où la malnutrition existe encore chez de jeunes enfants. L'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires et les cas d'insuffisance rénale chronique terminale sont fréquentes.

2. La précarité économique et sociale ainsi que des risques environnementaux aggravent la vulnérabilité des populations, ce qu'illustre la persistance d'une surmortalité maternelle et infantile aux multiples causes, si lourdes que l'objectif de réduction fixé en 2009 par le plan santé Outre-mer n'a pu être atteint. La situation sanitaire demeure de ce fait fréquemment une source de fortes inégalités.

3. L'offre de soins ambulatoires et hospitaliers est hétérogène, déséquilibrée et inégalement accessible. Les dépenses par habitant des dispositifs d'assurance maladie ont atteint dans la plupart des outre-mer un volume assez proche du niveau métropolitain ; cela témoigne de l'effort en ce domaine, mais des écarts du simple au quadruple demeurent.

Des rééquilibrages sont à opérer par l'État, compte-tenu de la lourdeur des risques sanitaires et de surcoûts qui induisent, à financement comparable, de moindres capacités de prévention et de soins. La difficulté de recruter des professionnels de santé va être multipliée au rythme de prochains départs massifs à la retraite. Les filières hospitalo-universitaires locales restent à développer, à un niveau qui pallie la difficulté d'attirer et stabiliser des professionnels de santé en nombre suffisant dans des territoires où les conditions de vie ne sont ni faciles ni toujours sûres.

Les hôpitaux ont développé des pôles d'excellence, mais leur offre de soins est insuffisante dans certaines disciplines telles que la psychiatrie, et les prises en charge qu'ils offrent sont parfois perfectibles, comme en témoignent les disparités de soins apportés en milieu carcéral ou encore des taux élevés de maladies nosocomiales.

La moitié des hôpitaux souffrent de déficits financiers, parfois considérables, et d'une gestion souvent désordonnée, qu'il s'agisse des ressources humaines ou du pilotage des investissements, renchérissant encore les surcoûts dus à l'éloignement et à l'isolement. D'inévitables limitations de gammes de soins imposent des évacuations sanitaires vers des équipes très spécialisées, en métropole principalement. Elles accroissent le déséquilibre de l'assurance maladie, notamment en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française.

4. Face à ces déséquilibres, les politiques publiques nationales ou territoriales d'organisation des soins ont apporté des réponses partielles, avec des priorités insuffisamment financées ou coordonnées. La collecte des données sanitaires, souvent incomplètes ou tardives, ne facilite pas toujours la définition des choix et le pilotage. La nature, le niveau et la répartition des financements sont parfois plus hétérogènes qu'il ne serait nécessaire. En Guyane et à Mayotte, la collectivité nationale assume médiocrement ses obligations en matière de droit à la santé, en dépit de progrès indiscutables. Partout, la gestion des ressources humaines, tant hospitalières que libérales, apparaît perfectible.

La situation sanitaire des outre-mer est certes incomparablement meilleure que dans la plupart des pays avoisinants. Mais elle demeure encore insatisfaisante au regard de l'exigence d'égalité que la République se doit de promouvoir en matière de protection de la santé pour l'ensemble de ses citoyens, en métropole ou outre-mer.

Y remédier s'impose. C'est pourquoi une stratégie adaptée de santé publique pour les outre-mer constitue un enjeu majeur.

Trois grandes orientations conduisent aux recommandations formulées à cet effet : mieux connaître, mieux coordonner, agir plus efficacement avec une stratégie d'ensemble et pluriannuelle

permettant de réduire les écarts les plus graves en termes d'égalité des chances.

Mieux connaître. La présente enquête a montré que les données sanitaires, socio-économiques et financières nécessaires pour mieux allouer les ressources sont souvent incomplètes, irrégulières, voire inexistantes. Remédier à ces lacunes est la première condition d'une action efficace de correction des situations les plus alarmantes. Les dispositifs de recueil des données socio-sanitaires doivent être rapidement confortés afin de prendre pleinement la mesure des écarts et retards les plus préoccupants et d'adapter en conséquence les actions correctrices à court et moyen terme. À cette fin, l'établissement d'un *schéma directeur des données de santé* pour les outre-mer doit constituer une priorité par le ministère des affaires sociales et de la santé. Le ministère chargé des outre-mer peut y contribuer en proposant aux gouvernements de Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française de s'y associer. C'est dans le même souci que des comptes de la santé devraient être produits annuellement pour chaque outre-mer. Faute de tels progrès, qui impliquent le concours durable de l'ensemble des acteurs de la politique de santé, il n'y aurait guère d'assurance de succès à moyen et long terme de la stratégie d'action pour l'outre-mer que la présente enquête appelle.

Mieux coordonner. Le paysage institutionnel de l'outre-mer a été profondément transformé par les transferts de compétence aux collectivités du Pacifique dont les gouvernements ont désormais la responsabilité en matière de santé. La création des agences régionales de santé a changé la donne dans les départements d'outre-mer en permettant un pilotage sanitaire plus fin grâce à une professionnalisation des équipes et une meilleure connaissance des déterminants de santé.

Cependant, le ministère des affaires sociales et de la santé est loin d'avoir tiré toutes les conséquences et tous les bénéfices de cette transformation. L'outre-mer ne figure guère au cœur de ses priorités. Les directions d'administration centrale et les agences sanitaires concernées n'ont pas encore toutes un référent en charge des questions ultramarines et dans des conditions garantissant une coordination efficace de la veille, de la programmation et des arbitrages nécessaires. De son côté, le ministère des outre-mer dispose d'une structure d'animation légère qui ne peut agir efficacement que si elle peut contribuer au pilotage de l'action publique, nécessairement interministériel.

Cette coordination interministérielle est aujourd'hui radicalement insuffisante. Or, si la responsabilité du ministère des affaires sociales et de la santé est première pour la mise en œuvre d'une politique de santé publique, celle du ministère des outre-mer est importante pour une conjugaison efficace des priorités budgétaires comme des actions de

l'État et des exécutifs locaux. Qu'il agisse directement à travers ses représentants (préfets et directeurs des ARS) dans les départements ou qu'il accompagne par des contrats de développement judicieusement construits l'action des gouvernements locaux, l'État demeure en effet le garant ultime de la protection de la santé que la République dans sa diversité doit assurer à tous ses citoyens. Les disparités et les pertes de chances les plus graves que le présent état des lieux a fait apparaître ne pourront être réduites qu'au prix d'un pilotage particulièrement robuste et d'arbitrages correctement préparés.

Agir efficacement. La stratégie de santé dans les outre-mer devrait changer résolument car il n'a pas toujours été tiré le meilleur parti des financements importants apportés au fil des dernières décennies. La situation appelle des redéploiements de moyens budgétaires de l'assurance maladie.

L'extrême diversité des situations géographiques, démographiques et sociales, la grande hétérogénéité du niveau tant des risques sanitaires que de l'offre de soins ambulatoires et hospitaliers, les modalités différentes de l'action publique que requièrent l'exercice direct des compétences ou l'accompagnement des efforts des exécutifs locaux plaident pour une nouvelle stratégie dans le domaine de la santé pour les outre-mer. Cette dernière devrait résulter d'une consolidation des « états des lieux de santé » réalisés territoire par territoire dans la perspective d'arbitrages indispensables, suffisamment objectivés pour tenir à distance les intérêts catégoriels de toute nature et résister aux rapports de force politiques et syndicaux. L'expérience des dernières années montre en effet que faute de hiérarchisation des priorités, les moyens dégagés ont été parfois d'un coût excessif au regard des résultats. En dehors de rééquilibrages internes entre soins et prévention et entre secteur hospitalier et secteur ambulatoire, des redéploiements ne sauraient non plus être exclus entre la métropole et les outre-mer, afin de ne pas aggraver des retards persistants.

Seul un programme pluriannuel robustement construit, reposant sur une stratégie d'action publique profondément renouvelée et tirant les conséquences des évolutions institutionnelles, tenant compte de l'extrême diversité des situations sanitaires territoire par territoire et remédiant aux profondes insuffisances et inégalités observées au cours des dernières décennies permettra ainsi de répondre à l'enjeu que constitue outre-mer l'égalité des droits à la santé dans la République.

Récapitulatif des recommandations

1. faire établir par les ministères chargés des affaires sociales, de la santé et de l'outre-mer un tableau de bord régulièrement actualisé pour mesurer les écarts et engager les actions correctrices, en mettant en place :
 - un schéma directeur de la collecte et de l'exploitation des données de santé des outre-mer ;
 - une base de données sur la dépense de santé dans les outre-mer, avec le concours des dispositifs d'assurance maladie et de tous autres financeurs ;
2. proposer à cet effet aux gouvernements de Nouvelle-Calédonie et de Polynésie française et à leurs caisses locales de protection sociale des conventions d'association pour alimenter ce tableau de bord partagé ;
3. charger les agences régionales et territoriales de santé de rééquilibrer les financements au profit d'un programme de prévention spécifique, et accompagner les efforts des gouvernements du Pacifique en ce domaine ;
4. développer outre-mer dans des délais rapides les protocoles de coopération entre professionnels de santé, nouveaux ou par extension de protocoles métropolitains, s'agissant notamment des infirmiers, des sages-femmes et des orthoptistes ;
5. développer outre-mer les dispositifs réglementaires (contrats d'engagement de service public, postes de praticien territorial de santé) destinés à pallier les disparités territoriales d'installation des médecins et veiller à l'application active des mécanismes conventionnels de régulation visant à résorber les inégalités de densité des professionnels libéraux de santé (médecins, dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) ;
6. recentrer l'hôpital sur les pathologies les plus lourdes, en développant les prises en charge médicales et médico-sociales alternatives à l'hospitalisation, en renforçant la permanence des soins de ville et en améliorant le pilotage des urgences hospitalières ;
7. rendre plus efficiente la gestion hospitalière en veillant attentivement au recrutement d'équipes de direction expérimentées, en renforçant les équipes médicales, notamment par la mobilité outre-mer de praticiens hospitaliers avec une garantie de réaffectation au retour en

- métropole et par l'affectation de chefs de clinique-assistants des hôpitaux, et en mettant fin aux sureffectifs constatés ;
8. rendre obligatoire l'intervention de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé dès la phase de conception des projets de construction ;
 9. envisager d'instaurer une obligation de service public outre-mer relative aux conditions d'évacuation sanitaire et d'acheminement aérien des médicaments ;
 10. décliner dans un programme de santé publique pour les outre-mer la stratégie nationale de santé et la future loi de santé publique, autour d'un nombre limité de grandes priorités, sur la base d'un calendrier réaliste et d'une programmation budgétaire pluriannuelle, et proposer, dans le respect de leurs compétences, aux gouvernements de la Polynésie française et de la Nouvelle-Calédonie de s'y associer ;
 11. décliner ce programme dans un volet « outre-mer » intégré aux contrats d'objectifs et de performance des agences sanitaires nationales ;
 12. créer un réseau interministériel composé d'un chargé de mission référent « outre-mer » dans chaque direction et agence sanitaire concernée ;
 13. apurer sans délai le règlement des dettes accumulées par l'agence de santé de Wallis-et-Futuna ;
 14. évaluer l'impact financier de la mise en œuvre de l'ordonnance du 31 mai 2012 et les conditions dans lesquelles une éventuelle harmonisation du système mahorais d'assurance-maladie avec les autres départements français pourrait être réalisée.

Annexes

Annexe n° 1 : la méthodologie de l'étude de la FNORS	154
Annexe n° 2 : DOM : synthèse des indicateurs sociaux et sanitaires	159
Annexe n° 3 : déterminants de santé : emploi, revenus, habitat	160
Annexe n° 4 : des maladies infectieuses plus fréquentes qu'en métropole	163
Annexe n° 5 : la lutte contre le VIH SIDA	164
Annexe n° 6 : le diabète dans les DOM et les inégalités sociales	165
Annexe n° 7 : les disparités d'accès à la greffe	168
Annexe n° 8 : la cancérologie : moyens, dépistage et mortalité	170
Annexe n° 9 : les interruptions volontaires de grossesse	173
Annexe n° 10 : les plans chlordécone : depuis 2008	174
Annexe n° 11 : pesticides à risques en Guyane et en Polynésie	176
Annexe n° 12 : amiante, mercure, saturnisme, eau	178
Annexe n° 13 : les maladies professionnelles	180
Annexe n° 14 : les effets des expérimentations nucléaires, Polynésie	181
Annexe n° 15 : médecine légale	184
Annexe n° 16 : l'accès à la santé des personnes détenues	188
Annexe n° 17 : les fraudes à l'assurance-maladie	200
Annexe n° 18 : les retards dans la mise en œuvre des téléservices	201
Annexe n° 19 : une nécessité de sécurisation accrue des circuits du médicament	202
Annexe n° 20 : la mise en œuvre du règlement sanitaire international	204
Annexe n° 21 : les manquements à la radioprotection	205
Annexe n° 22 : le centre hospitalier de Saint-Laurent du Maroni	212
Annexe n° 23 : les défaillances de la gestion des ressources humaines au centre hospitalier de Cayenne	213
Annexe n° 24 : le service psychiatrique du CHU de Pointe-à-Pitre	215
Annexe n° 25 : l'hôpital de Saint-Pierre-et-Miquelon	216
Annexe n° 26 : Mayotte : 24 rapports de l'IGAS en 28 ans	217
Annexe n° 27 : les droits des enfants à la santé à Mayotte	218

Annexe n° 1 : la méthodologie de l'étude de la FNORS

Inégalités socio-sanitaires dans les départements d'outre-mer

Comparaison avec le niveau national et à deux niveaux infrarégionaux⁹⁹

Les cartes de ce rapport sont extraites d'une étude réalisée pour la Cour des comptes par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors). Elle a bénéficié de la relecture des observatoires régionaux de la santé de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de La Réunion. Elle a eu pour objet de donner une vision synthétique de la situation des DOM¹⁰⁰, tant sur le champ social que dans le domaine sanitaire. Chaque volet a été composé d'un contexte général permettant de situer chacun des quatre Dom en regard de la situation nationale et des différentes régions de France. Ce contexte est suivi d'analyses menées à deux niveaux géographiques *infrarégionaux*, mettant en relief les disparités géographiques. Pour mieux repérer ces disparités, des typologies ont donc été réalisées et cartographiées à deux niveaux géographiques : les bassins de vie et les cantons. Les bassins de vie et les cantons ont été regroupés en un nombre restreint de classes homogènes par rapport à leurs caractéristiques sociodémographiques et sanitaires, pour mettre en exergue les spécificités qui peuvent exister tant entre les DOM qu'au sein de ceux-ci.

Les méthodes employées font partie des techniques d'analyses multidimensionnelles permettant de représenter et d'interpréter de façon synthétique de vastes ensembles constitués d'un grand nombre d'individus (ici les cantons) et de variables. Les cantons sont caractérisés par les indicateurs (variables) présentés dans les cartes du présent rapport.

⁹⁹ Nadège Thomas, Observatoire régional de la santé et du social de Picardie, Alain Trugeon, François Michelot, André Ochoa, FNORS.

¹⁰⁰ Compte tenu du manque de données concernant Mayotte, quatre des cinq DOM : la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et La Réunion (sans Saint-Barthélemy et Saint-Martin dans les Antilles). Lorsque la valeur de l'ensemble du pays est mentionnée, il s'agit de la valeur France entière hors Mayotte.

La Cour a choisi de reproduire ici uniquement les comparaisons cantonales¹⁰¹, niveau qui permet une vision plus localisée des disparités que les 22 bassins de vie.

L'analyse de données s'est déroulée en deux temps : une analyse en composantes principales (ACP), puis une classification ascendante hiérarchique (CAH). L'objectif de l'ACP est de décrire un ensemble d'observations à partir de plusieurs variables quantitatives. Cette méthode permet d'identifier les indicateurs qui résument au mieux les différences entre individus (ici bassins de vie ou cantons). L'objectif de la CAH est de regrouper les individus en un nombre restreint de classes homogènes et qui soit le plus dissemblable entre elles. Elle procède par regroupements successifs des individus un à un sur des critères de distance (en utilisant les résultats obtenus lors de l'ACP), jusqu'à leur regroupement dans une seule classe. La suite des partitions obtenues peut alors être présentée sous forme d'un arbre de classification. Connaissant cet arbre, il est facile d'en déduire une partition (ou typologie) en un nombre plus ou moins grand de classes. Chacune des classes regroupe un nombre plus ou moins important d'individus présentant des caractéristiques proches (au regard des variables utilisées dans l'analyse). Compte tenu de la distribution des arbres des différentes classifications, un découpage en quatre classes s'est avéré le plus judicieux dans chacun des cas.

¹⁰¹ Il ne s'agit pas tout à fait du découpage cantonal au sens administratif. L'analyse porte sur 93 « cantons » (terme utilisé dans l'ensemble de ce document ; 3 261 sont dénombrés dans l'ensemble du pays), alors que les quatre Dom comptent 153 cantons constitués en vue de l'élection à l'assemblée départementale. Ces cantons ne respectent pas toujours les limites communales : les communes les plus peuplées appartiennent à plusieurs cantons. L'INSEE utilise un autre découpage : celui des «cantons-ou-villes». Dans ce cas, les grandes communes ne sont pas découpées en plusieurs cantons mais constituent des entités uniques, les villes. Les petites communes jouxtant ces villes et faisant partie du même canton électoral que celles-ci forment alors à elles seules un « pseudo-canton », la grande ville voisine en formant un autre. Mais la séparation des pseudo-cantons pose des problèmes de stabilité en termes populationnels ; aussi, les « pseudo-cantons » correspondant à des fractions cantonales ont été regroupés avec l'entité constituée par la ville voisine. Les bassins de vie sont 22 dans les DOM (1 666 France entière).

Indicateurs de la série de cartes « État de santé »

Trois typologies ont été appliquées par la FNORS pour cette carte. La première a été menée sur les seules données de mortalité. Cette analyse a uniquement été réalisée au niveau des bassins de vie afin de pouvoir y intégrer un nombre relativement important de causes de décès. En effet, pour garantir une stabilité statistique et offrir une puissance suffisante pour mettre en exergue des différences significatives, certaines causes de décès moins fréquentes nécessitent de travailler sur des niveaux géographiques relativement importants. Les indicateurs considérés pour déterminer la typologie sont des taux standardisés de mortalité sur l'âge et le sexe à partir de la population de la France entière au RP 2006, calculé pour la période 2005-2010. L'analyse des seules données de mortalité porte sur les indicateurs suivants :

- décès chez les moins de 65 ans (Inserm CépiDc, INSEE, Fnors ; 2005-2010) ;
- ensemble des cancers (Inserm CépiDc, INSEE, Fnors ; 2005-2010) ;
- maladies de l'appareil circulatoire (Inserm CépiDc, INSEE, Fnors ; 2005-2010) ;
- maladies de l'appareil respiratoire (Inserm CépiDc, INSEE, Fnors ; 2005-2010),
- maladies infectieuses et parasitaires (Inserm CépiDc, INSEE, Fnors ; 2005-2010) ;
- accident de la circulation (Inserm CépiDc, INSEE, Fnors ; 2005-2010) ;
- suicide (Inserm CépiDc, INSEE, Fnors ; 2005-2010).

Une seconde typologie a été effectuée en intégrant à la fois des indicateurs de mortalité et ceux portant sur les nouvelles admissions en ALD. Comme pour la typologie réalisée avec les seules données de mortalité, cette analyse a uniquement été menée au niveau des bassins de vie pour pouvoir aborder un nombre plus important de pathologies. Ainsi, outre des indicateurs de mortalité, cette analyse intègre des indicateurs calculés à partir des données de nouvelles admissions en ALD. Ils sont construits de manière analogue à ceux de mortalité (standardisés sur l'âge et le sexe à partir de la population de la France entière au RP 2006) et portent sur la même période (2005-2010). En plus des indicateurs de mortalité listés ci-dessus, cette analyse repose sur les indicateurs suivants :

- nouvelles admissions en ALD des personnes de moins de 65 ans (CCMSA, Cnamts, CNRSI, INSEE, Fnors ; 2005-2010) ;

- pour cancers (CCMSA, Cnamts, CNRSI, INSEE, Fnors ; 2005-2010) ;
- pour maladies de l'appareil circulatoire (CCMSA, Cnamts, CNRSI, INSEE, Fnors ; 2005-2010) ;
- pour maladies de l'appareil respiratoire (CCMSA, Cnamts, CNRSI, INSEE, Fnors ; 2005-2010) ;
- pour asthme (CCMSA, Cnamts, CNRSI, INSEE, Fnors ; 2005-2010) ;
- pour maladies infectieuses et parasitaires (CCMSA, Cnamts, CNRSI, INSEE, Fnors ; 2005-2010).

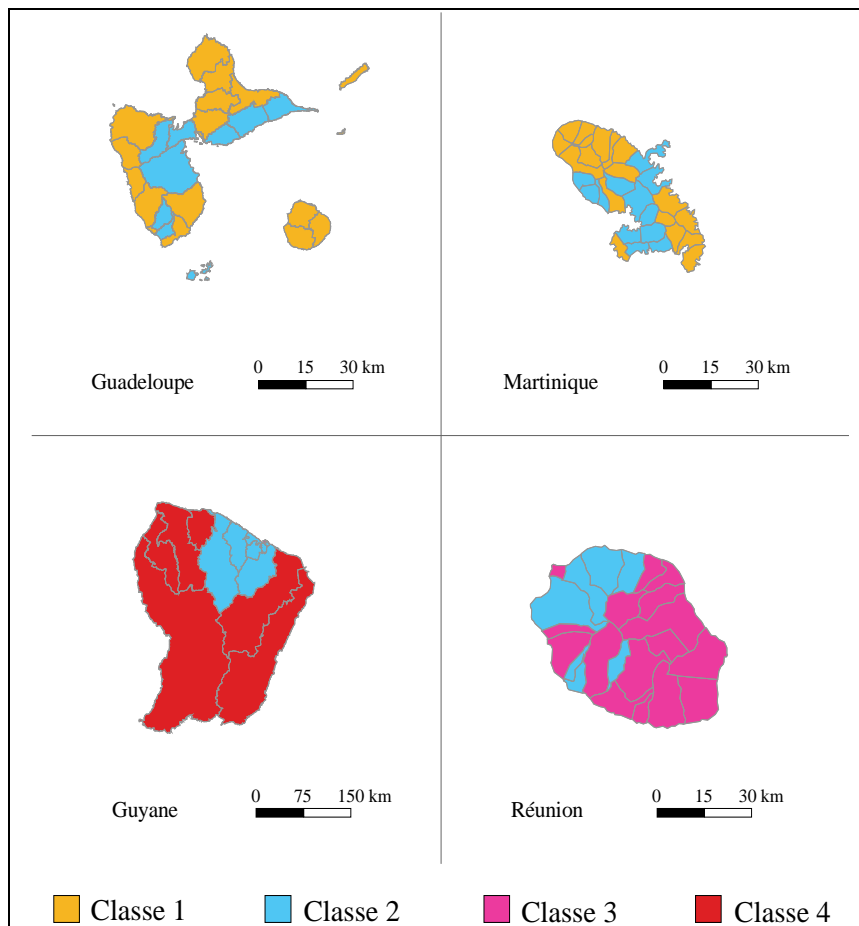
Une troisième typologie a été menée, cette fois à deux niveaux géographiques, les bassins de vie et les cantons, pour offrir une vision plus fine de l'état de santé au sein des départements ultramarins. Cette analyse repose sur un nombre moins important d'indicateurs, à savoir :

- décès chez les moins de 65 ans (Inserm CépiDc, INSEE, Fnors 2005-2010),
- ensemble des cancers (Inserm CépiDc, INSEE, Fnors 2005-2010),
- maladies de l'appareil circulatoire (Inserm CépiDc, INSEE, Fnors 2005-2010),
- nouvelles admissions en ALD des personnes de moins de 65 ans (CCMSA, Cnamts, CNRSI, INSEE, Fnors ; 2005-2010),
- pour cancers (CCMSA, Cnamts, CNRSI, INSEE, Fnors ; 2005-2010),
- pour maladies de l'appareil circulatoire (CCMSA, Cnamts, CNRSI, INSEE, Fnors ; 2005-2010).

Pour les différentes typologies réalisées dans ce chapitre, outre les indicateurs listés, d'autres ont été utilisés pour décrire les classes obtenues (mortalité prématurée par cancers, mortalité prématurée par maladies de l'appareil circulatoire, mortalité pour certaines localisations cancéreuses, cardiopathies ischémiques...), c'est pourquoi des indicateurs non présents dans les listes ci-dessus peuvent être mentionnés dans les commentaires. Par ailleurs, il faut prendre en compte que toutes les pathologies n'ont pas été analysées dans ce document, tant pour la mortalité que pour les ALD.

La méthode de standardisation qui a été employée est la standardisation directe. Le taux standardisé obtenu est défini comme le taux qui serait observé dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge et de sexe qu'une population de référence (dans le cadre d'une standardisation sur l'âge et le sexe). Cette méthode de standardisation permet de comparer entre eux les taux obtenus pour différentes zones géographiques, pour différentes périodes et pour différentes pathologies.

Synthèse des vingt indicateurs sociaux et sanitaires



Sources : CCMSA, Cnaf, Cnamts, CNRSI, DGI, Drees / Asip-Santé, RPPS 2012, Fnors, Inserm CépiDc, INSEE, Sniiram Exploitation : Fnors

La Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française vérifieront, en complétant leurs atlas et analyses par une telle méthodologie, si leurs provinces et îles se répartissent d'une manière assez similaire, et tout aussi préoccupante. Des comparaisons sur la base des mêmes critères avec les autres outre-mer éclaireraient également leurs décisions d'allocation des moyens.

Annexe n° 2 : DOM, synthèse des indicateurs sociaux et sanitaires

S'agissant des quatre DOM, les cartes cantonales de la FNORS (cf. annexe précédente) ci-contre présentent une synthèse des vingt indicateurs sociaux et sanitaires, conditions de vie comprises, auxquels ce rapport a été largement consacré.

La **classe 1**, ocre, est dans la situation la plus favorable : chômage et précarité moindres, ALD moins nombreuses, moindre fréquence de décès prématurés liés à une consommation importante d'alcool, aux cancers des VADS et, de manière moins marquée, aux accidents vasculaires cérébraux. Près de la moitié des habitants des quatre DOM y sont domiciliés. En pourcentage de population, la Martinique est la plus représentée (77 %), suivie de La Réunion (42 %), de la Guyane (38 %) et de la Guadeloupe (30 %). Aussi légitimes soient leurs aspirations de progrès additionnels, ces populations sont les mieux loties.

La **classe 2**, bleue, représente 346 000 habitants : 62 % des Guadeloupéens, 23 % des Martiniquais, aucun canton réunionnais, et un seul canton guyanais (2 %). La plupart des indicateurs sont peu favorables, et si la densité des infirmiers y est plus importante, celles des généralistes et des chirurgiens-dentistes libéraux y sont moindres.

La **classe 3**, pourpre (563 000 habitants), regroupe 58 % des Réunionnais, ainsi que, non visibles à cette échelle, les cantons de Basse-Terre et Pointe-à-Pitre (7 % des Guadeloupéens) et Cayenne (25 % des Guyanais). Ces cantons sont principalement marqués par un état de santé défavorable, aussi bien pour la mortalité (exception faite des accidents de la circulation) que pour les nouvelles admissions en ALD. Leurs chefs-lieux de canton font que les professionnels de santé y sont plus présents.

La **classe 4**, marron, est exclusivement guyanaise, avec une situation sociale très fragile, un état de santé nettement défavorable, et une croissance démographique qui double la difficulté de réduire l'écart. Les taux y sont plus importants, de décès liés aux lésions traumatiques et aux empoisonnements, d'ALD et de mortalité pour maladies infectieuses et parasitaires ; le taux de cancers est moindre. Les densités médicales y sont faibles. L'écart est grand par rapport à la métropole comme aux autres classes de cette analyse. Le défi serait quantitativement marginal (79 000 habitants) si l'on ne pressentait que la majorité des habitants de Mayotte sont sans doute dans une situation similaire. Aussi approximative soit cette cartographie des écarts de santé outre-mer, elle montre les zones les plus déshéritées, à qui les efforts de rééquilibrage doivent prioritairement bénéficier.

Annexe n° 3 : déterminants de santé : emploi, revenus, habitat

Synthèse réalisée par la FNORS pour la Cour des comptes

« Concernant l'emploi et l'activité des personnes, les quatre DOM se caractérisent par un taux d'activité moindre que celui observé dans l'Hexagone, et ceci en prenant en compte la structure démographique de la population. Ainsi, au recensement de 2009, le taux standardisé sur l'âge et le sexe des personnes inactives de 25-54 ans est plus élevé dans les quatre Dom (17,4 %) que dans l'Hexagone (10,1 %). Ce taux est le plus élevé des régions de France en Guyane (24,6 %), puis à La Réunion (18,9 %). La Guadeloupe est située en 4^e position (15,1 %) et la Martinique en 7^e (12,9 %). Bien que reposant sur des données remontant à quelques années, les tendances demeurent valides.

De même, pour les personnes actives, le taux de chômage est plus élevé dans les départements d'outre-mer. Ainsi, toujours d'après le recensement de 2009, le taux de chômage est 2,7 fois plus élevé dans les quatre Dom que dans le reste de la France : 30,2 % contre 11,2 % pour l'Hexagone. Les quatre départements ultramarins ont les quatre taux de chômage les plus importants des régions françaises, variant de 33,4 % pour La Réunion à 25,3 % pour la Martinique. À titre de comparaison, la région de l'Hexagone qui arrive en 5^e position, le Languedoc-Roussillon, a un taux de chômage de 15,1 %, soit 10 points de moins que le département ultramarin qui présente le taux de chômage le plus faible. Ce constat vaut également pour les jeunes. Ainsi, dans les quatre Dom, plus d'un jeune actif de 15-24 ans sur deux est au chômage (54,5 %) contre moins d'un sur quatre dans l'Hexagone (23,5 %). Les quatre départements d'outre-mer occupent les quatre premières places du classement avec un taux variant de 56,2 % à La Réunion à 51,2 % pour la Martinique. À titre de comparaison, la région de l'Hexagone qui possède le taux de chômage le plus élevé est le Nord - Pas-de-Calais (barre déjà très élevée de près d'un jeune sur trois).

Parmi les personnes actives ayant un emploi, en France au recensement de 2009, les employés sont les plus représentés (28,4 %), suivi des professions intermédiaires (25,0 %) et des ouvriers (22,3 %). La part des cadres et professions intellectuelles supérieures parmi les actifs occupés est de 16,2 %, celle des artisans, commerçants et chefs d'entreprise de 6,1 % et celle des agriculteurs exploitants de 1,9 %.

Au niveau des quatre DOM, cette hiérarchisation est globalement retrouvée, mais suivant des pourcentages qui varient sensiblement, et avec quelques spécificités.

Ainsi, la part d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise est plus importante dans les Dom (9,1 %), et notamment en Guyane (12,0 %, proportion la plus importante des régions de France) et Guadeloupe (10,7 %, 2^e proportion la plus élevée). De même, la part d'employés parmi les actifs occupés est plus élevée dans les départements ultramarins, avec la Martinique qui enregistre le pourcentage le plus élevé des régions de France (34,8 %), suivie de La Réunion (34,7 %) et de la Guadeloupe (34,4 %); la Guyane occupe la 6^e place (30,8 %). À l'inverse, la part d'actifs occupés cadres ou de professions intellectuelles supérieures est moins élevée dans les quatre Dom : 10,5 % ; elle varie de 10,2 % en Guadeloupe et 10,3 % à La Réunion, les deux plus faibles parts des régions de France, à 11,5 % en Guyane.

La part de foyers fiscaux non imposés sur le revenu constitue un indicateur robuste pour mesurer les caractéristiques sociales de la population.

Concernant celle-ci, les départements d'outre-mer se démarquent de la situation de l'Hexagone avec une part beaucoup plus importante dans les quatre Dom (71,7 % de foyers fiscaux non imposés sur le revenu de 2009) que dans le reste de la France (45,7 %), proportion variant entre 69,2 % pour la Martinique et 72,9 % pour La Réunion. À titre de comparaison, elle varie entre 36,7 % en Île-de-France et 53,3 % dans le Nord - Pas-de-Calais pour les régions de l'Hexagone.

Les caractéristiques sociales de la population peuvent également être abordées à travers les données de prestations sociales. À partir des données de la CNAF et de la CCMSA au 31 décembre 2011, les départements d'outre-mer ressortent également dans une situation plus dégradée que les régions de l'Hexagone. Le taux d'allocataires est plus important pour les quatre Dom (70,2 %) que dans l'Hexagone (42,9 %) et, parmi les allocataires, la part de ceux dépendant d'au moins 50 % des prestations est également plus élevée dans les Dom (59,0 % contre 29,7 % dans le reste de la France). Pour ces deux indicateurs, les départements ultramarins présentent les quatre valeurs les plus importantes des régions de France. Ainsi, si, dans l'Hexagone, aucune région n'a un taux d'allocataires qui atteint les 50 %, le plus faible taux des départements ultramarins approche les 60 % en Martinique et le plus élevé dépasse les 80 % à La Réunion. De même, la part d'allocataires dépendant d'au moins 50 % des prestations est comprise entre 57,2 % à La Réunion et 65,7 % en Guyane alors que la plus élevée dans l'Hexagone est de 35,3 % en Nord - Pas-de-Calais.

Ce constat se retrouve notamment pour les allocataires du revenu de solidarité active (RSA) : un quart des ménages perçoit le RSA socle seul dans les DOM (24,5 %) contre moins d'un sur vingt dans l'Hexagone (4,4 %) et une famille monoparentale avec enfant(s) de moins de 25 ans sur dix (10,2 %) perçoit le RSA majoré contre moins de 3 % dans le reste de la France.

Concernant les allocations relatives au handicap, la situation est plus contrastée entre les départements d'outre-mer. (...) Le taux de personnes de 20-59 ans percevant l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est de 3,2 % pour les quatre Dom contre 2,8 % pour le reste de la France. Ce taux est le plus faible des régions de France pour la Guyane (1,5 %), tandis que la Guadeloupe (3,8 %) et la Martinique (3,7 %) présentent les 2^e et 3^e taux les plus importants ; La Réunion se situe à la 18^e place avec un taux de 3,0 %.

Un constat analogue est relevé pour les allocations logement. Ainsi, si globalement le taux d'allocataires dépendant d'une allocation logement est plus important dans les quatre Dom que dans l'Hexagone (29,1 % contre 22,9 %), des disparités sont relevées entre les départements ultramarins. Ainsi, La Réunion présente le taux le plus important des régions de France (36,4 %) tandis que la Guyane présente le 3^e taux le plus faible (20,7 %) ; la Guadeloupe a le 4^e taux le plus important (24,7 %) et la Martinique le 9^e (23,7 %).

En métropole, même si le confort de base des résidences principales continue de s'améliorer, il existe encore en 2009, 241 500 résidences dites « sans confort » (c'est-à-dire ne possédant ni douche, ni baignoire), soit 0,9 % des résidences principales. Dans les départements d'outre-mer, cette proportion est un peu plus de quatre fois plus importante (3,8 %, soit un peu plus de 25 000 résidences principale sans confort). La Guyane est particulièrement concernée, avec une résidence principale sur cinq qui ne possède ni douche, ni baignoire (20,4 %). Les trois autres départements ultramarins présentent les trois autres parts les plus importantes des régions de France : 2,7 % pour la Guadeloupe, 1,9 % pour la Martinique et 1,8 % pour La Réunion ».

Annexe n° 4 : des maladies infectieuses plus fréquentes qu'en métropole

Quelques maladies infectieuses pratiquement disparues en métropole sont encore présentes, à des degrés divers selon les territoires. Alors que la *lèpre* a régressé de 90 % dans le monde depuis 1985 et que la métropole ne déclare plus aucun cas à l'OMS, les outre-mer y demeurent vulnérables, notamment du fait d'immigrants issus de pays d'endémie (Brésil, Surinam, Comores, Madagascar, etc.). À La Réunion, 24 patients ont été déclarés entre 2005 et 2012, en dessous du seuil (1 cas pour 10 000 habitants) fixé par l'OMS pour considérer la maladie comme endémique. La lèpre le reste à Mayotte, après une diminution depuis 2007 (prévalence : 3,7/100 000, incidence : 1,8/100 000). En Nouvelle Calédonie (1,98/100 000 en 2012), elle est encore plus faible, mais en majorité multi-bacillaire, d'où un risque de transmission. En Polynésie française, elle est autochtone, liée au mode de vie et à l'insuffisance du dépistage, et l'incidence ne faiblit pas (53 cas, soit 19,5/100 000, en 2013).

La *leptospirose* est une zoonose mondiale, surveillée par l'Institut Pasteur. 526 cas ont été déclarés en 2012 dans les DOM (soit 60 % des cas français), suivis d'une recrudescence début 2014. L'incidence y est jusqu'à 120 fois plus élevée qu'en métropole, à plus de 60 pour 100 000 habitants aux Antilles et à Mayotte, contre moins de 12 en Guyane et à La Réunion. En Polynésie française, 102 cas ont été recensés en 2012. Après une forte incidence à Futuna (53 cas en 2009, plus de 1 000 pour 100 000 habitants), 16 cas ont relevés en 2011, et aucun à Wallis. La mortalité est de 5 à 12 %, soit par exemple quelque 8 décès par an en Guadeloupe.

Le *rhumatisme articulaire aigu* (RAA), dû au streptocoque de groupe A, a des conséquences cardiaques sévères. En Nouvelle Calédonie et en Polynésie française, plus de 100 premières poussées de RAA sont diagnostiquées chaque année et 2 000 patients sont traités par antibioprofylaxie dans le cadre de la prévention secondaire. En Nouvelle-Calédonie, le RAA demeure une cause importante de morbidité et de mortalité, avec une incidence estimée à 116 pour 100 000 enfants de 5-15 ans, et une prévalence de 7,6 pour 1 000 habitants. Entre 80 et 150 nouveaux cas annuels sont découverts. Le dépistage enregistre des résultats satisfaisants et constitue un modèle. En Polynésie française, il y a plus de 3 000 cas en longue maladie (avec atteintes valvulaires) et 150 nouveaux cas par an. De nouvelles recommandations communes aux pays du Pacifique ont été élaborées: créer un réseau, un registre, avec prophylaxie secondaire, dépistage scolaire et éducation thérapeutique. Ces cinq axes ne sont pas complètement mis en œuvre en Polynésie française faute de moyens.

Annexe n° 5 : la lutte contre le VIH SIDA

Taux de dépistage et de découverte de séropositivité

2003-2010	Dépistage pour 1 000 habitants	Découverte de séropositivité par 100 000 habitants
Guadeloupe	183	40
Guyane	180	91
Martinique	134	14
Réunion	99	5
Mayotte	112	14
Métropole+DOM	79	9
Nouvelle Calédonie	78,5	4
Polynésie française	42 (2011)	4

Source : InVS données cumulées 2003–juin 2010, non corrigées pour la sous-déclaration. DASS Nouvelle-Calédonie : 2012.

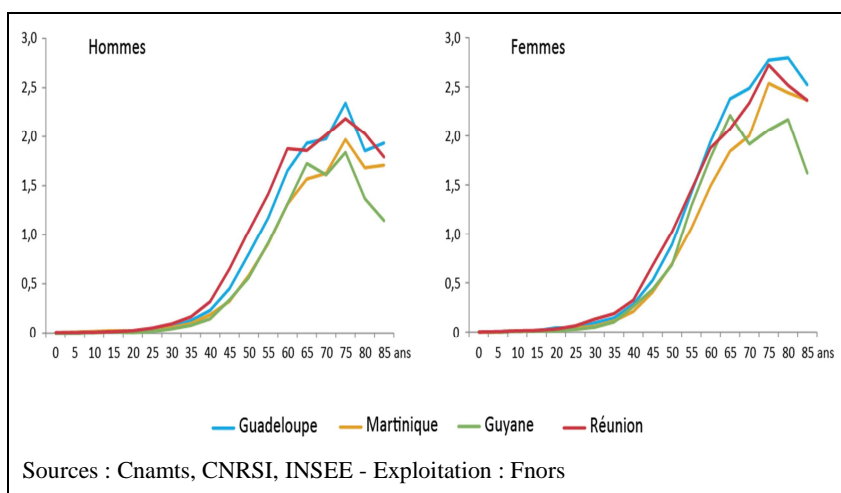
Un volet DOM a été introduit dans le plan de lutte contre le VIH sida 2010-2014. La Guyane en a décliné un plan de lutte 2010-2013 ; la Guadeloupe a inscrit cette priorité dans son programme régional de santé. Les objectifs sont ambitieux : réduire de 50 % en 5 ans l'incidence de l'infection par le VIH, et de 50 % la proportion de personnes découvrant leur séropositivité VIH au stade du sida. La prévention est assurée en plusieurs langues, avec groupement d'achats de préservatifs, éducation scolaire à la sexualité, messages adaptés localement, analyse des conditions de vie des patients, projets interrégionaux mobilisant des organismes internationaux. Les problèmes non maîtrisés sont les difficultés de contacts avec les plus précarisés (étrangers, personnes prostituées ou isolées), un retard au dépistage (risquant d'intervenir à un stade trop tardif de la maladie), et un moindre suivi dans le système de soins, de manière marquée en Guyane et à Saint Martin. Prévention et dépistage restent insuffisants, alors que les experts recommandent de cibler les efforts sur les personnes les plus exposées¹⁰².

¹⁰² Pourette D. Grosse et suivi médical des femmes vivant avec le VIH/sida en Guadeloupe et en Martinique : entre avancées médicales et difficultés sociales, Santé, vol. 21, janvier-février-mars 2011, page 13, Groupe d'experts national sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, La Documentation française, septembre 2013. Les études sont souvent anciennes et le système de déclaration obligatoire en routine sous-estime l'importance du problème.

Annexe n° 6 : le diabète dans les DOM et les inégalités sociales¹⁰³

Différentes études ont montré l'existence d'inégalités face au diabète, la pathologie étant plus fréquente parmi les populations socialement fragilisées. La prévalence du diabète dans les DOM a été estimée à partir des données relatives aux bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection longue durée (ALD) en 2012. Ces données dépendent de la situation de la population en regard de la pathologie, mais aussi des modalités d'attribution de la part du service médical de l'assurance maladie et que certaines personnes ne sont pas diagnostiquées et ne sont, de fait, pas comptabilisées dans ce recueil. Dans les DOM, 93 323 bénéficiaires d'une ALD sont comptabilisés en 2012 (dont 80 547 pour un diabète de type 2, soit 86 % de l'ensemble des ALD dénombrées pour diabète). En taux standardisé, cela correspond à 6,6 % bénéficiaires d'une ALD pour diabète dans l'ensemble des quatre Dom, soit presque le double du taux enregistré en métropole (3,5 %). Ce taux est plus élevé à La Réunion (7,1 %) et en Guadeloupe (6,9 %) et, à l'inverse, il est plus faible en Martinique (5,6 %) et en Guyane (5,5 %).

Taux de bénéficiaires, ALD diabète, 2012 par âge, sexe et DOM (%)



¹⁰³ Extrait d'un travail réalisé pour la Cour des comptes par la FNORS, octobre 2013, à paraître en juin 2014, mêmes auteurs que l'étude principale (cf. annexe 2).

Que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, les taux de bénéficiaires d'une ALD pour diabète augmentent avec l'avancée en âge, diminuant entre 75 et 79 ans. L'analyse porte sur les seuls bénéficiaires d'une ALD pour diabète âgés de moins de 75 ans (taux standardisés sur l'âge et le sexe). Toutefois, les conclusions sont identiques en prenant en compte l'ensemble de la population. Les bénéficiaires de moins de 75 ans ayant une ALD pour diabète représentent 78,7 % de l'ensemble des bénéficiaires d'une ALD pour cette pathologie. Ce pourcentage varie entre les quatre départements d'outre-mer : 87,6 % en Guyane, 83,7 % à La Réunion, 75,5 % en Guadeloupe et 71,2 % en Martinique.

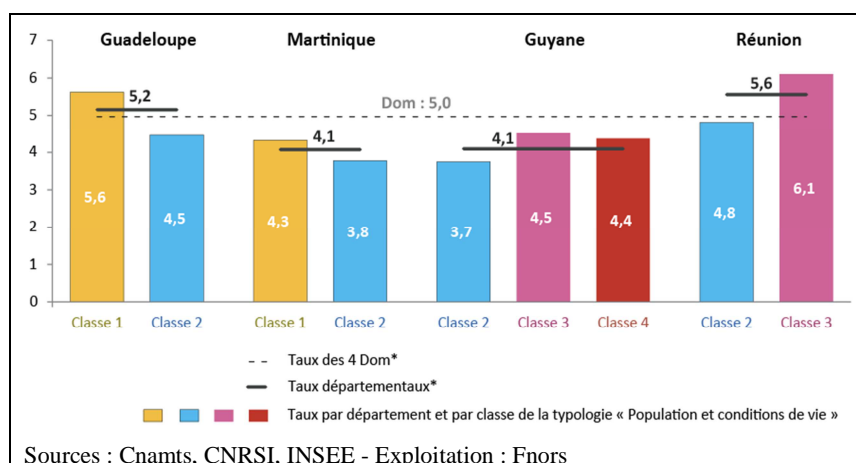
En 2012, le taux standardisé de bénéficiaires de moins de 75 ans d'une ALD pour diabète est de 5,1 % dans l'ensemble des quatre Dom (5,0 % pour la population étudiée), soit près de deux fois plus important que celui enregistré dans l'Hexagone (2,7 %). Ce taux est plus important à La Réunion (5,7 %) et, de manière un peu moins marquée, en Guadeloupe (5,3 %) et, à l'inverse, il est plus faible en Martinique (4,1 %) et en Guyane (4,3 %), bien que plus élevé encore qu'au niveau national.

Le croisement de l'indicateur de mesure sociale issu de la typologie « *Population et conditions de vie* » au niveau cantonal (cf. annexe 6) avec les données de prévalence de bénéficiaires d'une ALD pour diabète, fait ressortir un lien allant dans le sens des études déjà menées sur ce sujet, à savoir un taux moindre dans les zones présentant une situation sociale plus favorable. Ainsi, le taux standardisés de bénéficiaires de moins de 75 ans d'une ALD pour diabète dans la classe 2, qui regroupe les cantons ayant les caractéristiques sociales les plus favorables des cantons ultramarins, est plus faible (4,4 %) que ceux observés globalement dans les quatre Dom (5,0 %) et dans les classes 1 et 3 (respectivement 5,0 % et 6,0 %).

Ce constat global au niveau de la classe 2 (caractérisée par une situation sociale plus favorable) est retrouvé au sein des deux DOM qui présentent les taux standardisés les plus importants des quatre Dom. Ainsi, la Guadeloupe et La Réunion se distinguent avec des cantons appartenant à cette classe qui enregistrent un taux significativement inférieur à celui des quatre Dom pris dans leur globalité ; les autres classes (classe 1 pour la Guadeloupe et classe 3 pour La Réunion) ont un taux qui est significativement supérieur.

Dans les deux autres départements ultramarins (Martinique et Guyane), quelle que soit la classe de la typologie « *Population et conditions de vie* », le taux de bénéficiaires de moins de 75 ans d'une ALD pour diabète est plus faible que le taux observé pour l'ensemble des quatre Dom. (...) Cette étude confirme les inégalités sociales et économiques face au diabète, entre et au sein des départements d'outre-mer et la nécessité de les prendre en compte dans l'allocation des moyens de lutte contre cette maladie.

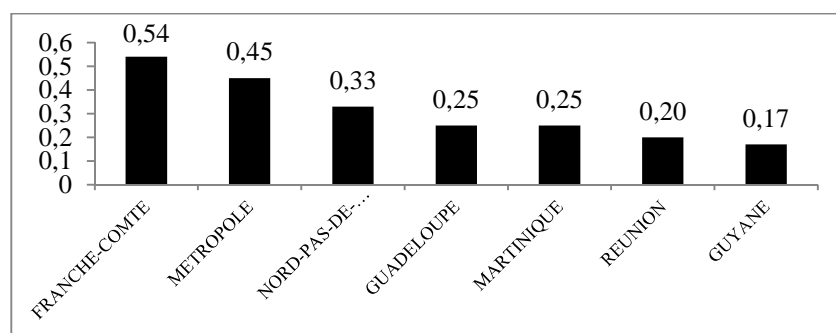
Taux standardisés de bénéficiaires de moins de 75 ans, ALD diabète, 2012 (%)



Annexe n° 7 : les disparités d'accès à la greffe

Dans les outre-mer, les disparités d'accès à la greffe avec la métropole ont augmenté entre 2006 et 2012. Cette dernière année, moitié moins de patients traités pour IRCT étaient greffés dans les DOM qu'en métropole:

Proportion de patients greffés, IRCT, 2012¹⁰⁴



Source : Agence de la biomédecine (ABM), Réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN), données 2012

Les possibilités de greffe, essentielles pour la qualité de vie et la réduction de la morbidité comme de la mortalité, sont réduites outre-mer : la part de patients traités par greffe en 2012 allait de 17 % en Guyane à 25 % aux Antilles, contre 45 % en moyenne en métropole; dans le Pacifique, l'accès à la greffe est encore plus réduit. Cela oblige à recourir à l'hémodialyse dont le coût de 88 000 € par an est quadruple de celui d'une greffe à partir de la seconde année¹⁰⁵.

¹⁰⁴ C. CANTRELLE, F. PESSIONE, M.-A. MACHER, M. THUONG, *Évolution de l'accès à la greffe rénale en France des patients étrangers ou résidant outre-mer*. Bulletin de la société de pathologie exotique, DOI 10/2007/13149-012. Outre-mer, le recueil de données est récent et parcellaire (registre REIN, Agence de la biomédecine).

¹⁰⁵ *Évaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale en France*, HAS, septembre 2010. Il s'agit des coûts directs pour l'assurance maladie à partir de l'année suivant la greffe.

Après un début encourageant en Antilles-Guyane, le nombre de greffes y a fortement diminué en 2009 et 2010, puis il a repris, mais avec des problèmes de conformité aux exigences réglementaires : non-accréditation du laboratoire d'histocompatibilité de Pointe-à-Pitre, insuffisance de ressources humaines en néphrologie-transplantation à laquelle la faible coordination entre les deux CHU antillais contribue.

Aucune greffe n'a été effectuée à La Réunion pendant 18 mois en 2010-2011. L'activité a repris en 2012 avec 31 greffes : l'objectif de l'agence de la biomédecine d'y atteindre 50 greffes par an est hors de portée en raison notamment d'une insuffisance de prélèvements. La greffe préemptive¹⁰⁶, qui y est rare, est inexistante aux Antilles-Guyane.

Dans le Pacifique, les délais d'extension de la législation bioéthique y ont rendu la greffe impossible jusqu'en 2012 ; les greffes demeurent majoritairement effectuées en métropole, ou, pour quelques patients s'y rendant avec un donneur vivant, en Nouvelle-Zélande et en Australie. N'ont donc que tardivement et imparfaitement été données outre-mer aux patients des chances se rapprochant de celles accessibles en métropole.

¹⁰⁶ Une greffe préemptive permet un traitement précoce, en amont de la dialyse. Outre sa supériorité en termes de qualité de vie – sans passage par la dialyse – les résultats sont globalement meilleurs.

Annexe n° 8 : la cancérologie : moyens, dépistage et mortalité

Les ARS s'attendent à une augmentation des cancers, du fait du vieillissement et d'un meilleur dépistage (plus de 70 nouveaux cancers du sein ont été identifiés dès l'implantation de cinq mammographies numériques sur le littoral réunionnais en 2012). Un effort portant sur la vaccination HPV, notamment en termes d'accessibilité financière, serait particulièrement nécessaire, en cohérence avec les mesures préconisées dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

Des mesures nouvelles reconductibles ont été affectées entre 2009 et 2012 sur la recommandation de l'Institut national du cancer (INCa), pour un total de 665 500 € à La Réunion (54 %), la Martinique (42 %), la Guadeloupe (22 %) et la Guyane (7 %), principalement pour renforcer la radiothérapie. L'INCa, qui a apporté 2 M€ de subventions dans le cadre de 22 conventions de recherche en 2009-2012, a expertisé pour la Cour les moyens de la cancérologie dans les DOM : le nombre et l'activité des oncologues sont hétérogènes et généralement inférieurs aux données métropolitaine. Ainsi, la Guadeloupe a 0,49 oncologue par 100 000 habitants, alors que l'incidence estimée des cancers y est de 65 % plus élevée qu'en métropole. La Réunion a un seul oncologue, soit une densité de 0,11 pour 100 000 habitants. Une partie d'entre eux approche de l'âge de la retraite, ce qui, compte tenu de la faiblesse de leurs effectifs, présente un risque croissant pour la continuité des soins. Des écarts similaires affectent la radiothérapie : elle est inexistante en Guyane ; par 100 000 habitants, il y a 1 radiothérapeute en Guadeloupe, 1,28 en Martinique et 0,83 à La Réunion (contre 1,19 en métropole). Il en va de même pour les anatomo-cytopathologistes : 0,41 par 100 000 habitants en Guyane, 1,02 en Martinique, 1,07 à La Réunion et 1,98 en Guadeloupe en 2012. De tels écarts appellent un pilotage plus dynamique. Seule la Martinique s'est dotée d'une unité de coordination en oncogériatrie (UCOG), les autres recourant à des unités de métropole.

En Polynésie française et en Nouvelle Calédonie, la cancérologie pédiatrique est prise en charge en métropole ou en Nouvelle Zélande et en Australie.

Le dépistage des cancers

Le programme national de dépistage du cancer du sein s'applique dans les DOM, de manière satisfaisante sauf à Mayotte (où il n'a démarré qu'en 2014), et en Guyane (en 2008) : selon l'InVS, le taux de participation guyanais était en 2011-2012 de 36,7 % en Guyane, 50,4 % en Guadeloupe et à la Martinique, 52,8 % à La Réunion (moyenne nationale : 52 %).

En Nouvelle-Calédonie, la double lecture des clichés mise en place en 2009 atteint un taux de participation de 50 % en 2012 ; l'agence sanitaire et sociale a sollicité un appui technique de l'INCa et une aide pour le financement des onéreux tests d'oncogénétique ne pouvant être effectués qu'en métropole (plusieurs milliers d'euros par test). En Polynésie française, deux programmes de dépistage des cancers gynécologiques (2003, cancer du sein ; 2005 : cancer du col) ont été réduits faute de crédits en 2011. Le dépistage du cancer colorectal a des taux de participation en progrès : en 2011-2012, 17,4 % en Guyane, 23,2 % à La Réunion, 27,5 % en Guadeloupe, 29 % en Martinique, (moyenne nationale : 31,7 %). Les délais moyens pour la coloscopie sont globalement supérieurs à ceux de la métropole (80 jours en 2009-2010) quand ils sont connus (indisponibles pour la Guyane et Mayotte), avec des disparités locales importantes. Dans le Pacifique, il n'y a pas de programme organisé.

En l'absence de programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus, les recommandations de la direction générale de la santé ont amené la Martinique, parmi les premiers, puis La Réunion (2010) et la Nouvelle-Calédonie (2013) à mettre en place un dépistage organisé. L'institut national de veille sanitaire (InVS) a observé en Martinique un pourcentage de frottis anormaux plus de deux fois supérieur à celui métropole, et des taux de lésions histologiques extrêmement élevés, qu'expliqueraient en partie des lésions précancéreuses dans le contexte épidémiologique du HPV. Certains anatomopathologistes refusent de transmettre les résultats des frottis à la structure de gestion de ces dépistages sans contrepartie financière. Le manque de données a engendré des difficultés pour l'évaluation du programme par l'InVS. Les taux de dépistage restent globalement inférieurs (de 10 %) à ceux de métropole, comme les délais d'attente moyens pour un examen d'IRM : en Guadeloupe, 11,3 jours en 2011, 23 jours à La Réunion et 37 jours en Martinique.

En Guyane, un dépistage expérimental mis en place en 2012, avec le soutien de l'INCA, a obtenu des résultats incitant à le généraliser, mais

il a été suspendu dès 2013 faute de crédits. Mayotte a débuté un dépistage individuel en 2010.

Le plan cancer 2014-2019 comporte une « Action 15.1 Mieux comprendre les inégalités sociales et géographiques face aux cancers », notamment outre-mer.

De précieux registres

Les outre-mer ont été dotés de registres, unités dont les salariés quantifient et caractérisent les cas, en l'espèce de cancers, afin d'en améliorer la surveillance. Leur mise en réseau permet des études interrégionales. Le registre de la Martinique, alors subventionné dans le cadre d'un partenariat InVS-INCa, a été déqualifié en 2012 jusqu'à une remise aux normes. La Polynésie française en a un, de même que, depuis 1977, la Nouvelle-Calédonie. Ce dernier a montré chez les femmes un taux d'incidence standardisé tous cancers, hors tumeurs cutanées autres que mélanomes, nettement plus élevé que ceux des pays voisins, hors Nouvelle-Zélande et Australie, et un peu plus élevé que la métropole. Les incidences des cancers de l'endomètre et des bronches-poumon y sont de même plus élevées qu'en métropole, et les cancers du sein, moins nombreux. La Guyane se caractérise par une surmortalité importante résultant du cancer du col. Seule la région Midi-Pyrénées constate aussi peu de cancers que les DOM.

Le taux de mortalité dans les DOM par cancer de la prostate est supérieur à celui de la métropole, et même le double en Guyane. Chez les femmes, la mortalité générale par cancer a diminué en métropole mais pas aux Antilles.

Annexe n° 9 : les interruptions volontaires de grossesse

Le nombre d'IVG est globalement stable depuis deux décennies, tandis que celui des naissances diminue régulièrement, mais leur pourcentage est très supérieur à la moyenne métropolitaine, notamment en Guadeloupe et en Guyane. Les écarts vont du simple à plus du double en particulier chez les mineurs. À *Mayotte*, le CHM en assure la majorité (85 % en 2012) ; l'IVG médicamenteuse est passée de 19 % en 2003 à 67,9 % en 2012 (dont 14,45 %). En *Martinique*, l'incidence de l'IVG est la plus faible des Antilles-Guyane, mais avec une augmentation du taux d'IVG répétitives (25 % des IVG déclarées en 1996, 30 % en 2011) ; en 2013, une des trois unités d'orthogénie a été fermée, l'information téléphonique du public et le financement des psychologues ont été interrompus. L'IVG médicamenteuse en ville n'a été mise en place que fin 2012. La loi Veil sur l'IVG (1975) a été très tardivement appliquée dans le Pacifique. L'Assemblée territoriale de *Nouvelle-Calédonie* (1 500 IVG recensées par an) les a limitées en 1978 aux motifs médicaux et interdit toute « *publicité commerciale directe ou indirecte concernant les médicaments, produits ou objets de nature à prévenir la grossesse ou à provoquer l'interruption de grossesse* », hors publications médicales. L'avortement est resté largement clandestin, jusqu'à une transposition des conditions métropolitaines en 2000. Supprimées par la loi en 2001, l'obligation d'un entretien social demeure pour les mineures ainsi que l'interdiction de l'IVG en cabinet libéral (elle est autorisée en dispensaire qualifié à cet effet depuis 2011). Le Conseil d'État a exclu de confier aux sages-femmes la possibilité de réaliser des IVG médicamenteuses, bien que des élus soulignent les difficultés d'accès à une consultation médicale en brousse. En *Polynésie française*, l'IVG est restée de fait inaccessible jusqu'à la loi du 4 juillet 2001. Depuis 2002, la CPS la rembourse forfaitairement¹⁰⁷. Les établissements de santé sont seuls habilités à en pratiquer (les cliniques peuvent s'abstenir). Le programme territorial de planification familiale et de contraception a été mis en œuvre avec retard sur la métropole et les DOM.

¹⁰⁷ Le montant du forfait, inchangé depuis lors, est de 330 €, y compris deux consultations préalables, transports inter-îles en sus. Dans les DOM, le tarif varie comme en métropole, entre 191,74 € et 644,71 € en fonction du mode d'IVG, de l'établissement (hôpital ou clinique), de l'anesthésie et de la durée de l'hospitalisation, non compris trois consultations préalables puis de contrôle. Jusqu'en 2013, la prise en charge était limitée à 70 % (en ville) ou 80 % (établissement) pour les majeures.

Annexe n° 10 : les plans chlordécone : depuis 2008

Lors du *premier plan triennal d'action interministériel 2008-2010*. De nombreuses mesures ont été lancées : études, dont celle précitée, cartographie des risques, contrôles, réduction de l'exposition dans les aliments, incitations à cultiver les légumes sensibles sur des sols sains, jardins familiaux, cessations d'activités, notamment d'élevage aquacole et de pêche, reconversions, etc. Des niveaux élevés de chlordécone ont été confirmés dans les végétaux et les animaux des zones affectées, dépassant de 10 à 80 fois la norme maximale dans les coquillages, les poissons et les crustacés. Les volailles, œufs et basses-cours familiales ont été peu pris en compte (les élevages en bâtiment clos et avec de la nourriture importée ne seraient pas atteints).

Un *deuxième plan 2011-2013* a été lancé plusieurs mois avant ce rapport. Deux comités de pilotage et un comité de suivi élargi ont été constitués, en recherchant une plus forte implication de la société civile. Des recherches ont été engagées sur la dépollution ; des réseaux de surveillance ont été constitués ; un registre a été créé en Guadeloupe sur le cancer de la prostate. Des laboratoires de mesures ont été mis en place en vue de réduire l'exposition par voie alimentaire, dont les comptes-rendus pourraient utilement faire l'objet d'une évaluation indépendante. En Guyane, le préfet a mobilisé début 2014 la brigade nationale d'enquête vétérinaire et l'office central de lutte contre les atteintes à l'environnement et à la santé publique pour aider à intensifier les contrôles et coordonner des stratégies pénales et administratives.

Le plan 2011-2013 comportait des batteries d'indicateurs. Alors que 37 M€ étaient prévus en trois ans (crédits européens, ministères, agences, collectivités), la contribution de l'État n'a été que de 3 M€ en 2011, moitié moins qu'annoncé, et s'est située à un niveau inférieur depuis lors. Pour 2009-2013, le ministère de l'intérieur précise que 13,4 M€ de crédits de paiement ont été décaissés sur les 17,2 M€ inscrits dans le cadre du programme des interventions territoriales de l'État (PITE), y compris 0,94 M€ du FEDER et 21 465 € du conseil général de la Martinique, soit un taux d'exécution de 78 %. Il y ajoute un montant d'1,55 M€ d'aides exceptionnelles aux pêcheurs en 2013, mais n'a qu'une estimation des apports d'autres ministères et de différents opérateurs de l'État, qui auraient atteint 20 M€ entre 2011 et 2013, dont 4,7 M€ du ministère de la santé.

Les orientations d'un nouveau *plan chlordécone III 2014-2016* devaient être validées par le cabinet du Premier ministre à la mi-2013 mais calendrier précis arrêté pour sa mise en œuvre.

Le projet régional de santé 2011-2016 de la Martinique et son annexe sur la prévention ne l'évoquent que succinctement. Mi-2013, les résultats guadeloupéens des contrôles de l'eau et des végétaux sur les marchés étaient déclarés à plus de 95 % conformes, et seuls les produits de la pêche dans les zones littorales en aval des zones de culture historique de la banane étaient parfois contaminés.

Le plan stratégique de santé 2012-2016 de la Guadeloupe inclut trois objectifs relatifs au chlordécone et évoque, en termes généraux, les autres pesticides. Les éleveurs ont été invités en 2011 à mettre leurs animaux en décontamination sur des parcelles saines pendant six à douze mois, la part de bovins guadeloupéens arrivant contaminés à l'abattoir est passée de 8,4 % en 2011 à 3 % en 2012 (1,6 % au premier semestre 2013).

Un projet de réseau guadeloupéen de suivi de la pollution phytopharmaceutique des eaux restait à l'étude en 2013. Dans un échantillon examiné par la direction de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt de Guadeloupe en 2012, 73 % des bovins contaminés par le chlordécone présentaient également des résidus d'autres pesticides antérieurement utilisés dans les plantations de bananes. La canne et la banane sont désormais « sous contrôle », mais le maraîchage aurait parfois fait un usage excessif de produits autorisés.

Le rapport d'inspection précité avait formulé 25 recommandations. L'examen de leur suivi ainsi qu'un bilan indépendant du deuxième plan et notamment de son pilotage sont nécessaires avant de finaliser le troisième plan, de manière à définir une plus robuste stratégie à court, moyen et long terme et à veiller à ce que soit assurée la qualité des dosages toxicologiques, du suivi épidémiologique et l'effectivité des mesures structurelles de réduction des risques, d'information et de prise en charge des personnes atteintes.

Annexe n° 11 : pesticides à risques en Guyane et en Polynésie française

« En Guyane, la maîtrise de l'utilisation des pesticides n'est qu'à ses débuts. De gros efforts restent à fournir et beaucoup d'actions à mener afin de réduire les risques de santé publique (...) de nombreux agriculteurs guyanais peuvent se fournir auprès [du Brésil et du Surinam] en pesticides qui sont moins coûteux mais qui peuvent être interdits ou non conformes à l'utilisation en Guyane » : en 2010, l'observatoire régional de la santé en qualifiait ainsi le contexte neuf ans après le premier inventaire par l'ORS de Guyane¹⁰⁸. L'agriculture y est toutefois peu développée : 5 400 exploitations recensées, guère plus de personnes y travaillant, une superficie agricole utilisée totale de 20 639 hectares (0,27 % de la surface totale du département). L'importation et l'utilisation des pesticides sont mal connues. En l'absence de laboratoire sur place, les échantillons sont analysés en métropole, avec parfois des délais qui peuvent en altérer la qualité : une coopération avec les Antilles, où l'État subventionne un laboratoire de l'Institut Pasteur, éviterait ce risque. Les deux études précitées ont préconisé cette coopération régionale, dont les résultats ne sont pas documentés.

L'État organise des recherches de pesticides dans les eaux superficielles, chez les agriculteurs et lors de contrôles routiers, mais aucune étude de pollution des sols et sous-sols n'a été effectuée. En 2008-2009, 17 principes actifs interdits ou annoncés comme l'étant prochainement ont été trouvés dans le quart des 108 pesticides utilisés. Certains étaient l'objet de suspicions de risques proches de ceux du chlordécone. Les précautions à prendre lors de leur manipulation n'étaient pas toujours respectées. Conformément à la réglementation, les agriculteurs ont été autorisés à en épuiser les stocks. L'ORS avait préconisé des analyses de sang chez eux, et une coopération régionale ; les suites ne sont pas documentées. Le plan régionale « santé environnement » (PRSE) 2012-2013 a prévu une évaluation de l'impact et risques pour les utilisateurs et l'environnement familial, un groupe de travail et deux stations de mesure fixe près du Maroni et dans l'Est guyanais.

¹⁰⁸ ORSG, État des lieux des pesticides en Guyane française, Cayenne, 2010, p.37.

56 produits autorisés en Polynésie française mais interdits en métropole

La Polynésie française autorise l'utilisation de 475 produits, quatre fois plus qu'on en dénombre en Guyane, dont 56 interdits en métropole, certains de ces derniers utilisés contre la dengue en zone habitée.

La longueur de cette liste ne signifie toutefois pas que ces produits, pour lesquels des circonstances locales sont invoquées par le ministère de la santé polynésien (ravageurs et moisissures spécifiques, pratiques locales...) soient en permanence importés ou utilisés.

De nombreux pesticides organochlorés sont ainsi toujours autorisés, en dehors des plus fortement rémanents (DDT et dérivés en particulier). Les importations de produits interdits en métropole se poursuivent, d'Australie, Nouvelle-Zélande et autres pays, et parfois exonérés de la TVA et de la plupart des droits et taxes. Depuis 1980, des concentrations notables et très fluctuantes de pesticides ont été mise en évidence sur le littoral de Tahiti et d'autres îles dans l'eau, les sédiments, métaux et hydrocarbures, le plus souvent dans des échantillons réduits et avec un taux faible, voire imperceptible. Un réseau d'observation des récifs et de la qualité des eaux lagunaires, en particulier en aval de zones agricoles, est prévu pour un suivi) à long terme.

Annexe n° 12 : amiante, mercure, saturnisme, eau

Aux risques environnementaux généraux (tels que l'eau potable, l'assainissement, ou les déchets d'activités de soins), s'ajoutent des risques localisés: chlordécone aux Antilles, amiante en Nouvelle-Calédonie, un site de saturnisme à La Réunion, effets des expérimentations nucléaires en Polynésie française. L'habitat insalubre, aggravé par un assainissement souvent incomplet et déficient, est un risque omniprésent, mais hors du cadre de la présente enquête.

Le *saturnisme*, maladie liée au plomb, particulièrement dangereuse chez la mère enceinte et le jeune enfant, touche très peu les outre-mer (par comparaison avec Paris, la Seine Saint Denis ou le Nord), avec 19 cas en 2010-2011 en Guyane, et un épisode de cas groupés à La Réunion. La rareté des cas peut être expliquée par celle des recherches visant d'autres sources que les peintures. S'agissant de l'*amiante*, la documentation des cas avérés demeure parcellaire. Le fonds d'indemnisation des victimes (FIVA) a validé la moitié de la centaine de demandes reçues de 2002 à 2012. La branche AT-MP n'y a indemnisé que 7 cas consécutifs à l'inhalation de poussières entre 2005 et 2009.

En *Nouvelle-Calédonie*, seulement trois des quarante demandes ont pu être acceptées : le gouvernement du territoire n'y a pas encore mis en place le dispositif juridique prévu par la loi, en dehors d'un groupe de travail. Le registre du cancer a constaté 107 cas de mésothéliome entre 1984 et 2006, dont près de la moitié sont dans trois petites communes : Houailou, Poindimié et Kone, avec une incidence en baisse depuis lors (1,81/100 000). Un rapport de 2007 du bureau de recherches géologiques et minière (BRGM), de l'INSERM et du laboratoire parisien d'étude des particules inhalées (LEPI) a identifié le blanchiment d'habitations avec une chaux contenant de la trémolite (« *pö* », forme d'amiante) : en 2002, 17 M€ avaient déjà été affectés à la destruction de 700 cases et au relogement d'un millier de mélanésiens affectés. S'y ajoutent des roches, amiantifères sur le tiers du territoire, exposant, lors de terrassements, à un risque comme avec le nickel : en 2011, une société a été condamnée pour faute inexcusable envers cinq anciens salariés, dont un décédé, atteints de cancer des poumons, d'asbestose (maladie de l'amiante) ou de plaques pleurales. Il a fallu attendre un arrêté territorial du 6 juillet 2010 pour que soit abrogée l'exclusion des mines et carrières dans la liste des travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale fixée en 1993.

Le rapport de 2007 susvisé a noté l'incertitude entourant le risque de fibres dans l'air à proximité des exploitations minières, et préconisé des mesures qui n'étaient encore que partiellement mises en œuvre en 2013¹⁰⁹. Un contentieux est venu fin 2012 devant la cour d'appel de Nouméa.

La *Polynésie française* a attendu 2008 pour interdire l'amiante, 12 ans après la métropole, et 2011 pour déterminer les modalités de protection. Son ministère de la santé est conscient de l'incomplétude de la transposition des textes et des sanctions prévues au plan national. Les constructions hospitalières n'ont pas été épargnées : ainsi, le CHU de *Guadeloupe* a repris, après la visite de la Cour en 2013, des travaux d'élimination d'amiante, certes à faible concentration, réclamés depuis plusieurs années dans son service de pédiatrie, et programmé un diagnostic actualisé de l'établissement. À *La Réunion*, seulement 7 des 43 contrôles programmés en 2012 par l'ARS ont été réalisés, avec 28 injonctions ; elle a noté 170 sites restant à contrôler, dont des établissements sanitaires en priorité.

La pollution au *mercure* est notoire dans les zones d'orpaillage illégal. L'ARS de Guyane mène des actions de prévention des risques liés à la consommation de poissons (également ciblés en *Polynésie française*) ; son plan régional santé environnement (PRSE) 2009-2012 a permis de ramener en deçà des plafonds recommandés par l'OMS, chez des femmes amérindiennes enceintes, une imprégnation biologique mercurielle qui était très élevée. Le ministère des outre-mer ne dispose pas d'un tableau de suivi du PRSE qui, compte-tenu de l'impact économique du sujet, pourrait l'éclairer utilement.

L'eau de consommation est, elle, pathogène ou inaccessible dans les régions les plus isolées ou, comme à Mayotte, les plus démunies.

¹⁰⁹ Cf. notamment : Marie-Anne Houchot, « Amiante, développement et santé durable en Nouvelle-Calédonie », *Les Cahiers d'Outre-Mer*, 252, octobre 2010, en ligne en octobre 2013. <http://com.revues.org/index6116.html>.

Annexe n° 13 : les maladies professionnelles

La sous-déclaration outre-mer des *maladies professionnelles* et des accidents du travail est encore plus considérable qu'en métropole : 123 cas de maladies professionnelles dans les quatre DOM (519 000 emplois salariés) en 2005, 188 cas en 2009, 185 victimes en premier règlement en 2012. À elle seule, la Nouvelle Calédonie, pour 6,6 fois moins de salariés, en a reconnu 83 en 2005, 94 en 2009, et 103 en 2012, et cela avant que la CAFAT propose d'augmenter la douzaine de maladies professionnelles reconnues. Les accidents de trajet à la charge de la sécurité sociale sont beaucoup plus nombreux (un millier en premier règlement en 2012, 71 000 indemnités journalières) de même que les accidents du travail (7 842, 437 000 indemnités journalières).

L'absence de déclaration de cancers d'origine professionnelle a conduit la CGSS de *La Réunion* à examiner les éventuels freins à la déclaration : complexité ou méconnaissance par les généralistes des procédures, crainte de répercussions pour les patients, et délicat repérage de l'origine professionnelle de la maladie. Plusieurs caisses ont renforcé récemment leurs services AT-MP. L'ampleur du travail dissimulé accentue la sous-déclaration, *a fortiori* en *Guyane* et à *Mayotte* du fait du nombre de résidents sans titre de séjour et de travail. Mayotte est restée à l'écart du droit national, avec une tarification et une classification désuète, datant de 1977. L'alignement sur le régime général a été différé jusqu'à 2020, avec une période transitoire. La CSSM tente en vain d'obtenir de la CNAMTS le logiciel de gestion métropolitain, dont l'absence limite le calcul des éléments statistiques nécessaires. Un renforcement de l'information, de la formation et des contrôles en matière de santé au travail est nécessaire outre-mer comme en métropole, notamment dans le cadre de la formation médicale, en mutualisant les documents et avec une concertation plus intense entre caisses, ARS ou directions de la santé, médecins du travail et ensemble des professionnels¹¹⁰.

¹¹⁰ Une particularité est que l'État affecte en Polynésie française un médecin de la direction générale de l'aviation civile pour les agents de celle-ci et des actions de prévention.

Annexe n° 14 : les effets des expérimentations nucléaires en Polynésie française

1. Le suivi et l'indemnisation

L'un des enjeux de santé les plus médiatisés en Polynésie française concerne la radioactivité. L'institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) la mesure depuis 1962, avant les premiers essais nucléaires français mais après les essais britanniques en Australie et américains dans les îles Marshall. Cette radioactivité a faibli et elle est de plus en plus difficile à mesurer. Mais les décrets d'application de la loi du 5 janvier 2010 relative à la reconnaissance et à l'indemnisation des victimes des essais nucléaires français ont publié la liste des maladies radio-induites à surveiller. De 2010 au 30 juin 2013, le comité d'indemnisation des victimes des essais nucléaires (CIVEN) a reçu 843 demandes, dont 12 ont abouti à un versement, une partie des autres étant en cours d'instruction. Une mission conjointe de l'IGAS et du contrôle général des armées a constaté en 2013 que le rythme des demandes est passé de cinquante par mois la première année à une dizaine plus récemment. Le CIVEN a été transformé en autorité administrative indépendante par la loi de programmation militaire du 18 décembre 2013.

Sur recommandation du comité de liaison pour la coordination du suivi sanitaire des essais nucléaires français (CSSEN), un « Centre médical de suivi des anciens travailleurs civils et militaires des sites d'expérimentation du Pacifique et des populations vivant ou ayant vécu à proximité de ces sites » (CMS) a été mis en service en 2007 par le territoire et l'administration française, par convention entre l'État et la Polynésie française, et en cours de renégociation en 2013. Il contribue à la constitution des dossiers découlant de la loi de 2010.

Le CMS est hébergé par la direction de la santé et cofinancé par le ministère de la défense, qui lui affecte un médecin-chef, sur deux prévus, et un infirmier. De 2007 à 2012, ils ont réalisé 5 459 consultations. S'y ajoutent, à l'occasion de leurs visites dans des atolls dépourvus de personnel soignant, des consultations de médecine préventive et curative (755 en 2012).

Le contentieux administratif suite aux rejets de demandes s'est développé, et devrait permettre d'en dégager une jurisprudence. Une commission sénatoriale a critiqué le dispositif, l'analysant comme « une

application poussive, loin des objectifs assignés » et la loi a été modifiée en 2013¹¹¹. Les dépenses ont été modestes : 38 018 € en 2011 et 266 284 € en 2012, sur une dotation annuelle de 10 M€ (programme 169). La moyenne des indemnisations est de 65 000 €, avant déduction des éventuels frais de soins remboursés à la sécurité sociale.

2. Les études scientifiques

L'IRSN évalue la dose annuelle sur la base d'une ration alimentaire déterminée par archipel, et les résultats sont publiés sur internet (de même, en Nouvelle-Calédonie, il prévoit de publier en 2014 les résultats de 80 prélèvements collectés sur des denrées et des sols). Suite à l'accident de Fukushima de 2011, la fréquence des analyses et des actions de communication a été accrue (air, herbe, lait, eau de mer, poissons, etc.), de même que le nombre d'instruments de mesure, sans faire apparaître de risque jugé significatif. S'agissant des leucémies, des cancers broncho-pulmonaire, du sarcome osseux et de la radionécrose osseuse qui seraient attribuables aux essais nucléaires, 53 cas ont fait l'objet de dossiers d'indemnisation entre 2007 à 2012 (31 chez d'anciens travailleurs des sites d'expérimentation, et 22 habitants).

D'autres cancers hors liste sont évoqués : ainsi, deux habitants des Gambier, atteints de cancer de la thyroïde après contamination dans l'enfance, ont reçu une proposition d'indemnisation, quoique sans lien officiel de causalité. Statistiquement il n'y aurait pas de différence significative et attribuable aux essais nucléaires entre les populations ainsi affectées et la prévalence des cancers dans le reste de la Polynésie française ou de la France. Toutefois, en données standardisées, le registre du cancer géré par la direction de la santé polynésienne et les données France 2005 (hors Pacifique) montrent qu'en Polynésie française l'incidence pour les femmes des cancers de la thyroïde est trois fois supérieure à celle de la France.

C'est le 2^{ème} taux d'incidence au monde après la Nouvelle-Calédonie, et des études sont en cours dans ces deux territoires pour déterminer les facteurs de risque. Les cancers de l'utérus et des poumons

¹¹¹ Rapport d'information, relative à *La reconnaissance et l'indemnisation des victimes des essais nucléaires français*, commission sénatoriale pour le contrôle de l'application des lois, sur la mise en œuvre de la loi n° 2010-2 du 5 janvier 2010, par Mme Corinne BOUCHOUX et M. Jean-Claude LENOIR, Paris, Sénat, 18 septembre 2013, page 21.

des femmes sont de même plus nombreux, comme, dans une moindre mesure, ceux de l'estomac, du foie et de la vessie. Ces cancers peuvent résulter de risques majeurs tels que grossesses multiples, tabac et boissons alcoolisées. Les autres types de cancers y sont moins répandus qu'en France hors Pacifique.

Une étude indépendante a été réalisée entre 1966 et 2008 pour le ministère de la défense sur les 26 524 personnels civils et militaires ayant séjourné dans les sites d'expérimentation nucléaire. Certes plus jeunes et en meilleure santé que la moyenne de la population française, ils ont été beaucoup moins atteints par des cancers que cette dernière. Chez les quelque 5 400 décédés avant 2009 dont la cause de décès est connue, la mortalité par cancer ou pathologies potentiellement liées aux radiations est inférieure à la moyenne nationale, sauf pour des hémopathies malignes, dont la fréquence est supérieure, comme chez les personnels affectés aux essais nucléaires d'autres pays (source : G. Pédrone et al., *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 59 (2011) 187–196). Seuls sept décès par cancer de la thyroïde ainsi que 24 décès par mélanome ont été constatés chez des vétérans dont tous les dosimètres avaient été négatifs sauf dans un cas (SEPIA-SANTE, 2009, 110 pages). Un second rapport de la même équipe (*Étude des affections de longue durée dans la cohorte des vétérans des essais nucléaires dans le Pacifique*, 2012, 74 pages) a conclu dans le même sens.

Annexe n° 15 : médecine légale

1 - Les insuffisances relatives aux instituts médico-légaux

Les instituts médico-légaux représentent une charge de travail significative pour le secteur hospitalier (ainsi que pour certains médecins libéraux. Malgré les progrès accomplis, les constats effectués auprès des cours d'appel ou tribunaux de chaque outre-mer n'en montrent pas moins de graves lacunes, et des écarts préjudiciables aux missions médico-légales.

Tableau : statistiques des instituts médico-légaux, DOM, 2012

2012	Examens		Autopsies	Levées de corps	Examens de corps isolé	Forfaits versés (€)
	de victimes	de gardés à vue				
Cayenne (CH)	1 815	928	87	19	0	1 030 133
La Réunion	1 671	1 415	72	87	147	1 176 168
Fort-de-France	1 533	53	0	27	102	692 059
Pointe-à-Pitre	970	622	150	54	85	1 363 336
Total	5 989	3 018	309	187	334	4 261 696

Source: ministère de la justice (non compris d'autres actes en faibles quantités)

De longue date, des recommandations sont multipliées pour développer outre-mer la coopération entre les professionnels de santé et la justice. L'annonce en 2008 de commissions régionales santé-justice n'a été que très tardivement suivie d'effet ; elles appellent la participation de tous les services de l'État concernés. Fin 2013, un seul protocole santé-justice avait été signé conformément aux instructions, celui de Guadeloupe étant jugé non conforme, celui de l'océan indien était en cours de validation, avec des difficultés résultant d'une insuffisance de moyens et de la suppression de l'équipe mobile. Celui de Guyane était en cours de validation.

S'agissant de la médecine légale du vivant, les examens médicaux réalisés sur réquisition judiciaire peuvent avoir un impact en matière de santé comme de justice (certificats médicaux pour une victime de violences, notamment sexuelles, cas psychiatriques...). Le schéma directeur mis en place en 2011 a été évalué et remanié en 2012. Le ministère de la justice est d'avis que cela a amélioré la qualité des prestations médico-légales.

Des chefs de cour rencontrés lors de l'enquête ont regretté que cette réforme n'ait ni mis fin aux disparités locales ni uniformisé les pratiques, et laissé cohabiter le nouveau forfait avec le paiement à l'acte. La majorité des parquets judiciaires d'outre-mer soulignent des difficultés qui, fréquentes en métropole, sont aggravées par la densité souvent faible en médecins ou spécialistes et par l'éloignement. L'interprétariat parfois nécessaire demeure inégalement assuré, et les praticiens sont souvent payés avec retard, voire pas du tout. Fin 2012, la justice avait versé 3,65 M€ à ses prestataires médico-légaux, hors établissements, et reporté à 2013, analyses de laboratoires non comprises, au moins 1,9 M€ selon les données, présumées incomplètes, enregistrées dans CHORUS.

Les trois centres hospitaliers universitaires (CHU) ont renouvelé récemment les protocoles signés avec les chefs de cour, la gendarmerie et la police, et celui du centre hospitalier de Cayenne est en cours de mise au point; ils affectent à leur institut médico-légal 2 ou 3 ETP de praticiens, autant de personnels infirmiers, et un ou deux agents de support logistique. Les autres outre-mer n'ont qu'un «réseau de proximité» libéral, plus ou moins étoffé et disponible. Il y a parfois une absence d'anticipation du temps de travail et des compétences nécessaires, comme l'a noté dans un cas la Chambre régionale des comptes Antilles-Guyane.

Les délais sont souvent et à tous les stades importants : pour un rendez-vous (jusqu'à plusieurs mois, sauf à La Réunion où la prise en charge est immédiate), comme pour le rapport en découlant (moins d'une semaine à La Réunion mais jusqu'à près d'un an ailleurs). Certains médecins, y compris hospitaliers, refusent de donner d'emblée aux victimes un certificat médical, ce qu'une gendarmerie a qualifié de «*procédé, semble-t-il, pour se faire payer deux fois le même acte*». Lorsque les psychiatres ou les intéressés reportent une expertise sans aviser les enquêteurs, les dossiers s'accumulent. Un retard de six mois dans la procédure est fréquent. Les relations police judiciaire-médecine en souffrent parfois.

Le montant facturé à la justice est désormais sans commune mesure avec la tarification à l'acte que son administration devrait théoriquement appliquée. Si elle l'avait respectée, le total de 4,26 M€ du

tableau ci-dessus aurait été ramené à moins du quart (exactement 849 317 € selon la chancellerie)¹¹²

Les délais avec lesquels les médecins légistes, les psychiatres et les psychologues sont défrayés souvent dissuasifs, ce qui encourage à tirer les leçons de la prise en charge directe des frais de déplacement et de séjour qui y remédie à La Réunion depuis mai 2013. Le manque de praticiens dans cette île réduit leur disponibilité pour venir instrumenter à Mayotte : le résultat est que ce sont des praticiens métropolitains qui viennent à grands frais (jusqu'à cinq fois plus cher qu'un déplacement de La Réunion) et de temps perdu en avion. La formation des généralistes libéraux s'avère parfois insuffisante. Une révision générale de la gestion des activités d'expertise entre le ministère de la justice, les juridictions pénales et, notamment, l'ordre des médecins serait opportune.

2 - L'insuffisance en unités médico-judiciaires

S'agissant des unités médico-judiciaires (UMJ), les outre-mer demeurent en retard par rapport à la métropole, alors que la criminalité, notamment les violences sexuelles, y battent parfois des records¹¹³. C'est notamment le cas dans le Pacifique, où il est abusé de la vulnérabilité féminine dans des cas d'adoptions coutumières dans l'enfance, de violences familiales ou masculines et d'abus sexuels précoces. Si les difficultés en matière d'expertises médicales rappellent celles de la

¹¹² La Cour a déjà attiré l'attention sur de telles difficultés, cf. notamment la réponse du Garde des sceaux au rapport sur : L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale », Paris, La documentation française, décembre 2011 (page 167). Il était noté page 72 qu'un groupe de travail sur les expertises avait été mis en place fin 2010 à la demande de la DGS.

¹¹³ Par exemple, 25 des 35 saisines du parquet par l'académie de Martinique en 2010-2011 concernaient des violences sexuelles détectées par des collègues. Les ministères de la santé et des outre-mer, l'ANRS et l'INPES ont financé aux Antilles-Guyane une étude « KABP » dont les résultats sont prévus en 2014.

métropole, le développement limité des unités médico-judiciaires et des centres de ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIA VS) prend insuffisamment en compte le nombre de victimes à prendre en charge.

L'UMJ de Martinique ne fonctionne dans des conditions jugées normales (locaux, équipement et effectifs) que depuis 2012 ; l'ARS indique qu'il n'y a aucune visibilité sur les dépenses et que des titres de recettes ne sont pas émis.

Le CHU de Guadeloupe a attendu 2011 pour ouvrir une UMJ ; seule celle de Cayenne est dotée d'une équipe mobile, et ces derniers sites sont comme celui de La Réunion aux niveaux de personnel les plus modestes (« O3 », « O3 B » à Pointe à Pitre). Mayotte, la Nouvelle-Calédonie, la Polynésie française et Wallis-et-Futuna sont en « réseau de proximité », formule qui signifie le recours aléatoire à des professionnels de santé en l'absence de toute UMJ. À Nouméa, les autorités judiciaires ont refusé une proposition des services du territoire qui permettrait d'ouvrir une UMJ sur une base conventionnelle, associant les moyens proposés par la Nouvelle-Calédonie, ceux du centre hospitalier territorial et des moyens extérieurs, en attendant un développement mieux approprié dans le nouveau site du centre hospitalier annoncé pour 2016. À Papeete, l'hôpital inauguré en 2011 a les locaux nécessaires, mais pas les moyens de créer une UMJ.

Les « centres de ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles » (CRIA VS), préconisés par le ministère de la santé depuis 2006, n'ont pas été généralisés. Les CHU de Guadeloupe, Martinique et de La Réunion, ainsi que le CH de Cayenne, reçoivent de l'assurance maladie depuis 2008 une subvention annuelle, non réactualisée, de 320 000 € (945 000 € à La Réunion). En dépit de cette recette, en Guadeloupe, il a fallu l'enquête de la Cour pour que l'ARS constate en 2013 que le centre y demeure largement virtuel : comité de pilotage du centre non constitué, locaux prévus redéployés, fonction assurée dans un « espace d'accompagnement psycho-légal ». En Martinique, un vaste local loué depuis 2009 n'a été mis en service qu'en 2013, et seulement partiellement.

Annexe n° 16 : l'accès à la santé des personnes détenues¹¹⁴

Les outre-mer comptaient 4 646 détenus « hébergés » (non compris 449 personnes écrouées non hébergées) au 1er septembre 2013, dont 3 % de femmes.

1 - Des insuffisances graves de moyens

La prise en charge médicale de détenus est la seule offre de soins assurée sous la responsabilité régaliennne de l'État dans l'ensemble des outre-mer. D'une part, dans les DOM, la loi du 18 janvier 1994 la confie au secteur hospitalier, avec un pilotage comme en métropole par les ARS. Le coût du dispositif est partagé entre la logistique, incombant au ministère de la justice et les soins, financés par une facturation à l'activité, complétée par un forfait de base et des crédits pour mission d'intérêt général (MIG ; 4,8 M€, soit 3,5 % du total français, en 2006 ; 8,5 M€, soit 5 %, en 2012 pour les unités de soins somatiques, et 0,68 M€ pour les chambres sécurisées). La capacité théorique en détenus est le principal critère pris en compte par le ministère des affaires sociales et de la santé, alors que la suroccupation des locaux est de 30 % en moyenne: il n'a examiné qu'en 2013 les insuffisances et écarts injustifiés résultant de ce mode de financement, et envisage d'y remédier.

Tableau : dotation de fonctionnement versée par l'assurance maladie, par détenu, DOM

Exercice 2012	Détenus au 1.9.2013	€ par détenu
Guadeloupe	871	2 137
Guyane	694	3 391
Martinique	918	1 367
Réunion	1 138	2 618
Mayotte	185	1 379
DOM	3 806	2 287

Sources : ministère de la justice ; DGOS. Les données hors DOM ne sont pas comparables. L'écart calendaire entre l'exercice 2012 et la population 2013 n'altère pas l'échelle de coût par détenu.

¹¹⁴ Sur la situation en métropole, voir : Cour des comptes, *Rapport public annuel 2014*, Tome I, Volume I-1. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables, p. 251-290. La Documentation française, février 2014, 480 p., disponible sur www.ccomptes.fr

Ce n'est là qu'un ordre de grandeur. De fréquents reports de charges sur l'exercice suivant, faute de crédits de paiement permettant de faire face au minimum nécessaire, rendent illusoire la présentation des dépenses par exercice.

D'autre part, en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, la santé est une compétence du territoire. L'administration pénitentiaire finance le fonctionnement du dispositif, avec des conventions entre les établissements pénitentiaires et hospitaliers. Elle manque de crédits pour rembourser les médicaments, l'hygiène des locaux, les transports de personnel, médicaments et matériels, ainsi que les actes effectués (en réduction des financements par l'assurance maladie des forfaits de missions d'intérêt général alloués par ailleurs). Le ministère de la justice n'a pu produire de récapitulation des montants 2011-2013 de factures de soins reçues, des paiements effectués et du solde restant à acquitter.

Les indicateurs dont dispose le ministère de la justice témoignent de l'ampleur des écarts de moyens entre sites, y compris dans une même île comme en Guadeloupe, et de leur insuffisance récurrente : de 0,63 ETP médical par 100 détenus en Guadeloupe, 0,38 à la Martinique voisine, à 0,27 à Mayotte ; de 3,94 ETP paramédical en Guadeloupe à 1,53 en Nouvelle-Calédonie. Tous ces chiffres sont à considérer avec prudence. Les ratios ETP reflètent les tableaux théoriques de service, alors que le service fait est doublement inférieur : d'une part, les vacances d'emploi ou congés de longue durée ne sont pas rares, d'autre part, il y a de fréquentes présomptions que la semaine de 35 heures n'est pas systématiquement respectée. Certaines « superficies affectées » aux soins, dans ce tableau, sont toutefois inférieures à la réalité.

2 - Des populations à risques

Les populations pénales sont à risque ; souvent plus jeunes qu'en métropole, elles présentent des caractéristiques épidémiologiques plus proches qu'en métropole de la population locale, mais il est fréquent que les arrivants n'aient jamais été soignés (diabète, rhumatisme articulaire aigu, staphylocoques dorés...). Dermatologie, infectiologie et petite traumatologie prédominent. En matière d'addictions, l'usage du cannabis est fréquent mais la toxicomanie intraveineuse est pratiquement absente ainsi que ses conséquences (VIH, hépatites). Le cas du centre pénitentiaire de Saint Denis de La Réunion est assez représentatif : polytoxicomanie (1/4 des détenus entrants), problèmes bucco-dentaires (50 %), et, pour les cas maladies chroniques, des cas de diabète (3,5 %)

d'hypertension artérielle (4,3 %) et de maladies respiratoires (5,7 %). Des cas de tuberculose résistante sont relatés.

Il arrive que plus de la moitié des incarcérations aient pour origine des faits commis sous l'influence de l'alcool et/ou de stupéfiants, et que la distribution interne de ces derniers soit quasiment gratuite, mais des responsables ont qualifié de dérisoires les moyens dont ils disposent en addictologie. La prise en charge mère-enfant est parfois délicate à assurer, notamment à Mayotte où, en dépit d'une chambre aménagée à cet effet, le conseil général a refusé de signer une convention avec le centre pénitentiaire au titre de la protection maternelle et infantile.

Effectifs écroués, capacité opérationnelle et taux d'occupation

01.09.2013 ¹¹⁵		Effectifs écroués	Capacité opérationnelle	Taux d'occupation
Baie-Mahault (Guadeloupe)	qcd	239	238	100 %
	qma	446	266	17 %
Basse-Terre (Guadeloupe)	ma	186	130	143 %
Cayenne (Guyane)	qcd	316	304	104 %
	qma	378	310	122 %
Remire (Martinique)	qcd	472	358	132 %
	qma	446	211	211 %
Saint-Denis de La Réunion	qcd	18	17	106 %
	qma	549	558	98 %
Le Port (La Réunion)	cd	445	490	91 %
Saint-Pierre de La Réunion	ma	126	121	104 %
Mayotte	ma	185	105	176 %
Nouméa	qcd	259	164	158 %
	qma	143	102	140 %
Faa'a Nu'u-tania (Polynésie française)	qcd	248	111	223 %
	qma	161	54	298 %
Uturoa (Polynésie française)	ma	15	20	75 %
Taiohae (Polynésie française) *	ma	3	5	60 %
Wallis-et-Futuna *	ma	2	3	67 %
Saint-Pierre et Miquelon*	qcd	3	4	75 %
	qma	5	7	71 %
Total		4 645	3 578	130 %

Source : ministère de la justice

¹¹⁵ QCD : quartier centre de détention ; QMA : quartier maison d'arrêt ; CD : centre de détention ; MA : maison d'arrêt. Non compris 449 personnes sous écrou mais non hébergées. La Cour a visité en 2013 tous les établissements sauf les trois derniers (*).

3 - La prise en charge sanitaire des détenus dans les programmes régionaux de santé

Les orientations stratégiques et l'implication quotidienne des ARS diffèrent d'un DOM à l'autre, avec une pénurie variable de moyens pour les mettre en œuvre. Celle de Guyane s'est donnée comme objectifs la promotion et d'éducation à la santé (en particulier les jeunes et les femmes), et la télémédecine pour des avis à distance en gynécologie ophtalmologie et orthopédie. L'ARS Guadeloupe entend améliorer la quasi-totalité des composantes de la santé en milieu carcéral. En Martinique, l'ARS souligne l'inadaptation des locaux, l'infraction que constituent l'absence de pharmacien et de préparateur, et l'insuffisante coordination entre l'unité sanitaire et le service médico-psychologique régional (SMPR), et la nécessité d'améliorer la prise en charge des urgences, de la psychiatrie, notamment des auteurs d'infractions à caractère sexuel. L'ARS Océan indien prévoit d'achever l'informatisation des dossiers médicaux personnels, la mise en service des chambres sécurisées au CHU, de faire assurer le niveau 2 des soins psychiatriques à la maison d'arrêt de Saint Denis, d'examiner comment pallier l'absence d'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), et de financer un fonds annuel de prévention. Leur mise en œuvre est, elle, plus hétérogène.

La gamme des soins assurés ou requis est plus large encore qu'en métropole, du fait de maladies ou pratiques infectieuses spécifiques, qu'ils soient somatiques (unité sanitaire) ou relevant de la psychiatrie et de la santé mentale. Les hospitalisations, avec ou sans consentement, ne peuvent donc être assurées que dans les établissements de santé, eux-mêmes insuffisants.

4 - Des locaux de soins souvent inadéquats, voire médiocres

Le ratio de locaux médicaux par 100 détenus varie de 20 à 123 m² selon les sites. Alors que les conditions d'incarcération ont une influence importante sur l'état de santé des détenus, les locaux affectés aux soins sont d'une grande diversité et majoritairement inadéquats, voire médiocres. Les facteurs pathogènes liés à leur vétusté, à leur surpopulation et à la précarité sociale sont d'une acuité variable mais amplifiée par le climat local et une forte suroccupation des locaux pénitentiaires. Le risque est parfois minoré par une vie plus souvent en commun, parfois toute la journée, et même la nuit, que dans les sites modernes, mais des troubles en ont résulté.

À Saint-Denis de La Réunion, et dans le nouveau site ouvrant en 2014 à Mayotte, ils sont exceptionnellement modernes et vastes (près de 400 m²) ; comme au Port, l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) et le SMPR occupent des locaux communs ou contigus, bonne pratique qui favorise une coordination inégalement retrouvée ailleurs. Dans d'autres sites, la contiguïté n'a pas suscité une telle synergie entre les deux équipes, sans que les établissements hospitaliers, les ARS ou le ministère aient les moyens d'en tirer les conséquences quant au choix des chefs d'équipe. Nombre de rapports du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) ont détaillé des conditions indignes outre-mer. L'établissement de Nouméa a fait l'objet de plusieurs rapports récents, dont un en 2013. À La Réunion, le centre du Port héberge ainsi, dans un spacieux site à basse sécurité, quatre handicapés en fauteuil roulant et deux personnes âgées, dans des cellules de 6 m² scandaleusement incompatibles avec leur état de santé¹¹⁶. À Saint-Pierre de La Réunion, l'encellulement collectif – jusqu'à une quinzaine de détenus par dortoir – et l'exiguïté de locaux de cet ancien entrepôt ne peuvent qu'aggraver la vulnérabilité sanitaire de détenus, certes en nombre limité mais dont l'état de santé lors du placement sous écrou faisait déjà parfois problème. À Tahiti-Faa'a, l'unité sanitaire n'a que le huitième de la superficie de celle de Saint Denis de La Réunion, pour une population voisine : quelque 50 m², comme à Mayotte. Cela a conduit à une accumulation de manquements au détriment des patients comme des personnels, qui aurait dû imposer de longue date une reconstruction maintes fois annoncée et maintenant prochaine. Pour le futur centre de détention de Papeari (Tahiti), les locaux médicaux sont annoncés comme devant être douze fois plus grands pour un nombre identique de détenus (410 places), avec 659 m².

Dans plusieurs îles, les soignants soulignent la « psychopathisation » accélérée des détenus. Or, la psychiatrie y est particulièrement sous-développée, ce qui conduit à s'interroger sur le degré de maîtrise de la situation par le ministère des affaires sociales et de la santé. Aucune unité hospitalière de soins adaptés (UHSA) ou pour malades dangereux (UMD) n'a été créée outre-mer, en raison de la faiblesse des effectifs de la population pénale dans chaque site. Il n'y a pas toujours de places d'hospitalisation de jour.

¹¹⁶ Sa cuisine centrale, elle, aurait dû être fermée de longue date pour violation de la réglementation en matière d'hygiène. Sa reconstruction a été financée mais pas autorisée par l'administration centrale.

À Mayotte, le délai est de trois semaines avant de rencontrer un psychologue ; les détenus présentant des troubles importants du comportement sont évacués à La Réunion, où les hospitalisations de détenus réunionnais sont elles-mêmes fréquemment différées, et parfois non conformes aux bonnes pratiques. Ces évacuations sont contestables en termes de qualité de prise en charge et à l'origine de coûts importants. Partout, des dispositions alternatives font défaut. Le centre hospitalier de Cayenne n'accueille en psychiatrie qu'un détenu à la fois, alors qu'en Guyane, dépourvue d'établissement psychiatrique, il n'y a pas d'alternative du tout. Les praticiens réunionnais ont néanmoins refusé, lors de la construction du nouveau centre de Saint-Denis de La Réunion, que des cellules d'hospitalisation de jour y soient prévues : une implication plus forte des ARS pourra utilement prévenir la récurrence de telles décisions insuffisamment réfléchies. Un nouveau secteur d'hospitalisation courte, de 6 chambres individuelles, a été mis en service au CHU fin 2013, pour La Réunion et Mayotte, hors psychiatrie.

L'insularité appelle des solutions mieux adaptées pour hospitaliser des détenus trop souvent maintenus en détention malgré leurs troubles, ou tardivement hospitalisés sous le régime des hospitalisations sans consentement. Ces dernières sont en moyenne inférieures à trois semaines, mais leurs conditions de sécurité ne sont - comme ailleurs - pas optimales, avec deux récentes évasions. La seule solution spécifique est le transfert dans une unité pour malades difficiles (UMD) en métropole : trois évacuations sanitaires de ce type au départ de Mayotte en 2012, dont deux avec retour après une année. Le coût de telles évacuations sanitaires est très élevé : jusqu'à deux gardiens ou infirmiers sont mobilisés pendant les deux, trois ou quatre jours de voyage nécessaires, et cela avec deux allers-retours à quelques semaines d'écart en cas de rapatriement. Leur rapport coût/vertus curatives ou stabilisatrices est incertain.

Si la Polynésie française bénéficie encore d'un « taux de tolérance » des pathologies mentales par les codétenus et les personnels considéré comme supérieur à ce qu'il est ailleurs, les prises en charge psychiatriques sont une source de difficultés importantes, aggravées par le faible nombre ou l'inexistence de lits psychiatriques. En cas de pronostic vital engagé mais impossible à traiter en Polynésie française, il y a un obstacle de taille : le transfert de détenus en métropole pour des motifs médicaux est impossible en raison du refus de visa de transit par les États-Unis. Il en résulte des risques de prises en charge très onéreuses et moins efficaces sur place.

Le moratoire relatif à la généralisation de l'encellulement individuel prend fin, en l'état actuel de la loi, en novembre 2014 y compris en théorie outre-mer, mais cette mesure ne sera pas partout

applicable. Au demeurant, si la cellule individuelle est une facilitation pour les soins somatiques et l'équilibre général des détenus, elle peut présenter un risque pour certains cas relevant de la psychiatrie si leur prise en charge diurne n'est pas substantiellement renforcée dans ces territoires où, culturellement, la solidarité collective peut constituer un soutien psychologique efficace. Les rares chambres carcérales en milieu hospitalier sont aussi diverses. Bien que limitées à deux, celles du CHU de Pointe à Pitre sont vétustes, mal équipées et peu sécurisées.

Les matériels et fournitures font également problème. Les appareils de radiologie dentaire de Saint-Pierre de La Réunion et de Tahiti (dont le remplacement est annoncé) ont échappé aux contrôles de radioprotection et à toute mise aux normes, bien que reconnus comme non conformes. À Tahiti, le kinésithérapeute vacataire ne dispose d'aucun matériel, et le terrain comme l'équipement de sports sont tels que l'unité sanitaire a pris en charge 203 accidents sportifs, certes mineurs, en 2012. Des boulettes quiès ne sont plus distribuées dans des établissements survoltés.

La création de structures de type UHSA (psychiatrie) et unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI, soins somatiques) n'est plus exclue par les deux ministères. Une solution sécurisée de ce type paraît indispensable, à une échelle appropriée à chacune des trois zones : Antilles-Guyane, Océan indien, Pacifique. Le dispositif serait programmé en 2014, pour une réalisation progressive, sans que le financement soit encore confirmé. Dans le cadre du plan stratégique 2010-2014 des personnes sous-main de justice, la DGOS et la DAP ont entrepris un état des lieux des locaux existants, en vue d'un plan d'amélioration et d'harmonisation, sans mesures nouvelles allouées.

5 - Parmi les plus médiocres dotations de France en personnels de soins

Le ratio en personnels médicaux par 100 détenus varie de 0,19 à 0,63 ETP de médecin, et de 1,53 à 4,55 ETP en personnel paramédical (202). En 2011, la fourchette a été de 0,02 à 0,11 ETP de médecins spécialistes par 100 détenus, et de 0,07 à 0,24 ETP de dentiste.

En temps de présence effective sur les lieux, la réalité est parfois moindre. En temps de soins effectifs, elle est toujours inférieure. Les régions pénitentiaires des DOM sont ainsi parmi les plus mal dotées de France. Les inégalités d'accès aux soins sont très considérables, mais en partie inconnues.

Les statistiques, notamment celles de l'observatoire ministériel des structures de santé des personnes détenues (Ossd, DGOS), en témoignent, même si parfois elles sont illusoire ou ne concordent pas avec celles du ministère de la justice. Les disparités de moyens hospitaliers publics sont considérables, pour des populations carcérales dont rien n'établit qu'elles soient cliniquement hétérogènes.

Locaux et effectifs de soins par établissement, 2012

	Ratios par 100 détenus		
	Locaux de soins 31 octobre 2013	Effectifs médicaux (ETP 2012)	Effectifs paramédi- caux (ETP 2012)
Guadeloupe CP de Baie Mahault	88 m ²	0,3	4,5
Guadeloupe MA de Basse-Terre	46 m ²	0,2	1,9
Martinique CP de Ducos	65 m ²	0,4	3,1
Guyane CP de Remire-Montjoly	71 m ²	0,6	3,2
La Réunion CP le Port	72 m ²	0,5	3,2
La Réunion CP de Saint-Denis	107 m ²	0,5	3,2
La Réunion MA de Saint-Pierre	123 m ²	0,5	3,2
Mayotte MA de Majicavo	28 m ² ¹¹⁷	0,3	2,8
Polynésie française CP de Faa'a	20 m ²	0,3	2,1
Nouvelle-Calédonie CP Nouméa	38 m ²	0,3	1,5
CP de Saint-Pierre & Miquelon	<i>néant</i>	0,2	0,2
Moyenne des 11 établissements	67 m²	0,4	3,0

Sources : direction de l'administration pénitentiaire ; DGOS (ETP).

Les statistiques, notamment celles de l'observatoire ministériel des structures de santé des personnes détenues (Ossd, DGOS), en témoignent, même si parfois elles sont illusoire ou ne concordent pas avec celles du ministère de la justice. Les disparités de moyens hospitaliers publics sont considérables, pour des populations carcérales dont rien n'établit qu'elles soient cliniquement hétérogènes. Certains DOM ont des ratios théoriquement supérieurs à la moyenne nationale, mais la présence sur site est souvent inférieure : le CHU de La Réunion ne peut assurer sur les deux principaux sites la présence d'un médecin à temps plein que six mois par an, et à mi-temps les autres six mois. La notion d'« équivalent temps plein » varie notablement en termes d'heures de présence effective,

¹¹⁷ Le nouveau bâtiment livré en 2014 quintuple la superficie par cent détenus.

d'un médecin ou d'un site à l'autre, sans que le ministère exprime de point de vue (aucune sanction pour absentéisme n'a été signalée). Il en résulte notamment des délais d'attente de plusieurs semaines ou mois avant une consultation, d'autant que, dans un cas parmi d'autres, « *le rallongement du délai d'attente est lié d'une part à l'arrivée tardive de certains sur le lieu de travail et d'autre part à un déficit de consultations par certains praticiens (...) les médecins ne veulent pas voir afficher leurs horaires d'entrée et de sortie de l'établissement* ». Dans ce site, seuls les remplaçants (le chef de service hospitalier ou des vacataires) sont réputés respecter le temps plein. La permanence de nuit n'est pas toujours assurée, ni même parfois de jour : en Guadeloupe, aucun médecin ni infirmier n'a été présent entre le 9 et le 11 décembre 2012, ni pendant les week-ends de Noël et du jour de l'an, à la veille desquels les médicaments ont été distribués par anticipation, ni encore plusieurs jours en août 2013. Ces réductions du temps de travail sont notoires ; elles altèrent les relations avec les personnels pénitentiaires comme la continuité et la célérité des soins, mais il n'y a pas trace de sanctions.

Alors que la psychiatrie en Guadeloupe est affichée par la DGOS à 0,7 ETP par 100 détenus, contre une moyenne nationale de 0,32, la Cour a constaté sur place un chiffre réel de 0,19 ETP (0,55 ETP avec les vacances de psychologues) : il y a un seul psychiatre, théoriquement à temps plein, et trois vacataires (0,9 ETP). Un secteur pénitentiaire d'hébergement psychiatrique a ouvert fin 2013, après quinze ans de délais attribué aux mésententes avec le CHU, et l'attribution des emplois médicaux nécessaires. Cette réalisation sera à évaluer en vue de l'étendre à d'autres outre-mer. En Martinique, les locaux vont être améliorés, mais en éloignant les soins somatiques des soins psychiatriques.

En Guyane, le centre pénitentiaire a bénéficié d'un appareil de radiologie, inutilisé faute de manipulateur : il en résulte d'onéreux transferts de détenus au centre hospitalier pour la détection de la tuberculose, ce qui perturbe le patient, le personnel pénitentiaire et celui de l'hôpital. Dans un autre cas, la DGOS recense comme étant à temps plein en unité sanitaire un médecin qui est également chef de pôle à l'hôpital, expert près les tribunaux et disponible dans son cabinet en ville pour sa clientèle libérale ; ce centre pénitentiaire souligne le manque de vacances d'ophtalmologie, de chirurgien-dentiste, d'addictologie. La maison d'arrêt de Basse-Terre (Guadeloupe) est l'une des plus dégradées et des moins bien dotées en personnels de santé : une présence médicale est certes assurée 3 journées et demi par semaine, mais par trois médecins différents, avec un dispositif d'imagerie qui ne fonctionne plus. Les soins dentaires sont, après une absence totale de fin 2011 à l'automne 2012, réduits à une vacation toutes les trois semaines, moins d'un tiers de ce qui serait nécessaire pour une population très défavorisée à cet égard.

La gestion des médicaments est d'une qualité variable selon les sites. L'alternative de soins en ville est souvent limitée, faute d'assez de personnels (gendarmerie, police ou administration pénitentiaire) pour sécuriser les extractions de détenus pour des soins externes. De ce fait, en Guyane, seulement deux des trois extractions quotidiennes nécessaires sont effectuées, ce qui engendre un déficit structurel de soins – irrémédiable sauf à mieux doter en personnels et matériels de soins le centre pénitentiaire. Le problème est plus aigu encore lorsqu'il s'agit de détenus pour lesquels une escorte lourde est jugée indispensable. Le SAMU et SOS Médecins assurent généralement la permanence des soins en dehors des horaires d'ouverture des unités médicales : l'urgence médicale est en fort accroissement : des bagarres parfois violentes, avec des armes blanches artisanales, éclatent ainsi régulièrement en Guadeloupe en dépit de moyens mis en œuvre pour les endiguer.

La motivation des vacataires ne survit pas toujours à de longs retards de paiement, ce qui conduit alors à des périodes pendant lesquelles aucun soin spécialisé n'est accessible. En Guyane, il n'y a plus de consultations orthopédiques ni ophtalmologiques, alors que ces dernières correspondent au deuxième plus important motif de demande. L'opticien, non payé, a arrêté ses prestations en 2010. Un développeur numérique de radiographies installé en 2010 n'a pu être mis en service faute que le centre hospitalier ait financé les 4 500 € de raccordement électrique, ni la connexion Internet entre août 2011 et 2013. Le suivi médical des anciens détenus est généralement mal assuré, même en cas d'affections chroniques (VIH, hépatites...). La DGOS prévoit de réviser en 2014 la grille de saisie et la liste des données, et un protocole national d'échanges d'informations était en cours d'élaboration en 2013 entre les services de la santé et l'administration pénitentiaire, qui se dote d'un nouveau logiciel de gestion du parcours du détenu.

Comme en métropole, les cadres de la quasi-totalité des établissements pénitentiaires visités sont apparus très attentifs à ces questions, aux relations avec les personnels de santé, et soucieux de trouver des solutions durables. Le dévouement des personnels paramédicaux et de nombre de praticiens est reconnu par eux, et la qualité de leur dialogue est souvent patente. Des situations n'en sont pas moins tendues lorsque les médecins n'assurent manifestement pas leur temps de présence, ne se coordonnent pas entre eux ou perturbent sans motif apparent les horaires d'extraction de détenus de leur cellule, au prix de pertes de temps pour le personnel pénitentiaire (l'inverse se produit également, du fait des contraintes de sécurité).

6 - Des droits sociaux inégalement respectés

L'affiliation des détenus à la sécurité sociale laisse parfois à désirer: généralement, dès l'écrou, une demande d'ouverture des droits est faite, mais le temps de réaction des caisses de sécurité sociale est parfois très long, au point d'infliger parfois une double peine aux ayants-droits privés de ces derniers ou de ne pas conduire à l'ouverture de droits avant la sortie du détenu, dont la précarité est alors aggravée en cas de longue maladie ou d'affections chroniques.

En Guyane, une convention n'a été que récemment signée entre la CGSS, les centres hospitalier et pénitentiaire, en vue d'améliorer les transferts de données nécessaires.

En Nouvelle-Calédonie, les détenus affiliés à la CAFAT perdent le bénéfice de leurs droits (maladie, allocations familiales) à compter de l'incarcération : leurs ayants droits doivent demander l'aide médicale. Une réunion en 2010 et un rapport établi en 2012 suite à de graves troubles au sein du centre pénitentiaire n'ont reçu aucune suite. Il a fallu que le Haut-commissariat réunisse lors de la présente enquête les services concernés pour qu'ils envisagent d'y remédier à l'absence fréquente d'immatriculation et à la rupture des prises en charge d'ayants-droits. Les responsables provinciaux ont, eux, laissé sans suite les demandes d'entretien que leur adressait le directeur du service de probation et d'insertion pénitentiaire.

À Papeete, la caisse de prévoyance sociale n'assure plus de permanences pénitentiaires depuis une décennie, contrairement à ce que continuent à faire d'autres caisses pour faciliter l'ouverture des droits : les retards à l'ouverture de droits concernent jusqu'à 25% des dossiers. Elle ne rembourse plus les prothèses dentaires et les lunettes des détenus, ce qui constitue une atteinte à leur droit constitutionnel à la santé. Le logiciel du ministère de la justice assurant la gestion des identités des détenus ne reconnaît pas le numéro d'immatriculation des détenus à la CPS.

7 - Les situations d'atteintes aux droits d'accès à la santé

À Nouméa, un « accès aux soins très difficile en raison du nombre insuffisant de personnel sanitaire, de l'enclavement des locaux médicaux à l'intérieur de la maison d'arrêt, avec pour conséquence un absentéisme pouvant dépasser 60 % des personnes convoquées au service médical. Les traitements médicaux étaient distribués dans les cellules sans avoir la garantie qu'ils soient remis à la personne en raison notamment du

surencombrement des cellules et des nombreux changements d'affectation » : la particulière gravité de ces atteintes aux droits fondamentaux des personnes – parmi eux, la santé – a amené le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) à utiliser en 2011 la procédure d'urgence destinée pour adresser ses observations au garde des sceaux à propos de ce centre pénitentiaire de Nouméa, le Camp Est, jadis un bagne. La situation sanitaire y a été dégradée par une surpopulation massive (jusqu'à 206 %) et la grande précarité des détenus (très majoritairement kanaks et dont plus du tiers a moins de 30 ans) : insuffisances en psychiatrie, délais dentaires, dossiers non sécurisés ni reliés au centre hospitalier, vétusté des structures, surencombrement, oisiveté et indigence, violence en détention. Ce n'est qu'une des nombreuses situations d'atteintes aux droits fondamentaux d'accès à la santé que la Cour a constatées en 2013.

Annexe n° 17 : les fraudes à l'assurance-maladie

Le risque de fraude à l'assurance maladie est aggravé là où la carte Vitale n'est pas utilisée (la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française ont leurs propres systèmes, moins sécurisés), ou vérifiée par les professionnels. Les données de la CNAMTS ne sont pas structurées identiquement dans les caisses, ni d'une année à l'autre. Elles concernent principalement des professionnels. La vigueur des pénalités est variable. Les ordres professionnels font un usage parfois très modéré de leur pouvoir disciplinaire, y compris en appel.

Fraudes détectées en 2011, DOM, régime général

CGSS	Nombre de fraudes	préjudice		Actions mises en œuvre à l'égard des professionnels de santé
		subi et déclaré en 2011, €	Taux/dépenses ass. maladie	
Guadeloupe	18	302 167	0,52	26 lettres de mise en garde 7 indus notifiés 3 saisines SAS CRO/CNO
Martinique	114	549 611	1,13	114 lettres de mise en garde 113 indus notifiés 8 plaintes pénales
La Réunion	128 ¹¹⁸	2 789 854	2,64	117 indus notifiés 12 plaintes pénales 1 saisine SAS CRO/CNO
Guyane	1 ¹¹⁹	184 000	1,13	1 plainte pénale
Total	261	3 825 632	1,67	
<i>Métropole + DOM</i>	15 436	78 435 811	1,08	
% CGSS	1,60 %	4,87 %		

Source : CNAMTS (données Guyane incomplètes)

À Mayotte, la CSSM poursuit six infirmiers pour des préjudices estimés à 720 596 €, 493 708 €, 156 969 €, 144 381 € 89 410€ et 52 989 € entre 2009 et 2012, ainsi que deux cas en cours d'évaluation.

¹¹⁸ Dont trois infirmiers pour 561 679 € et 625 850 €. SAS : section des assurances sociales des conseils régionaux (CRO) et nationaux (CNO) des ordres. La SAS de La Réunion-Mayotte n'a été instituée qu'en 2013 sans encore fonctionner ; il n'y en a pas encore dans le Pacifique, dix ans après l'ordonnance de 2003 les instituant.

¹¹⁹ Plaintes de la CGSS non comprises, notamment contre deux pharmaciens pour 1,9 M€ et 0,6 M€ surfacturés, et contre un chirurgien-dentiste pour plus encore.

Annexe n° 18 : les retards dans la mise en œuvre des téléservices publics de santé

Dans les DOM, les professionnels de santé ne contribuent pas toujours tous aux économies de gestion qui s'imposent à l'assurance maladie. Leur taux moyen de *télétransmission de feuilles de soins électroniques (FSE)* reste souvent faible. En 2012, 787 d'entre eux seulement en ont télétransmises, à hauteur de 30 % seulement de la totalité des feuilles émises par eux. L'ordre des médecins constate notamment des rejets inexplicables de dossiers, ainsi qu'une absence, « fréquente » dans un des DOM, d'interlocuteur compétent à la CGSS.

La *carte de professionnel de santé (CPS)*, nécessaire pour la télétransmission, n'est pas généralisée en dehors des DOM. Au 31 mai 2013, on en comptait 11 398 à La Réunion et, marginalement, Mayotte ; 5 857 en Guadeloupe, 5 050 en Martinique, 1 797 en Guyane, et moins d'une centaine ailleurs. La circulation des médecins, notamment des remplaçants, et la gestion des prestations seraient facilitées si tous étaient inscrits au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) national.

Le décret du 6 février 2009 portant création du RPPS a prévu l'accès outre-mer des régimes d'assurance maladie aux données du RPPS, pour les professionnels relevant de leur ressort territorial, mais les ministères de la santé et des outre-mer n'ont pas encore réuni dans le Pacifique les conditions pour que tous y soient inscrits. La *Nouvelle-Calédonie* régleme elle-même les professions de santé, et peut ainsi autoriser l'exercice à des professionnels non autorisés en métropole (et réciproquement) : les tentatives de mise en place commune de la CPS et du RPPS ont avorté du fait que ces autorisations ne sont pas données selon les mêmes critères. La DASS envisage toutefois de transformer son répertoire en un système similaire au RPPS. La transmission informatisée des données de santé y achoppe également sur l'absence d'extension des textes réglementaires métropolitains relatifs à l'identifiant, à la confidentialité et à l'hébergement des données. La *Polynésie française* n'a pas encore un tel projet, et a abandonné en 2013 le réseau informatique qu'elle avait développé, dans des conditions qui rappellent les avatars du *dossier médical personnel (DMP)*.

Le *DMP* n'est pas encore effectivement utilisé outre-mer, malgré des subventions versées principalement à La Réunion (273 516 € en 2006, 187 687 € en 2010, réaffectés à d'autres fins). Le dispositif de *dossier pharmaceutique (DP)* est déployé dans 95 % des officines des DOM (d'autres ne peuvent y accéder, faute de haut débit), avec un million de DP ouverts, soit 37 % de plus qu'en moyenne.

Annexe n° 19 : une nécessité de sécurisation accrue des circuits du médicament

Le nombre des pharmaciens de ville et hospitaliers augmente (+ 19 % d'effectifs depuis 2005). La sécurisation du circuit du médicament a progressé (sous la réserve *infra* en matière de contrôles), même si, par exemple, le CH de Mayotte manque de pharmaciens pour respecter la réglementation dans ses sites extérieurs. Des écarts géographiques importants subsistent.

Pharmaciens et laboratoires de biologie, 2006-2012

DOM-COM	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2006/ 2012
Titulaires d'officines	667	683	686	690	694	701	709	7 %
Industrie	5	6	5	4	5	5	5	- 29 %
Fabric., import-export	5	6	6	6	7	5	7	Ns
Distribution en gros	34	42	40	44	44	45	49	40 %
Pharmaciens adjoints	462	471	472	519	511	519	560	23 %
Établiss. de santé	93	97	111	120	130	142	147	79 %
Pharmac. biologistes	186	192	203	198	207	212	216	18 %
Total DOM-COM	1 452	1 497	1 523	1 581	1 598	1 629	1 693	19 %
Taux d'évolution	2 %	3 %	2 %	4 %	1 %	2 %	4 %	
<i>Dt pharmac. biologistes de laboratoires privés</i>	92	104	112	114	135	135	141	53 %
<i>Laboratoires privés</i>	74	83	94	100	114	119	125	69 %

Source : CNOP (DOM); Gouvernement (NC); ordre des pharmaciens (PF)

Le ministère avait confié à l'IGAS une "mission d'évaluation des coûts de distribution des produits de santé dans les DOM ; proposition de marges plus adaptées" en 2010. Le ministère n'a pas pu la produire ni indiquer quelles suites lui ont été données. Des officines sont en déficit faute de clientèle suffisante, et en raison de dépenses élevées d'importation. En 2011, notamment, des conflits sont apparus à propos du circuit de distribution des médicaments, avec des livraisons directes d'officines par des grossistes-répartiteurs de métropole en dehors des conditions réglementaires. En 2012-2013, des compagnies aériennes ont réduit leur capacité d'acheminement de fret dans des proportions ne garantissant plus la continuité de traitements, notamment de grands malades. La coopération interministérielle alors envisagée pour y remédier restait, un an plus tard, à concrétiser.

La sécurisation de la dispensation trouve une limite dans la réduction des contrôles d'officines par les pharmaciens inspecteurs. En Martinique et dans d'autres ARS, l'unique pharmacien inspecteur a été affecté à d'autres missions (autorisations de pharmacies hospitalières, toxicologie...).

Il en résulte partout un risque de dégradation du respect de la réglementation et de la déontologie. Supprimés ces dernières années en Martinique, 10 contrôles complets d'officines (une demi-journée à une journée sur place) y sont prévus en 2014 à la suite à l'enquête de la Cour ; seuls deux contrôles simplifiés ont été effectués sur quinze programmés en 2012, mais quinze officines ont été ainsi inspectées en 2013 et autant sont prévues en 2014.

Les rares décisions disciplinaires témoignent de ce risque. Elles sont inexistantes dans le Pacifique : les administrations centrales ont saisi le Conseil d'État en 2009 d'un projet de décret adaptant à la Nouvelle-Calédonie et à la Polynésie française les modalités de fonctionnement des chambres disciplinaires de l'ordre des pharmaciens, mais sans base législative : cinq ans plus tard, le dossier continue à progresser, au fil de multiples occasions manquées de projets de loi ou d'ordonnances pour mettre fin à cette carence. L'assurance maladie n'y bénéficie donc pas du caractère éventuellement dissuasif de cet ordre de juridiction face aux tentatives de fraude.

S'agissant des dépenses en médicaments, des écarts considérables sont constatés, notamment entre établissements, sans qu'aucune étude médico-économique n'ait été initiée pour remédier.

Annexe n° 20 : la mise en œuvre du règlement sanitaire international

Le règlement sanitaire international (RSI) vise à mieux lutter contre la propagation des maladies. Compte-tenu des risques auxquels sont exposés les outre-mer, son application aurait dû être rapide. Adopté en 2005 par l'Assemblée mondiale de la santé, il est entré en vigueur en 2007. Juridiquement, c'est un instrument contraignant. Mais, après maintes péripéties interministérielles, le décret d'application n'a été publié qu'au début 2013 et les arrêtés nécessaires à l'outre-mer n'ont été publiés qu'en novembre. Les deux comités de pilotage qui devaient réunir par visioconférence les administrations de l'État et le membre du gouvernement chargé de la santé en Nouvelle-Calédonie ou de la Polynésie française n'existaient pas encore. La Nouvelle Calédonie, tout en effectuant « *en vain d'innombrables sollicitations en direction de l'État pour clarifier* » son rôle, a anticipé sur la mise en œuvre du RSI et a notamment développé les inspections de navires. La Polynésie française indique qu'elle effectue de même ces dernières.

Cinq années pour aboutir à un arrêté à propos de Mayotte : le ministère des affaires sociales et de la santé a publié le 6 mai 2013 un arrêté visant à protéger la population mahoraise de la fièvre jaune, soit cinq ans après que le Haut conseil de la santé publique (HCSP) l'ait demandé en raison de la départementalisation annoncée de Mayotte et de vols directs d'Afrique.

Un contrôle défaillant en Guyane

La vaccination est la seule protection contre la fièvre jaune, avec la désinsectisation des avions et bateaux. Cette maladie ne peut être éradiquée, car le virus est également trouvé chez le singe. Au printemps 2013, les passagers arrivant en Guyane ne faisaient pas encore tous l'objet d'une vérification par leur transporteur de leur vaccination contre la fièvre jaune (article R. 322-7 du code de l'aviation civile), notamment en cas d'enregistrement par Internet.

Suite à ce constat de la Cour, la direction générale de l'aviation civile a reçu l'assurance qu'Air France y veillera.

Par ailleurs, les échanges d'informations en ces domaines entre les outre-mer et les États membres de leur région de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ainsi qu'avec les bureaux régionaux de cette organisation, restent à renforcer ; le ministère des affaires sociales et de la santé prépare une instruction à cet effet.

Annexe n° 21 : les manquements à la radioprotection

Les DOM disposaient fin 2013 de 50 appareils émettant des radiations pour des activités soumises à autorisation (curiethérapie, médecine nucléaire, scanographie, radiothérapie), soit 2 % du parc français (2 473), et de 1 034 appareils de radiologie conventionnelle soumis seulement à déclaration, y compris dentaire, soit de 2,5 % à 3 % du parc métropolitain. Les statistiques inédites ci-dessous d'autorisations sont extraites du système de gestion de l'inventaire national de l'institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN, Sigis) et les déclarations sont issues des listes transmises par l'Autorité de sûreté nucléaire. Les chiffres de radiologie conventionnelle (466 plus 588 en dentaire, hors doublons manifestes, contre plus de 30 000 estimés en métropole) peuvent être surestimés : certains établissements changent de matériels sans annuler les déclarations précédentes.

Tableau : scanographie et radiodiagnostic

Fin 2013	Scanographie		Radiodiagnostic		habitants par appareil scan. et rad.	
	public	privé	public	privé	public	privé
Guadeloupe	4	2	53	57	7 087	6 847
Martinique	4	3	48	52	7 507	7 098
Guyane	2	2	4	20	39 908	10 884
La Réunion	6	4	73	122	10 606	6 868
Saint-Pierre et M.	1	0	6	0	902	-
Mayotte	1	0	17	0	12 508	-
Saint-Barthélemy	0	0	1	1	9 072	9 072
Saint Martin	0	1	0	0	-	37 630
total	18	12	202	252	9 715	8 096

Source : IRSN, mai 2014

L'écart par habitant est du simple au quadruple : par appareil, on dénombre 106 000 mahorais, 84 000 réunionnais, 80 000 guyanais, 40 000 guadeloupéens ou 26 000 martiniquais, hors radiologie dentaire et sous réserve de doublons quand des établissements ont omis de tenir à jour l'inventaire national. Cet important investissement est périodiquement renouvelé sans cartographie d'ensemble de nature à l'optimiser. Son fonctionnement est une lourde charge pour l'assurance maladie, en contrepartie d'une augmentation considérable des chances outre-mer, grâce aux investigations et soins ainsi effectués. Il devient moins fréquent de déclencher une évacuation vers la métropole, faute d'équipements et de spécialistes.

Faillies de radioprotection au CHU de Guadeloupe

Au CHU de Guadeloupe, l'ASN a diligenté fin 2012 une inspection après une brûlure radiologique grave (exposition anormalement longue). Des défaillances ont été identifiées dans la prise en compte de la radioprotection au sein des services pratiquant la radiologie interventionnelle : insuffisante optimisation des doses délivrées, absence d'implication d'un physicien médical, manque « flagrant » de culture de la radioprotection chez les chirurgiens ; réglages et seuils d'alerte insuffisamment concertés mais mis en œuvre, cumul des doses reçues par les patients non suivi, report incomplet des informations dosimétriques devant figurer sur les compte-rendus d'actes, absence de 2006 à 2012 de réalisation des contrôles de qualité obligatoires au bloc opératoire, signalétique et règles d'accès incomplètes, analyses de poste concluant au dépassement des doses maximales réglementaires par agent sans que cela ne suscite de réaction particulière, absence de recensement et de vérification des équipements de protection.

Le CHU n'avait pas été autorisé par l'ARS pour l'acte concerné, mais, plusieurs mois après ce constat, il l'effectuait encore. Il souligne qu'il ne disposait alors que de deux radiophysiciens, que le troisième poste, dont la vacance handicapait ce service, a été pourvu fin 2013, mais qu'un quatrième poste serait indispensable pour une bonne sécurisation des pratiques. Il lui appartient de redéployer des moyens pour ce faire, compte tenu de ses sureffectifs.

Par ailleurs, les inspections réalisées dans les autres services de l'établissement ont également mis en évidence de nombreux manquements aux obligations réglementaires :

- En radiothérapie externe : non-respect de critères établis par l'Institut national du cancer, événements indésirables déclarables non déclarés, utilisation non déclarée de caches en plomb différents de ceux prévus, traitement en l'absence de physiciens pendant deux heures par jour ; système de management par la qualité non-conforme, avec notamment une étude des risques *a priori* encore inachevée, absence de formation obligatoire et de suivi médical adapté de personnels, notamment des radiothérapeutes du secteur privé intervenant au CHU. Ce dernier est d'avis que tenter d'y remédier exposerait au risque d'une réduction de telles prises en charge, avec des pertes de chance en cascade pour les patients ; cela appelle une intervention de l'ARS, si nécessaire auprès des conseils de l'ordre concernés.
- En médecine nucléaire : démantèlement non autorisé de générateurs avec déchets radioactifs de très faible intensité (pour éviter le coût important de leur transport aérien vers une entreprise autorisée en métropole); rejet non autorisé d'effluents contaminés dans le réseau public d'assainissement.

Cet inventaire des défaillances n'est pas propre à ce CHU. Des constats similaires apparaissent, à des degrés variables de sévérité, dans

des dizaines de rapports d'inspection, en métropole comme outre-mer. D'une manière générale, les CHU sont statistiquement plus exposés que d'autres, car mieux équipés et mobilisant des personnels nombreux. Une remise à plat des autorisations de matériels lourds de scanographie et de radiodiagnostic apparaît indispensable, afin d'égaliser autant que possible au fil des renouvellements les délais d'attente, et de réduire les surcoûts induits par des parcs dépassant la norme. Leur mauvais usage est susceptible de mettre en danger des patients et des personnels, avec des conséquences non seulement médicales mais aussi financières d'événements indésirables graves : indemnisation des victimes, fermetures d'installations, à fonds perdus. L'ASN, à qui tous les événements indésirables doivent réglementairement être signalés, est d'une vigilance particulière. Ses rapports d'inspection, annuelles ou biennales selon les sources radioactives, soulignent des progrès mais aussi des manquements parfois répétés aux règles et bonnes pratiques.

L'ASN n'a jamais vérifié les sources radioactives installées dans les établissements pénitentiaires outre-mer : de telles installations, principalement en stomatologie, y sont peu nombreuses, mais la Cour a constaté un cas où la réglementation n'est pas respectée, faute de crédits, à la maison d'arrêt de Saint-Pierre de La Réunion. L'inventaire de l'IRSN est en pareil cas incomplet.

En *Martinique*, la direction du CHU, déficitaire, a retardé ou omis des opérations de maintenance curative et de contrôle, et des appareils indispensables ont été retenus en métropole par la société d'étalonnage faute de paiement de factures antérieures ; depuis l'enquête de la Cour, les contrôles réglementaires ont repris, ainsi que les déclarations des incidents ». Un centre d'écho-radiologie martiniquais et le centre hospitalier du Lamentin partageaient en 2012 un manque évident de culture de radioprotection plus que de moyens : défaut de formation des agents, évaluation des risques et zonage à revoir, absence de suivi médical pour les médecins... En *Guyane*, la prise en compte des exigences réglementaires est jugé par l'ASN inégale (comme en métropole) ; les demandes d'autorisation sont systématiquement déposées en retard et en urgence.

Un événement indésirable et onéreux au CHU de La Réunion

À La Réunion, l'ASN estime que la radioprotection est dans la moyenne, mais un cas récent en radiothérapie a illustré les risques pesant sur la continuité – cinq mois d'interruption, avec des pertes de recettes – et la qualité du service public. L'alerte a été donnée le 19 décembre 2012, un agent spécialisé en radiologie de l'établissement sud informant la direction des ressources humaines de complications graves survenues chez des patients. Sa lettre est restée sans réponse. Le 7 janvier 2013, l'agent a écrit au directeur des soins infirmiers. Après enquête interne, le CHU a déclaré le 11 février 2013 cet événement significatif à l'ARS, au Préfet et à l'ASN, et a alors démis de ses responsabilités le chef de service, qui a continué à exercer dans le service ; il était en fonction depuis 1996, comme le donneur d'alerte précité. Les principaux faits avérés par deux enquêtes sont les suivants :

- absence de véritable consultation d'annonce (ce qui impliquait l'ensemble de la filière oncologique) et de certaines consultations de suivi d'événements indésirables ;
- absence d'implication de la hiérarchie ; de projet et réunions de service, limitant l'optimisation des techniques de traitement ; d'organisation du service non actualisés, réticence à harmoniser les procédures ; nombre et champ limités de protocoles de traitement ; manque de formation, retard à concrétiser la démarche d'assurance qualité ; incompétences chez certains radiothérapeutes dans les techniques modernes ;
- mésentente entre les médecins sur la façon de traiter les patients, modifiant les traitements des autres en leur absence sans en discuter ; les physiciens « *n'ont pas joué leur rôle de garant de la qualité de l'irradiation, ayant démissionné devant l'attitude souvent autoritaire des radiothérapeutes qui imposaient leur point de vue sans réelle discussion* » selon les experts auxquels le CHU a fait appel ;
- dérives aggravées après le renouvellement des équipements, ayant en cascade suscité chez les dosimétristes un « *sentiment de solitude et d'insécurité, ce qui les exposait à une trop forte responsabilité vis-à-vis des traitements qu'ils préparaient et aux éventuelles conséquences qu'ils pouvaient craindre pour les patients* » ; les experts ont conclu à des « *problèmes anciens, non traités, non résolus, non entendus, malgré quelques appels vers la direction* », et l'ASN à une « souffrance au travail ».

L'ASN et l'ARS ont après inspection avec l'IRSN suspendu le 17 mai 2013 la prise en charge de nouveaux patients en radiothérapie et curiethérapie. Deux experts ont ensuite noté que la gestion de la crise par l'établissement avait elle-même été perçue par des membres du service comme par manquant de réactivité, d'accompagnement et de dialogue. Deux séries de demandes ou de recommandations en ont résulté, que l'établissement a veillé à mettre en œuvre, au prix de cinq mois de travail sans accueillir de nouveaux patients avant octobre 2013¹²⁰. À cette fin, le CHU a confié la direction du service à un spécialiste expérimenté venu à cet effet de métropole, et jadis intervenu au CH d'Épinal dans une situation beaucoup plus grave.

S'agissant du *secteur privé martiniquais*, l'ASN a constaté dans un établissement la nécessité de nombreuses améliorations pour assurer la conformité aux dispositions réglementaires, dont notamment en matière de dosimétrie opérationnelle pour le personnel médical et de radioprotection des patients. L'ARS de *Guadeloupe*, priée de documenter les dispositions prises pour qu'une clinique applique intégralement les préconisations de l'ASN, n'a pas répondu à la Cour.

Dans un autre DOM, la radioprotection hospitalière est jugée très bonne, mais l'unique cabinet privé de radiologie est maintenu en activité en dépit de l'absence d'autorisation et de l'insuffisance de respect par lui d'obligations réglementaires ; les risques sont limités, mais de nature à engager la responsabilité de l'ARS en cas d'événement indésirable. Une ARS note dans un cas que la mise en service d'un seconde gamma-caméra rendra « encore plus dangereux » le manque de personnels spécialisés.

Au CHT de Nouvelle-Calédonie, les règles et les bonnes pratiques sont proches de celle de la métropole. Dans les autres établissements, les inspections réalisées en 2013 ont montré une prise en compte jugée insuffisante par l'ASN de la radioprotection. Le cadre réglementaire métropolitain n'est pas applicable en Nouvelle-Calédonie ; le procédure de transposition locale a commencé en 2013 après la signature d'une

¹²⁰ Doté de matériels modernes, le service avait traité en 2012 une moyenne quotidienne de 52 patients en radiothérapie, ainsi qu'un total annuel d'une soixantaine de patients en curiethérapie et de 128 radio-chimiothérapies concomitantes. Les activités de radiothérapie ont été transférées à une clinique qui elle-même avait eu à donner des suites à une visite de l'ASN. Le CHU venait de renforcer sa démarche qualité, tardivement au regard de l'ancienneté du service, suite à une inspection par l'ASN fin 2012 : indépendamment de l'alerte de décembre, un médecin gestionnaire des risques et une qualicienne venaient d'être affectés au service en janvier 2013.

convention de coopération avec l'ASN. De ce fait, le signalement des événements indésirables n'est transmis à l'ASN qu'en application de cette convention, sans être obligatoire.

L'ASN a rendu en 2010 et 2011 un avis à l'inspection du travail pour 7 dossiers, et une convention de coopération a été signée en 2013, notamment dans la perspective de l'ouverture d'un service de radiothérapie à Nouméa, où le CHT a réduit au fil des ans de multiples écarts au regard de la réglementation métropolitaine. Il ne s'est toutefois pas encore doté d'un radiophysicien, tout en espérant qu'une boursière rémunérée à cet effet le rejoindra au terme de ses études, ni d'un nombre suffisant de manipulateurs.

Outre-mer comme en métropole, des agents s'abstiennent de suivre des formations réglementairement obligatoires, sans que l'établissement ne les leur impose : ainsi, une formation à la radioprotection des travailleurs doit être délivrée à tout personnel pénétrant en zone réglementée (article R. 4451-47 du code du travail), ainsi qu'une formation à la radioprotection des patients pour tout intervenant dans la délivrance de tels soins à un patient (articles L. 1333-11 R. 1333-74 code de la santé publique). La dosimétrie individuelle des patients pourrait être introduite d'ici 2015.

En *Polynésie française*, trois missions de l'ASN en 2009-2013 ont inclus 27 inspections et une proposition de textes par lesquels l'assemblée polynésienne transposerait en droit local le code de santé publique métropolitain et le code du travail, ainsi que les décisions de l'ASN et de l'agence nationale de sûreté du médicament (ANSM). De nombreuses améliorations en ont résulté. Toutefois, deux hôpitaux gérés au sein de la direction de la santé et disposant d'un amplificateur radiologique de brillance demeuraient en 2013 dépourvus de la personne compétente en radiologie (PCR), préconisée en 2011 par l'ASN, comme d'un manipulateur, auquel sont substitués à leurs risques des infirmiers.

Un contrôle technique des installations à rayonnements ionisants, autofinancé par l'hôpital d'Uturoa, y a fait apparaître en 2013 de multiples manquements à la réglementation ou aux bonnes pratiques, alors que l'ANS avait déjà constaté, lors de sa deuxième mission, en 2011, qu'avaient été corrigés seulement 12 % des « écarts » par rapport à la réglementation identifiés en 2009. Des pratiques inappropriées avaient été redressées, le déménagement dans le nouvel hôpital de Papeete avait permis d'éliminer d'autres écarts, mais seul le service de radiothérapie externe de ce dernier avait entrepris de réelles actions correctives (rédaction d'évaluation de risques, analyse des postes de travail par catégorie). Les visites de l'inspection du travail n'ont pas été effectuées, faute d'être financées, dans les hôpitaux de Raiatea et des Marquises.

Le manque de « personne compétente en radioprotection », l'insuffisance de moyens de la direction de la santé, et le peu d'attention portée par les conseils d'administration et les dirigeants des établissements expliquent cette situation : 10 des 12 services polynésiens visités par l'ASN en 2009 et 2011 n'en disposaient pas. Le centre hospitalier de Polynésie française (CHPF, Taaone) n'avait pas encore validé son plan d'organisation de la physique médicale en novembre 2013, en cours de concertation depuis près d'une année. La convention ASN stipulait la publication des rapports par la direction de la santé, à partir de 2009. C'est quatre ans plus tard, que, à la suite de l'enquête sur place de la Cour, la direction de la santé a mis à la disposition du public dans une salle d'attente un classeur comprenant ces rapports, et annoncé la création d'un rapport annuel d'activité en ce domaine à diffuser notamment aux opérateurs concernés. Une extension hors secteur médical a été instaurée dans une seconde convention cadre (2012-2014), avec une seule application à ce jour (avis en 2012, suivi d'un contrôle en 2013, afférent à un laboratoire de recherches). La Polynésie française s'est retirée en 1995 de l'inventaire des sources radioactives tenu par l'IRSN, mais envisage de l'alimenter à nouveau, comme de faire appel à cet institut pour améliorer les procédures du CHPF en radiologie interventionnelle.

La participation de l'IRSN à l'Observatoire (de l'État) de la santé des vétérans (cf. *infra*) est tardivement à l'étude.

Ni les ARS ni le ministère n'ont produit l'analyse demandée des écarts de dotations en personnels entre services, susceptibles d'avoir un impact en termes de radioprotection et de médecine nucléaire, ni d'évaluation de l'impact financier potentiel des manquements constatés. L'ASN constate entre chaque inspection des évolutions favorables mais tardives et lentes. Manque une appréciation globale par la tutelle des risques humains et financiers, directs et indirects, auxquels exposent les errements critiqués par l'Autorité. Manque aussi dans les volets hospitaliers ou ambulatoires des SROS, états des lieux et programmations, la reconnaissance de points faibles et de fragilités exigeant une énergique mise à niveau.

Annexe n° 22 : le centre hospitalier de Saint-Laurent-du-Maroni

Le centre hospitalier de l'ouest guyanais, installé dans d'anciens locaux du pénitencier à Saint-Laurent-du-Maroni, dispose notamment l'une des maternités les plus actives de France. Sa vétusté retient l'attention. En 2002, escomptant contre toute vraisemblance une prompte reconstruction, la direction fit aménager la cuisine dans deux baraquements provisoires prévus pour deux ans ; elle ignora les mises en garde contre leur non-conformité notifiées par la Haute Autorité de santé en 2007 et 2008, par les services de l'État chargés de l'alimentation, puis, en 2010, par la chambre régionale des comptes. La nouvelle équipe de direction a diligenté une mise aux normes, mais, faute de moyens budgétaires suffisants, la moitié de la cuisine fonctionnait encore en 2013 au mépris de normes élémentaires d'hygiène, en l'absence d'alternative dans cette commune située à 250 km de Cayenne, et à l'encontre de l'avis de la commission de sécurité. Les installations électriques ont fait l'objet de plus de mille réserves pour non-conformité en 2012 ; faute d'avoir les moyens d'y remédier, l'équipe « incendie » a au moins été mise aux normes. Une quinzaine de chambres accueillait encore des patients au troisième étage d'un vaste immeuble construit en bois pour les bagnards de jadis, sans aucun issue de secours, et désaffecté parce qu'insalubre.

Le premier schéma directeur informatique opérationnel de l'établissement a été adopté en 2013, et une partie de l'établissement a par ailleurs été modernisée, mais des normes de capacité n'y sont déjà plus respectées, au risque avéré de maladies nosocomiales (par exemple, jusqu'à huit nouveau-nés en couveuse dans une pièce conçue pour quatre), en raison de l'afflux de patients évoqué plus haut. Des tensions entre les équipes médicales et l'administration antérieure ont altéré la gouvernance de l'établissement jusqu'au récent renouvellement de cette dernière.

Le premier schéma directeur informatique opérationnel a été adopté en 2013 (6 M€). La sécurité est désormais en progrès, l'établissement est peu à peu modernisé, et le permis de reconstruction a été signé pour passer à partir d'ici 2018 de 216 à 361 lits et places (112 M€), à l'écart du fleuve, dans un terrain de 7 hectares sur lequel a été construit récemment le petit bâtiment de psychiatrie mentionné au chapitre II.

Annexe n° 23 : les défaillances de la gestion des ressources humaines au centre hospitalier de Cayenne

Cet extrait du rapport définitif de la CRC de Guyane est représentatif de situations constatées en tout ou partie à travers la majorité des établissements de santé des outre-mer¹²¹.

« Le constat, s'imposant lors du contrôle, est celui d'une réelle dispersion à la fois des référents, mais aussi des logiques gestionnaires, et d'une absence de lignes directrices auxquelles pourraient se rattacher les gestionnaires des pôles et des services. Il serait souhaitable que l'organigramme à venir permette d'assurer une meilleure lisibilité de l'exercice des responsabilités dans ce secteur d'activité très sensible.

Le projet social de l'établissement porte, dans sa rédaction même, les traces de ces insuffisances. Il en est ainsi de ce qui pourrait être une véritable gestion prévisionnelle des emplois et compétences, dont le nom est évoqué, mais dont le contenu n'est pas défini et encore moins cerné. Le « projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique » qui, sur ce plan, devait en être la déclinaison, peut être considéré comme plus opérationnel et susceptible de constituer un appui pour les cadres de services de soins, en spécifiant de manière cohérente les orientations stratégiques, les actions à atteindre et l'indication de leur état de réalisation. Le projet de formation, axe majeur de politique de gestion des ressources humaines, souffre d'une curieuse indigence au regard des enjeux poursuivis (...). Le bilan social, qui devait servir de base à une analyse globale des grandes tendances de l'évolution des effectifs du CHAR, n'est pas utilisé à cet effet (... Il y a) une croissance importante des effectifs et un dérapage conséquent de la masse salariale (...). 6 types de dépenses sont à pointer :

- les heures supplémentaires des personnels paramédicaux dont le montant s'élève fin 2010 à (...) environ 20 ETP) ;
- le montant des astreintes (221 747 € en 2010, soit 5 ETP) ;
- les indemnités particulières de sujétion et d'installation (1 107 829 €, soit 22 ETP) ;
- le coût des cabinets de recrutement de personnel non médical (252 980 € en 2009, 169 800 € en 2010) ;

¹²¹ *Relevé d'observations définitives sur La gestion du Centre hospitalier de l'ouest guyanais, exercices 2005 et suivants, chambre régionale des comptes de Guyane, CHAR : centre hospitalier Andrée Rosemon. Disponible sur www.ccomptes.fr*

- les éléments variables de rémunération médicale (temps additionnel, frais de déplacement, astreintes, gardes) dont le montant global s'élève à 3 222 013 € en 2010 ;
- (...) Les arrêts de maladie (...) correspondent à l'absence, tout au long de l'année 2011, de plus de 200 agents (...).

L'absence d'analyse synthétique de l'évolution des dépenses de personnel contraste singulièrement avec l'abondance de tableaux de bord *infra* annuels. La récente prise de position de la direction du CHAR de recentrer son action sur une maîtrise radicale de cette catégorie de dépenses compte tenu des enjeux affichés par l'établissement (...), atteste d'une prise de conscience salutaire. L'absence d'offre locale confrontée à une demande de plus en plus pressante des usagers, a ainsi favorisé de manière indubitable des comportements atypiques de « mercenaires » médicaux imposant des exigences de rémunération peu compatibles avec la réglementation. En effet, et même si les décrets (...) relatifs aux praticiens contractuels ont apporté une nette revalorisation des conditions d'exercice de certains médecins hospitaliers, les difficultés de recrutement demeurent réelles. (...) c'est l'ensemble de la politique de gestion des ressources humaines du CHAR qui doit être repensée dans le sens de la maîtrise financière de ses équilibres, et au regard d'une activité réellement enregistrée. Une attention particulière devra être portée à l'évolution de l'absentéisme, par type et par catégorie socioprofessionnelle, aucune structure n'étant à même de supporter un taux d'absence durablement supérieur à plus de 10 % de ses effectifs. L'engagement du CHAR dans un véritable plan de lutte contre l'évolution de l'absentéisme enregistrée ces dernières années apparaît donc comme un enjeu majeur pour l'établissement¹²². De même, la formation continue gagnerait à être investie comme levier d'une véritable politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), qui reste, d'ailleurs, à définir. La mise en œuvre de nouveaux locaux d'accueil des patients et de nouveaux protocoles de prise en charge des patients, justifient amplement que la politique de formation soit repensée de manière stratégique (...). De très récents efforts de l'établissement sont toutefois à souligner (...) ».

¹²² Tout point d'absentéisme gagné se traduirait par le retour au travail de plus de 20 ETP.

Annexe n° 24 : le service psychiatrique du CHU de Guadeloupe

Extraits de procès-verbaux de la Commission départementale de soins psychiatriques de Guadeloupe (CDSP)

9 mai 2012

« L'état des locaux reste très moyen. En ce qui concerne les dégradations constatées, climatisation en panne, lames de jalousies absentes ou remplacées par du contre-plaqué borgne, installation électrique défectueuse ... il nous est précisé que les réparations ne sont pas effectuées rapidement. On note le contraste d'un service à l'autre quant à l'aménagement et la décoration des lieux communs de détente. (...) Par contre, les chambres d'isolement sont en très mauvais état, de sorte qu'il paraît difficile d'assurer une prise en charge adaptée à des patients très déstabilisés (à noter des portes de communication inadéquates, et l'aspect plus punitif que contenant de l'isolement.) Les échanges avec les quelques soignants croisés au cours de cette visite nous ont permis de constater que des tensions existent par rapport à l'application de la nouvelle loi et les levées de HO¹²³, qui génèrent de leur point de vue, des difficultés de fonctionnement dues au peu de disponibilité des infirmiers pour accompagner les usagers.

En ce qui concerne la tenue des registres, le retard constaté est conséquent. Ce travail est effectué de façon très artisanale (collage, découpage...).

4 décembre 2012

« La tenue des registres assurée par une secrétaire sous la responsabilité d'un cadre de santé laisse à désirer, des certificats médicaux légalement exigés y manquant régulièrement en fonction du ou des médecins concernés. L'accueil initial du patient admis en soins psychiatriques est effectué par le service des urgences du CHU qui relève davantage de la cour des Miracles en dépit de l'extrême disponibilité et bonne volonté de l'ensemble des agents, médecins et infirmiers qui y travaillent dans des conditions désolantes. La reconstruction du service serait d'ailleurs programmée avec un financement d'État. À signaler l'état de puanteur de la seule chambre d'isolement existante, d'ailleurs occupée le jour de notre visite, et la présence des patients contraints attachés sur leur lit au milieu des autres patients. »

¹²³ HO : hospitalisation d'office.

Annexe n° 25 : l'hôpital de Saint-Pierre-et-Miquelon

Les soins de recours sont assurés par le CH François Dunan, l'offre de soins primaire relevant du centre de santé de la caisse de prévoyance sociale (CPS) et de rares médecins libéraux. Son nouveau site a été ouvert en 2013, sans que l'agence territoriale de santé ait disposé au préalable « d'une aide extérieure pour analyser le coût d'installation et le coût futur de fonctionnement » comme un rapport l'avait préconisé. Il comporte un service d'urgence (et de permanence des soins, récemment transférée de la CPS, 1,5 passage/jour), 35 lits (dont une maternité de niveau 1, une naissance par semaine) avec 300 opérations par an (un poste d'anesthésiste est pourvu par rotation de trois anesthésistes-réanimateurs), 35 lits de gériatrie et 25 lits de maison de retraite. Il est chargé des soins à domicile, des transports sanitaires, et des examens et contrôles de santé publique. Son officine pharmaceutique en ville concurrence l'officine privée voisine. Il est doté de 226 salariés équivalents temps plein (un par trente habitants, deux fois plus que la moyenne nationale). Sur la quinzaine de postes de praticiens hospitaliers, il n'y avait que deux titulaires à fin 2013 (qui disposent de cinq mois de congés et de formation annuels). Des praticiens sous contrats à durée déterminée, parfois répétitifs, viennent de métropole, pour quelques jours ou semaines, à raison d'un en moyenne par semaine. Leurs rémunérations culminent à 16 500 € nets par mois, plus logement, parfois voiture et nourriture. Un rapport non publié établi à la demande du ministère de la santé mentionne leur « *peu d'engagement voire une résistance aux changements ont été souvent constatés* ». En 2012, il a assuré 1 200 courts séjours (7 500 journées, 51 % d'occupation) et déclenché moins du vingtième des évacuations sanitaires. Afin de développer la télémédecine – expérimentée avec le CH de Saint-Brieuc pour la dialyse – le CH a signé des conventions avec des CH métropolitains, dont l'appui pourrait être davantage structuré. La coopération avec la CPS, l'ATS et l'agence de santé de l'est de Terre-neuve reste largement à concrétiser. Une approche de type PMSI serait bénéfique à l'assurance maladie. Ses charges sont passées de 18,4 M€ en 2009 à 19,6 M€ en 2011, en dotation annuelle de fonctionnement ; s'y ajouteront les coûts d'amortissement et de fonctionnement du nouveau site, soit au moins 1,3 M€. Le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) a versé 35,5 M€ entre 2007 et 2011 pour la reconstruction. L'opération était estimée à 39,9 M€, montant dépassé de 3,3 M€, avec recours à l'emprunt, du fait notamment des retards des travaux. Une mise en garde de la Haute Autorité de santé a subordonné la procédure de certification, prévue en 2014, à l'autorisation des activités de soins, des deux matériels de scanographie et radiodiagnostic, et à un fonctionnement du conseil de surveillance conforme à la réglementation.

Annexe n° 26 : Mayotte : 24 rapports de l'IGAS en 28 ans

L'IGAS a produit 24 rapports d'enquête à Mayotte entre 1985 et mars 2013, et diverses notes. La totalité des problèmes non résolus y ont été traités de manière récurrente, parfois sans suite en 28 ans. Extraits :

Prestations et aides médicales et sociales : Pénurie de professionnels de santé, nécessité de renforcer la PMI, de mettre en place « un plan de formation ambitieux » d'infirmiers, sages-femmes, travailleurs sociaux, renforcer l'attractivité de l'hôpital pour les médecins (postes de PH), d'améliorer l'hygiène du milieu et de l'habitat (1985, 1986, 1995). Mise en place à terme, dans le cadre de l'aide sociale, de l'aide médicale, à envisager (1992). Difficultés liées au retard de parution des textes d'application des ordonnances de 2002 (2004).

L'hôpital : Caractère non réglementaire de la dispensation des médicaments dans les dispensaires (1986, 2013) ; « le CHM, pilier du système sanitaire de Mayotte et acteur de sa modernisation, ne peut simultanément conduire un rattrapage considérable de l'offre sanitaire et de son organisation, et subir une reconsidération drastique et aléatoire de son financement » (2005).

Gouvernance : « En dépit de promesses plusieurs fois renouvelées en trente ans, (...) l'action de l'État est plus une suite de concessions conduites dans une logique de temporisation qu'une réelle vision politique et administrative (...) quelques réussites sectorielles ne sauraient occulter le fait que l'île est restée économiquement sous développée, que son retard social est alarmant, et que le droit local applicable, qu'il soit dérivé du droit commun ou issu du droit coranique, fait du territoire une exception telle qu'elle en devient un lourd handicap (...) La sécurité de Mayotte ne pourra être garantie si l'immigration clandestine et le travail clandestin, qui en est l'un des principaux moteurs, ne sont pas jugulés. (...) il est illusoire de penser qu'un tel résultat pourra être atteint sans développer les efforts de coopération avec les Comores » (2007).

« Les limites du mode traditionnel de gestion du dossier mahorais, consistant à arracher, après des efforts parfois démesurés, un peu d'attention et de budget auprès d'administrations centrales pour qui l'enjeu à l'échelle du pays est dérisoire, tout cela plaide pour la mise en place d'un nouveau mode de gouvernance autour d'une responsabilité unique interministérielle (2008). « L'urgence d'une inter-ministérielle effective pour répondre à la départementalisation » (2011). « Des approches trop cloisonnées au niveau national (...) l'absence de correspondant accessibles ayant une vision globale » (2013).

Annexe n° 27 : les droits des enfants à la santé à Mayotte

Parmi d'autres rapports, l'ancienne Haute Autorité de lutte contre les discriminations (HALDE, dissoute en 2011) a, dans une délibération du 1^{er} mars 2010 (n° 2010-87), « conclu au bien-fondé des affirmations de discrimination dans l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière et de leurs enfants ainsi que des étrangers en situation irrégulière et de leurs enfants ainsi que des mineurs étrangers isolés résidant à Mayotte, formulées par les associations réclamantes ». Elle demandait au gouvernement « et, ce sans attendre la départementalisation qui doit intervenir en 2011, de mettre en place l'AME [aide médicale d'État] ou une couverture médicale équivalente à Mayotte. Elle lui demande de l'informer des suites qui seront prises dans un délai de six mois suivant la présente délibération. » Elle demandait aussi « au regard de l'analyse de la violation manifeste des stipulations de la convention internationale des droits de l'enfant (...) que les enfants dont les parents se trouvent en situation irrégulière ainsi que les mineurs isolés bénéficient d'une affiliation directe à la sécurité sociale [(...) et] « une définition des soins urgents qui soit conforme à celle qui figure dans la circulaire DHOS/DSS/DGAS du 16 mars 2005 modifiée en janvier 2008 ».

Le Défenseur des droits, qui a succédé à la HALDE, est à son tour intervenu pour « qu'une règle de maintien des droits (comme il en existe une en métropole et dans les autres DOM) soit introduite dans la réglementation relative à l'assurance maladie de Mayotte. Sans attendre une modification de l'ordonnance n°96-1122 modifiée, ce maintien des droits pourrait être préconisé par une simple instruction, comme c'est le cas en métropole pour certains droits sociaux. Cette demande se justifie aussi par le nécessaire mouvement de rapprochement des législations qui doit se mettre en œuvre dans le cadre de la départementalisation de Mayotte¹²⁴ ». Il a jugé « nécessaire d'initier dès à présent l'installation d'une conférence permanente des droits de l'enfant sur l'île de Mayotte, associant l'ensemble des acteurs publics et associatifs », préconisation restée sans suite.

¹²⁴ Le Conseil d'État s'était déjà prononcé sur le fait qu'en l'absence d'aide médicale de l'État (AME) à Mayotte, tous les enfants non couverts en tant qu'ayant droit d'un assuré social devraient pouvoir être affiliés à l'assurance maladie en leur nom propre, et pas seulement en cas d'urgence, (Conseil d'État, 7 juin 2005, n° 285576).

Table des sigles

ABM	Agence de la biomédecine
AFD	Agence française de développement
AFSSAPS	ex-Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale d'État
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASIP	Agence des systèmes d'informations partagés de santé
AT/MP	Accident du travail / maladie professionnelle
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAFAT	Caisse de compensations familiales et des accidents du travail
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes de décès
CESE	Conseil économique, social et environnemental
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIRE	Cellule interrégionale d'épidémiologie
CMU	Couverture maladie universelle
CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNOP	Conseil national de l'ordre des pharmaciens
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
COM	Collectivités d'outre-mer
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CRTC	Chambres régionales et territoriales des comptes
CSBM	Consommation de soins et biens médicaux
CSSM	Caisse de sécurité sociale Mayotte
CTC	Chambre territoriale des comptes
DASS	Direction des affaires sanitaires et sociales (Nouvelle Calédonie)
DGFIP	Direction générale des Finances publiques
DGOM	Direction générale des outre-mer
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DOM	Département d'outre-mer
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRFIP	Direction régionale des finances publiques
EFS	Établissement français du sang
EPRUS	Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
EPS	Établissement public de santé
FCFP	Franc « Change Franc Pacifique »
FHF	Fédération Hospitalière de France
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
HAD	Hospitalisation à domicile

HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut comité de santé publique
HPST	Hôpital, patients, santé et territoire (loi)
IDH	Indice de développement humain
IEOM	Institut d'émission d'outre-mer
IFCASS	Institut de formation aux carrières administratives, sanit. et sociales
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INCa	Institut national du cancer
INPES	Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IRCT	Insuffisance rénale chronique terminale
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IRSN	Institut de radio protection et de sûreté nucléaire
ISEE	Institut de la statistique et des études économiques (N-Calédonie)
ISPF	Institut de la statistique de la Polynésie française
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MIGAC	Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ORS	Observatoire régional de santé (ORSG : de Guyane)
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'information
PNNS	Plan national nutrition santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PRS	Projet régional de santé
PRSE	Plan régional santé environnement
PSOM	Plan santé outre-mer
REIN	Réseau épidémiologie et information en néphrologie
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSI	Régime social des indépendants
RUP	Régions ultra- périphériques
SAE	Statistique annuelle des établissements
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SIDA	Syndrome immunodéficient acquis
SMPR	Service médico-psychologique régional (pénitentiaire)
SNIRAM	Système national d'informations inter régions d'assurance maladie
SROS	Schémas régionaux d'organisation des soins
SSR	Soins de suite et réadaptation
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires (pénitentiaire)
UHSA	Unités hospitalières spécialement aménagées
UHSI	Unité hospitalière sécurisée interrégionale
UMD	Unités pour malades difficiles
VHB / VHC	Virus de l'hépatite B / de l'hépatite C
VIH	Virus d'immunodéficiência humaine

**RÉPONSES DES
ADMINISTRATIONS, DES
ORGANISMES ET DES
COLLECTIVITÉS CONCERNÉS**

Sommaire

Ministre des affaires étrangères et du développement international	225
Ministre d'écologie, du développement durable et de l'énergie	226
Ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche	227
Ministre de la Justice Garde des Sceaux	229
Ministre des affaires sociales et de la santé	233
Ministre de la défense	240
Ministre de l'intérieur	242
Ministre des outre-mer	243
Secrétaire d'État au budget, auprès du ministre des finances et des comptes publics	247
Président de la Polynésie française	249
Président de la Haute autorité de santé	251
Président de l'Autorité de sûreté nucléaire	252
Directeur général de l'institut de radioprotection et de sûreté nucléaire	253
Préfet de Saint-Pierre et Miquelon	254
Préfet, administrateur supérieur et chef du territoire des îles Wallis-et-Futuna	257
Directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	258
Directrice générale de la Caisse nationale de sécurité sociale de la Guyane	259
Directeur du centre de sécurité sociale de Mayotte	260
Directrice du centre hospitalier de la Basse-Terre	261

Directeur du centre hospitalier Albert Bousquet	262
Directeur du centre hospitalier de Capesterre-Belle-Eau	265
Directeur du centre hospitalier de Cayenne	270
Directrice générale du centre hospitalier de Colson de Martinique	276
Directeur par intérim au centre hospitalier François Dunan de Saint-Pierre et Miquelon	277
Directeur général du centre hospitalier universitaire de La Réunion	278
Directeur du centre hospitalier de l'Ouest Guyanais Franck Joly	279
Directeur du centre hospitalier de Mayotte	280
Directrice du centre hospitalier du Marin	281
Directeur général du centre hospitalier universitaire de Martinique	282
Directeur du centre hospitalier territorial Gaston Bourret à Nouméa	284
Directeur général du centre hospitalier universitaire de Pointe-à-Pitre Abymes	285
Directeur du centre hospitalier de la Polynésie française	286

Destinataires n'ayant pas répondu

Présidente du conseil général de la Martinique
Président du conseil général de Mayotte
Président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie

***RÉPONSE DU MINISTRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES ET
DU DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL***

Le ministère des affaires étrangères et du développement international prend note des observations formulées par la Cour. Elles n'appellent aucune remarque de ce ministère.

***RÉPONSE DE LA MINISTRE DE L'ÉCOLOGIE, DU
DÉVELOPPEMENT DURABLE ET DE L'ÉNERGIE***

*Je vous confirme que la rédaction du projet de rapport public
thématique n'appelle pas d'observations complémentaires de ma part.*

***RÉPONSE DU MINISTRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE***

Les dispositifs de santé scolaire et universitaire constituent une composante essentielle de la réussite des élèves et des étudiants et apporte une forte contribution à l'égalité des chances.

C'est encore plus vrai pour les départements et collectivités d'outre-mer, dont les caractéristiques socio-économiques et géographiques exposent leurs populations aux problématiques sanitaires communes à l'ensemble de la population, mais exacerbées, et à des problématiques spécifiques.

À cet égard, le ministère partage les constats établis par la Cour sur la situation sanitaire, qu'il conviendrait de nuancer selon les départements et collectivités :

- inégalités et difficultés d'accès aux soins en fonction des lieux de résidence et des catégories socio-professionnelles des familles ;

- manque de structures spécialisées pour les élèves en situation de handicap ne pouvant être accueilli en milieu ordinaire ;

- niveau inquiétant de pratiques addictives (alcool et substances psychoactives) ;

- grossesses non désirées, infections sexuellement transmissibles, préoccupation émergente sur des situations de prostitution juvénile ;

- augmentation du nombre d'enfants en surpoids ou obèses.

Or, dans les outre-mer, les dispositifs de santé scolaire et universitaire sont confrontés, avec encore plus d'acuité que dans le reste du territoire, à la pénurie médicale. Dans les départements d'outre-mer, à l'exception de La Réunion, les taux de vacance des emplois de médecin s'établissent entre 40 et 50 % à la rentrée scolaire 2013. Cette situation résulte de la faiblesse de la ressource médicale dans ces territoires, aggravée par le faible niveau de rémunération des vacances accomplies pour le compte de l'État.

Dès lors, comme le souligne la Cour, c'est bien une action concertée et volontaire de l'ensemble des acteurs intervenant dans les champs de l'éducation à la santé, de la prévention et de la protection qui permettra de faire face aux défis sanitaires de ces territoires.

Les instruments de coordination existent dans le cadre des plans stratégiques régionaux de santé (PSRS) établis par les agences régionales de santé. Des conventions-cadres entre les ARS et les

académies sont mises en place et traduites dans un projet académique dédié et dans des programmes d'actions communs.

Je serai particulièrement attentif à la mobilisation de l'ensemble des recteurs et des présidents d'université en matière de santé scolaire et universitaire. La situation des outre-mer méritera une démarche spécifique, que j'appuierai auprès de mes collègues en charge des affaires sociales et de la santé et des outre-mer.

**RÉPONSE DE LA MINISTRE DE LA JUSTICE
GARDE DES SCEAUX**

Si la Cour relève que « les efforts des équipes hospitalières ainsi que des personnels des onze établissements pénitentiaires ont, avec la qualité des constructions récentes, permis dans plusieurs sites de réels progrès », elle souligne les insuffisances fortes qui demeurent et les progrès importants qui restent à accomplir.

Je partage cette analyse de la Cour, et j'ai déjà pu lancer différentes actions dans cette perspective.

I – Sur l'accès à la santé des personnes détenues :

La Cour relève des insuffisances lourdes dans l'accès aux soins des personnes détenues qui sont liées à la suroccupation des cellules, à l'insuffisance des personnels de santé et à leur temps de présence effectif, à des locaux de soins inadéquats voire médiocres, à la prise en charge insuffisante des détenus dans le programmes régionaux de santé, à des dotations insuffisantes versées par l'assurance maladie voire même des difficultés dans l'immatriculation des détenus à la sécurité sociale.

Cette situation, dont j'ai connaissance, n'est pas satisfaisante parce qu'elle touche des populations et des territoires en difficulté et remet en cause l'égalité de chacun dans le domaine de la santé.

Il convient toutefois de mentionner plusieurs évolutions positives par rapport au constat posé par la Cour.

À mon arrivée, j'ai trouvé un parc pénitentiaire très dégradé, particulièrement en outre-mer, qui a fait partie pendant longtemps des oubliés des politiques immobilières.

Dès mon premier budget triennal, j'ai lancé un programme immobilier ambitieux, impliquant la fermeture de 1 082 places parmi les plus vétustes et portant sur une création nette de 6 500 places. Il s'agit d'un programme rationnel, qui n'oublie aucun endroit du territoire, et entièrement financé.

S'agissant plus précisément de l'outre-mer, il prévoit notamment :

- La construction de 174 places supplémentaires à Majicavo (Mayotte) fin 2014-début 2015.*
- La construction de 75 places supplémentaires au centre pénitentiaire de Remire-Montjoly (Guyane), mises en service en novembre 2012.*

- *En Nouvelle-Calédonie, dans le prolongement de la mission Imbert-Quaretta, la restructuration complète du centre pénitentiaire Camp Est ; au terme du chantier, la capacité d'accueil sera de 411 places, contre 238 places au 1^{er} novembre 2012 ; 90 % des places du site auront été reconstruites ; une extension de 80 places a déjà été livrée en janvier dernier.*
- *La construction d'un nouvel établissement en Polynésie, à Papeari (410 places), avec un marché notifié le 2 juillet 2012 et une livraison prévue en 2017.*
- *La construction d'une extension de 160 places supplémentaires au centre pénitentiaire de Ducos, qui comprend également une rénovation des services communs (mise en service prévue en 2015), dans le prolongement de la mission Gorce ; j'ai également sur cette base lancé une étude sur le coût et la faisabilité d'un centre de semi-liberté, mesure largement sous-employée à Fort-de-France, mais aussi sur l'opportunité et le coût d'un second établissement pénitentiaire en Martinique.*
- *La finalisation de l'acquisition d'une emprise foncière complémentaire à Basse-Terre (Guadeloupe), pour ne plus prendre de retard dans la réhabilitation de ce site après des décennies d'annonces sans lendemain.*

Ces programmes, particulièrement importants, seront de nature à améliorer les conditions de travail et les conditions de détention des personnes détenues, mais aussi à lutter contre la surpopulation, ou encore, comme le souligne la Cour, à offrir des locaux de soins plus adaptés aux besoins locaux.

Je rendrai d'ici l'été mes arbitrages sur le nouveau programme immobilier triennal, et pourrai m'appuyer à cette fin, s'agissant de l'outre-mer, sur les conclusions du groupe de travail sur les problématiques pénitentiaires en outre-mer, que j'ai installé le 10 septembre 2013. Composé de parlementaires et de représentants du ministère de la justice et du ministère des outre-mer, ce groupe me remettra son rapport d'ici la fin du mois autour de six thématiques particulières, parmi lesquelles figurent l'immobilier pénitentiaire et la santé des personnes détenues.

D'autres actions dépendent du ministère des affaires sociales, comme la réévaluation de la dotation de fonctionnement sur la base du nombre réel des détenus ou le renforcement des personnels de soins.

Le ministère de la justice poursuivra le dialogue avec le ministère des affaires sociales pour faire évoluer la situation actuelle, étant observé que les deux ministères travaillent actuellement sur la création de structures de type UHSA (psychiatrie) dans les outre-mer.

En ce qui concerne les outils statistiques concernant les personnels de soins, il convient de signaler que le ministre de la justice ne dispose pas d'autre source de renseignement que celle fournie par l'observatoire des structures de soins des personnes détenues (OSSD), outil mis à disposition par le ministère des affaires sociales et de la santé.

La Cour fait par ailleurs état de difficultés concernant l'immatriculation des personnes détenues. Là aussi, des évolutions positives sont intervenues sous mon impulsion.

Un important travail a ainsi été réalisé ces derniers mois autour des questions de l'immatriculation des ayant-droits des personnes détenues à la sécurité sociale et de celle des sortants de prison.

Dorénavant, dès l'arrivée d'une personne détenue en détention, le SPIP renseigne une fiche diagnostic de premier entretien et d'orientation qui récapitulera l'ensemble des éléments nécessaires pour l'immatriculation sociale des ayant droits. Une fiche santé sera également distribuée à la personne détenue pour lui expliquer ses droits en la matière, pour elle et ses ayant droits, ainsi que les démarches qu'elle peut effectuer le cas échéant. Cette procédure permettra d'assurer une couverture sociale optimale des ayant droits des personnes détenues.

Un protocole sur l'immatriculation sociale des sortants de prison sera également très prochainement signé. Ce protocole prévoit notamment la nomination d'un référent santé prison auprès du service de l'aide médicale de chaque province et détermine la province compétente pour l'immatriculation sociale des sortants de prison selon un critère précis. Une fiche de liaison sera également mise en place entre les deux services pour fluidifier les échanges d'information. Par ailleurs, ainsi que la Cour l'a relevé dans un précédent rapport, dès la LFI pour 2013, le niveau de la dotation budgétaire consacrée à la santé des détenus, qui permet de financer leur affiliation et le paiement du ticket modérateur ou du forfait journalier hospitalier, a été majoré de 35 %. Il est ainsi passé de 91 M€ à 123 M€ (126 M€ en LFI 2014).

Enfin, je tiens à apporter quelques précisions sur les situations particulières examinées par la Cour.

En Nouvelle-Calédonie et en Polynésie, la santé est une compétence du territoire. L'administration pénitentiaire finance le fonctionnement du dispositif, avec des conventions entre les établissements pénitentiaires et hospitaliers.

Elle manque de crédits pour rembourser les médicaments, l'hygiène des locaux, les transports de personnel, médicaments et matériels, ainsi que les actes effectués (en réduction des financements par l'assurance maladie des forfaits de missions d'intérêt général alloués par ailleurs). Le ministère de la justice n'a pu produire de récapitulation des montants 2011-2013 de

factures de soins reçues, des paiements effectués et du solde restant à acquitter.

2 – Sur les instituts médico-légaux

La Cour considère qu'une révision générale de la gestion des activités d'expertise serait opportune notamment pour la facturation des frais de justice.

Suite à la remise du rapport de l'inspection interministérielle sur l'évaluation du schéma d'organisation de la médecine légale, une réflexion est en cours afin de mieux circonscrire les dépenses exécutées par les acteurs en présence (réseau de proximité, CHU, experts). Cette réflexion doit aboutir également à leur verser une plus juste rémunération. Dans ce cadre, la situation du CHU de Nouméa pourra être réexaminée.

RÉPONSE DE LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES

La qualité et l'étendue du travail de collecte et d'analyse conduit par les rapporteurs, permettront aux pouvoirs publics d'améliorer leurs politiques en direction de ces territoires, afin de fournir à nos concitoyens d'outre-mer un niveau de santé et de prise en charge comparable à ceux dont bénéficient les métropolitains.

J'en partage les principaux constats et pour une grande part les recommandations formulées. Je souhaite cependant vous apporter des précisions et des réponses complémentaires pour témoigner de l'attention portée par mon administration aux territoires d'outre-mer relevant de ma compétence.

Je relève avec satisfaction que la Cour constate l'effort de rattrapage engagé au bénéfice de ces territoires, qu'elle appelle à poursuivre et à amplifier. Cet effort permet de classer les outre-mer français dans une situation sanitaire incomparablement meilleure au regard de pays qui les entourent. Il est acquis par ailleurs que certains territoires sont engagés dans une dynamique de convergence avec la métropole alors que d'autres, notamment Mayotte et la Guyane, connaissent encore des retards importants.

Je souscris également aux trois grandes orientations qui organisent les recommandations formulées par la Cour autour de mieux connaître, mieux coordonner et agir efficacement.

1 - La première orientation vise à « mieux connaître » les réalités ultramarines par la mise en place d'un tableau de bord des données de santé des outre-mer, avec le concours de l'assurance maladie et de tous les autres financeurs.

Je rappelle à ce propos que les régions outre-mer ne se distinguent pas en l'espèce des régions métropolitaines, dans la mesure où aucun compte régional de la santé n'est élaboré, en raison de l'absence de disponibilité de l'information. En effet, de nombreuses sources de données mobilisées pour l'élaboration des Comptes de la santé n'existent pas à un niveau infra-national (c'est le cas par exemple, des données relatives aux assurances complémentaires relevant des institutions de prévoyance, de sociétés d'assurance ou de mutuelles).

En outre, il convient d'être prudent sur la fiabilité des données statistiques se rapportant à l'outre-mer, en particulier s'agissant des territoires autres que les DOM, ainsi que par rapport à certaines comparaisons qui paraissent comporter des biais méthodologiques.

Par ailleurs, je souhaite souligner l'effort constant d'amélioration des statistiques disponibles en matière de santé qui se traduit notamment par la production depuis 2012, des états financiers récapitulants pour les quatre régions ultramarines dans lesquelles a été créée une agence régionale de santé, l'ensemble de la dépense de santé par destination (prévention, soins de

ville, hospitalière, médico-sociale) et par financeur (assurance maladie, fonds d'intervention régional, CNSA ou État).

Dans le même sens, les informations produites par l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH), issues de l'exploitation du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et des données de la tarification à l'activité des établissements de santé (T2A), contribuent très substantiellement à l'éclairage des débats accompagnant chaque année l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale par le Parlement, pour ce qui concerne les outre-mer qui sont de la compétence de l'État hexagonal et qui sont financés par l'assurance-maladie, c'est-à-dire les DOM et Saint-Pierre-et-Miquelon, soit 99,4 % de nos compatriotes d'outre-mer ainsi couverts.

Enfin, l'édition 2013 du « Panorama des Établissements de Santé » produit par la DREES sera enrichi d'un focus sur « les établissements de santé dans les DOM : activité et capacités ».

Cet effort sera poursuivi par mes services et il serait en effet, utile d'y associer, avec leur accord, les collectivités de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie Française comme le recommande la Cour des comptes.

2 - La Cour recommande de renforcer la coordination des institutions dans la définition de la politique de santé pour renforcer l'efficacité de l'action publique (« mieux coordonner » et « agir efficacement »)

Un référent outre-mer a été désigné dans chacune des directions d'administration centrale de mon ministère, des réunions régulières sont organisées à l'initiative du secrétariat général en présence des directeurs généraux d'ARS d'outre-mer (à l'occasion des réunions mensuelles de directeurs généraux d'ARS) et de la Direction générale des outre-mer la plupart du temps, et selon les sujets, des directions techniques du ministère. Il est vrai que jusqu'à présent, les agences sanitaires nationales ne participaient pas à ces réunions.

Pour donner plus de force à ce premier niveau de travail et renforcer la coordination ministérielle et interministérielle, il est proposé de constituer un « comité de pilotage stratégique » composé des directeurs du ministère (DGOS, DGS, DSS et DGCS) et du directeur de la DGOM auquel seront associées les directions des caisses nationales et des agences sanitaires, qui aura pour tâche de construire ensemble une stratégie claire et coordonnée pour les territoires d'outre-mer, déclinée dans une feuille de route qui fera l'objet d'une évaluation régulière.

Cette coordination sera confortée par la création prochaine du Comité interministériel pour la santé¹²⁵, dont la mission est de promouvoir la prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques publiques.

La création de cette instance sera de nature à renforcer et à faire porter au plus niveau du gouvernement, la nécessité d'une action coordonnée sur l'ensemble des déterminants de la santé (déterminants sociaux, environnementaux, éducatifs, etc.), reconnue par tous les acteurs comme le principal levier d'amélioration de l'état de santé d'une population et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Elle prendra toute son importance pour les territoires d'outre-mer, en Martinique ou à la Guadeloupe autour par exemple de la lutte contre le chlordécone, et tout particulièrement à Mayotte et en Guyane où les efforts d'adaptation de la réponse à la demande de soins englobant la prévention, sont constamment confrontés à l'afflux massif et quotidien de population originaire des pays voisins en situation irrégulière et dont l'état de santé est très dégradé.

Il est convenu également de soutenir la coordination interministérielle au niveau régional, en redynamisant la commission de coordination régionale des politiques publiques instaurée par la loi HPST qui a été mise en place par les quatre ARS d'outre-mer comme dans les autres régions de métropole.

Plus spécifiquement, le projet de rapport de la Cour des comptes appelle les observations suivantes de ma part.

*Le projet de rapport fait le constat que « ... **la médecine ambulatoire** joue un rôle essentiel mais elle est hétérogène et déséquilibrée par rapport à l'offre hospitalière [...] qui constitue très souvent l'armature du dispositif de soins. »*

Comme indiqué dans le rapport entre 2007 et 2013, le nombre de médecins installés outre-mer s'est accru de + 16 % contre + 0,9 % au plan national. Même si ceux-ci sont encore en nombre insuffisant et inégalement répartis, il y a là un signe du phénomène de rattrapage plus général que connaît l'offre de soins et l'état de santé de nos ressortissants d'outre-mer, en particulier dans les DOM.

¹²⁵ Ce comité regroupe autour du Premier ministre tous les ministres. Il suit l'élaboration et la mise en œuvre des plans ou programmes d'actions qu'élaborent les ministres dans le cadre de leurs attributions lorsque ces mesures sont susceptibles d'avoir un impact significatif sur la santé et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Le comité interministériel pour la santé veille à ce que l'articulation des politiques publiques en faveur de la santé soit développée au niveau régional. Pour préparer les décisions du comité, chaque ministre désigne un haut fonctionnaire.

Il en va de même pour l'hospitalisation à domicile (HAD), comme le met en évidence le rapport.

Les infirmier(e)s y sont aussi plus jeunes, formés le plus souvent sur place et ne posent guère de problèmes de recrutement. S'il en va ainsi, c'est parce que les pouvoirs publics ont su mettre en place les ressources en formation adéquates.

S'agissant de la lutte contre les déserts médicaux déclinée dans le Pacte territoire santé, une attention particulière a été portée aux territoires d'outre-mer dans la mesure où, comme le rappelle d'ailleurs le rapport depuis la création en 2013 du dispositif des « praticiens territoriaux de médecine générale », 20 des 200 premiers postes ont été réservés pour l'outre-mer, ce qui correspond à 10 % du total, alors que l'outre-mer représente 4 % de la population française. Ce choix témoigne bien de la détermination à rééquilibrer les situations et à lutter contre les inégalités territoriales d'accès à la santé.

Quant aux contrats d'engagement de service public (CESP), leur succès outre-mer est en partie tributaire du numerus clausus alloué aux facultés de médecine qui y sont implantées, comme de l'achèvement de la mise en place de cycles complets d'études de médecine sur les 4 campus actuellement existants dans les DOM. Le dispositif des CESP pourrait également être développé dans le Pacifique Sud pour faciliter l'éclosion de vocations médicales parmi les wallisiens, pour qui il serait plus facile d'effectuer leur cursus de formation médicale en Nouvelle-Calédonie ou en Polynésie, sous réserve de l'accord des gouvernements locaux de ces deux collectivités d'outre-mer sur ces questions qui sont de leur ressort exclusif.

*Sur les **coopérations interprofessionnelles**, la Cour pointe des réticences et préconise de développer outre-mer dans des délais rapides, les protocoles de coopération entre professionnels de santé.*

Qu'il s'agisse de la métropole, comme de l'outre-mer, ces dispositifs innovants encouragés par la loi HPST de 2009 ont encore un caractère largement expérimental, et même en métropole où les conditions de leur mise en œuvre sont plus facilement réunies, leur concrétisation se heurte à beaucoup de difficultés. Les protocoles de coopération peinent encore à trouver leur place, comme le met en évidence un rapport récemment conduit par deux sénateurs à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat (Mme Génisson et M. Milon).

C'est ainsi qu'à l'heure actuelle, seulement 40 protocoles de coopération ont pu être soumis à l'HAS pour la France entière et seulement une vingtaine autorisés par les ARS. En tout état de cause, ceux qui ont déjà été autorisés dans certaines régions peuvent être dupliqués tels quels dans d'autres. En outre, une plate-forme d'information en ligne est à la disposition des ARS, pour leur faciliter l'implantation de ces protocoles et mutualiser les bonnes pratiques.

Face à la pénurie criante de professionnels de santé, en particulier dans les COM, en Guyane et à Mayotte, toutes les formes de regroupements de moyens et de professionnels sont encouragées, étant entendu que leur développement implique qu'il y ait un minimum de professions médicales pour pouvoir mettre en place ces coopérations et délégations de tâches et de responsabilités, ce qui est précisément le principal problème auquel ces territoires sont confrontés.

D'autres outils peuvent être mobilisés outre-mer, adaptés aux déficits de la démographie des professionnels de santé et à la géographie : par exemple la télémédecine ou les plateformes de coordination numérique des soins. Ils impliquent cependant que le haut débit soit accessible dans de bonnes conditions, ce qui n'est pas encore parfaitement le cas, ni dans l'Océan Indien, ni en Guyane et pas du tout le cas à Wallis-et-Futuna.

Sur la gestion des hôpitaux, bien que l'on puisse effectivement convenir que la situation de la santé outre-mer est encore loin d'être satisfaisante et que sa gestion y est perfectible, les jugements portés par la Cour sur l'action des administrations sur le terrain, gagneraient à être parfois nuancés. Ainsi par exemple, les appréciations relevées sur une « gestion désordonnée » « des investissements hospitaliers mal pilotés et coûteux » « des défaillances de gestion généralement non-sanctionnées » ou de « la gestion du personnel hospitalier : un manque de rigueur préjudiciable » laissent à penser que c'est l'ensemble des établissements de santé qui est concerné. Or, comme le soulignent d'ailleurs plusieurs passages du rapport, les situations sont en fait contrastées et si des défaillances ou des négligences peuvent parfois être constatées, elles ne sont pas pour autant la règle et ne sauraient masquer le fait que l'essentiel des problèmes résulte fondamentalement de l'absence de professionnels de santé originaires de ces territoires en nombre suffisant, ceux-ci étant pénalisés par leur éloignement, leur caractère insulaire et leur faiblesse démographique en valeur absolue, ce que ne sauraient compenser à brève échéance, des politiques aussi volontaristes soient-elles.

Je relève d'ailleurs avec satisfaction que le rapport reconnaît « l'amorce d'un pilotage plus rigoureux » Celui-ci me semble avoir été favorisé notamment par la mise en place des ARS depuis 2010, qui contribuent désormais à mieux « tenir » le système de santé. Mais on pourrait citer également le Comité interministériel de pilotage de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO), mis en place depuis décembre 2012 qui, sous la présidence du Secrétaire Général des ministères sociaux, réunit tous les mois, les directeurs d'administration centrale chargés de l'offre de soins, de la santé, de la sécurité sociale, des finances publiques, du budget, de la CNAMTS, de l'IGAS et du Délégué Général à l'Outre-mer, pour passer en revue la situation financière de tous les établissements de santé en difficulté et valider leurs projets d'investissements.

Par ailleurs, je ne peux qu'être favorable à la proposition « envisager d'instaurer une obligation de service public outre-mer relative aux conditions d'évacuation sanitaire et d'acheminement aérien des médicaments » que préconise la Cour, mais les transporteurs ne manqueront pas de mettre en avant en contrepartie les compensations financières que cela implique.

***Sur l'intervention de l'ANAP** dès la phase de conception des projets de construction « d'établissements de santé » que la Cour préconise de rendre obligatoire, cette expertise peut en effet être utile à mobiliser, mais une telle généralisation impliquera de consentir à cette agence les moyens correspondants.*

L'intervention de l'ANAP est à ce stade réservée aux projets de grande ampleur ou dont le pilotage pose des difficultés spécifiques, dans le cadre d'un suivi national assuré par la DGOS. À titre d'exemple, l'ANAP appuie la DGOS pour superviser le projet de reconstruction du CHU de Pointe-à-Pitre et sera mobilisée dans le cadre de la reconstruction du CH de l'ouest guyanais.

***Sur l'apurement sans délai du règlement des dettes accumulées par l'agence de santé de Wallis-et-Futuna** » : le gouvernement a fait part récemment aux parlementaires de ce territoire, lors d'une interpellation à l'Assemblée Nationale, de son engagement à proposer dans l'année, aux différents créanciers de cette Agence et en particulier à ceux de Nouvelle-Calédonie, un plan d'apurement de sa dette qui lui permette de rétablir avec eux l'indispensable climat de confiance.*

Il convient de rappeler cependant que le ministère de la santé n'assume la responsabilité budgétaire du fonctionnement de cette agence (hors financement des investissements) que depuis le 1^{er} Janvier 2013, sans que la dette accumulée jusque-là, qui équivaut à une année de l'actuel budget de fonctionnement, n'ait été soldée. En tout état de cause, la solidarité que doit la Nation aux wallisiens sur le plan de la santé, commande aussi dans la conjoncture financière très dégradée de notre pays, qu'une réflexion soit parallèlement engagée pour refonder les termes du droit à la santé tels qu'ils ont été énoncés, dans un contexte radicalement différent, par le statut de 1961 qui régit cet archipel, afin précisément de garantir la pérennité de son système de santé.

De façon plus générale, le rapport passe sous silence les efforts du ministère de la santé dans la promotion du droit ultramarin. Il est rappelé cependant que la refonte du code le plus volumineux de notre droit (ordonnance du 15 juin 2000) s'est accompagnée pour la première fois d'une présentation systématique, ordonnée et cohérente du droit ultramarin et a été l'occasion de progrès très notables dans l'extension du droit de la santé publique, notamment à Mayotte, alors soumise au principe de spécialité. Cette refonte a suscité et encouragé des progrès très conséquents des

systemes de santé ultramarins portés à titre premier par le ministère des outre-mer, comme la modernisation radicale du système de santé de Wallis-et-Futuna par la création de l'agence de santé (ordonnance du 13 janvier 2000), ou comme le partage entre les activités juridictionnelles et administratives des ordres des professions médicales pour la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française (ordonnance du 2 mars 2000), partage qui devait être généralisé ensuite par la loi du 4 mars 2002 à l'ensemble du territoire, exemple significatif de ce que le droit ultramarin peut être à l'avant-garde et préparer les évolutions du droit métropolitain.

RÉPONSE DU MINISTRE DE LA DÉFENSE

La Cour recommande une relance de la stratégie publique de santé outre-mer. Dans chaque territoire, la mobilisation de l'ensemble des acteurs de la santé permettrait de cibler les besoins sanitaires spécifiques et de redéployer des moyens à leur profit.

Cette recommandation concerne le ministère de la défense au titre des moyens déployés par le service de santé des armées (SSA) au sein des DOM-COM, dimensionnés au juste besoin des forces armées.

Dans le cadre fixé par la loi de programmation militaire et par son projet de service, le SSA oriente désormais son action dans le respect des principes de concentration des moyens, de recentrage sur le cœur de métier et d'ouverture au service public de santé.

S'agissant des effets des expérimentations nucléaires en Polynésie, le projet communiqué appelle de ma part les précisions suivantes.

Le décret d'application de la loi du 5 janvier 2010, relative à la reconnaissance et à l'indemnisation des victimes des essais nucléaires français dispose que la liste des « pathologies à surveiller » est celle des « maladies radio-induites ». Or, cette liste est restrictive pour ce qui concerne l'indemnisation des victimes, alors que tous les cancers sont surveillés en Polynésie française, dont beaucoup ne sont pas scientifiquement reconnus radio-induits.

Il convient également d'éviter toute confusion entre la liste des maladies professionnelles (tableau 6 du régime général de la sécurité sociale) et la liste des pathologies radio-induites annexée au décret précité. Ainsi, les cancers de la thyroïde sont susceptibles d'être radio-induits, la thyroïde étant une glande très radio-sensible chez l'enfant, même s'il n'existe pas actuellement de marqueurs permettant d'incriminer officiellement les essais nucléaires.

Par ailleurs, un centre médical de suivi (CMS) des anciens travailleurs civils et militaires des sites d'expérimentation du Pacifique et des populations vivant ou ayant vécu à proximité de ces sites a effectivement été mis en place en 2007, avant la publication de la loi de 2010, sur recommandation du comité de liaison pour la coordination du suivi sanitaire des essais nucléaires (CSSEN). Depuis la publication de la loi du 5 janvier 2010, ce centre, dirigé par un médecin militaire, contribue activement à la constitution des dossiers d'indemnisation des victimes.

Pour mémoire, la loi n° 2013-1168 relative à la programmation militaire pour les années 2014 à 2019 et portant diverses dispositions concernant la défense et la sécurité nationale a modifié la loi n° 2010-2 du 5 janvier 2010 en érigeant le comité d'indemnisation des victimes des essais nucléaires (CIVEN) en autorité administrative indépendante. Par suite, les crédits budgétaires (10 M€) inscrits à l'action 6 « Réparation des conséquences sanitaires des essais nucléaires français » du programme 169 « Reconnaissance et réparation en faveur du monde combattant » ont ainsi été transférés, par amendement gouvernemental au projet de loi de finances pour 2014, de la mission « Anciens combattants, mémoire et liens avec la nation » à la mission « Direction de l'action du Gouvernement », programme 129 « Coordination du travail gouvernemental », qui relève du Premier ministre.

RÉPONSE DU MINISTRE DE L'INTERIEUR

La lecture de ce rapport suscite de ma part les remarques suivantes.

Si le premier plan chlordécone a pu faire l'objet d'un certain nombre de critiques, il est important de noter que celles-ci ont été prises en compte dans l'élaboration des plans suivants.

Ainsi, les efforts déployés lors de la mise en œuvre du plan II et qui se poursuivront dans le cadre du plan III ont permis le développement d'une réflexion stratégique et coordonnée, s'inscrivant dans la durée et ayant de forts impacts économiques et sociaux.

L'élaboration de chartes patrimoniales pour une stratégie de développement durable de la qualité de vie dans le contexte de pollution par le chlordécone en Martinique et en Guadeloupe en est aujourd'hui l'exemple.

RÉPONSE DE LA MINISTRE DES OUTRE-MER

Ce rapport dresse un état des lieux précis de la santé sur l'ensemble des territoires ultramarins. Il constitue, de mon point de vue, un document très complet, se fondant sur un certain nombre de constats, en particulier la nécessité pour les politiques de santé de bien prendre en compte les spécificités ultramarines que constituent l'éloignement de l'hexagone, les risques naturels (cyclones, séismes ...), l'existence de populations fragilisées et surexposées à certaines pathologies infectieuses, ou la prévalence de certaines maladies génétiques comme la drépanocytose.

Ce rapport insiste, par ailleurs, sur l'importance d'un renforcement de la coordination interministérielle. Le ministère des outre-mer partage le souci de la Cour d'une meilleure coordination interministérielle, à laquelle il souhaite prendre toute sa part. Il s'agit d'aboutir à une gouvernance renouvelée, condition indispensable à une action concertée, efficace et de qualité en faveur des territoires ultramarins. Le ministère confirme également tous les éléments de réponse apportés dans le cadre de la procédure contradictoire relative à la transmission du relevé d'observations provisoires.

La récente décision du Premier ministre de confier le pilotage du 3ème Plan Chlordécone, à la fois à la Direction Générale de la Santé (DGS) et à la Direction Générale des Outre-mer (DGOM) en est la parfaite illustration.

Mes services poursuivent le renforcement de cette coordination par la mise en œuvre rapide de trois grandes actions :

- une formalisation, par chacune des directions générales du Ministère des Affaires sociales et de la Santé, de la désignation d'un référent outre-mer, avec des réunions régulières organisées sous l'égide de la DGOM.

- la réunion, une à deux fois par an, des Directeurs Généraux des Agences Régionales de Santé (DG ARS), du Secrétariat Général du Ministère des Affaires Sociales (SGMAS) et des directeurs généraux du Ministère des Affaires sociales et de la Santé, avec l'association, en tant que de besoin, des agences sanitaires telles que l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS), l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), l'Agence de Biomédecine (ABM) des ministères concernés (Justice, Éducation nationale, Recherche ...) et de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) ; ces réunions viendraient compléter celles déjà organisées, tous les deux mois environ, entre les DG ARS, le SGMAS et la DGOM.

- l'organisation d'une conférence annuelle sur la santé outre-mer, sous l'égide du Ministère de la Santé et du Ministère des Outre-mer, chargée de présenter tous les ans le tableau de bord mesurant les écarts et les actions correctrices engagées (recommandation 1 du rapport).

Cette dynamique interministérielle devra prendre en compte les recommandations formulées dans le rapport, pour aboutir à l'élaboration d'un programme national de santé publique pour les outre-mer, décliné par territoire.

Ce rapport souligne, par ailleurs, le manque de ressources humaines affectées aux questions de santé au sein de la DGOM. Cette direction ne saurait être organisée en miroir des services du Ministère des Affaires sociales et de la Santé pour suivre la mise en œuvre des politiques de santé sur tous les territoires. Mais elle doit être à même, à mon sens, de mobiliser au niveau central et territorial un réseau de correspondants organisé, identifié, avec, comme indiqué dans le rapport de la Cour, des tableaux de bord de suivi des politiques de santé menées en fonction de chaque territoire.

La déclinaison dans nos outre-mer des plans nationaux de santé publique est un sujet auquel une importance particulière doit être accordée. Une meilleure prise en compte des géographies les plus éloignées et les plus fragiles, telles que Saint-Pierre et Miquelon et Wallis et Futuna, doit en résulter.

Dans le champ des politiques de prévention, la prévalence très préoccupante du VIH-Sida et des infections sexuellement transmissibles dans les géographies ultramarines a conduit à une déclinaison spécifique du Plan National VIH-Sida-IST 2010-2014. Ce volet a fait l'objet, à l'initiative de la DGS et de la DGOM, d'une évaluation à mi-parcours dans les DOM et à Mayotte, Saint-Barthélemy et Saint-Martin. Ces importants travaux ont permis d'établir un rapport transversal et cinq monographies territoriales, dont les conclusions seront bientôt accessibles. Ce modus operandi paraît de nature à faire progresser la prévention dans un secteur difficile et gagnerait à être étendu.

Il faut aussi rappeler l'importance de la promulgation de la loi n° 2013-453 du 3 juin 2013, issue d'une proposition émanant d'une élue guadeloupéenne et visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire dans les outre-mer : ce texte va permettre de lutter efficacement contre la commercialisation de produits comestibles comportant des taux de sucres ajoutés supérieurs à ceux de l'hexagone.

L'amélioration du travail interministériel découlant de l'évolution constante des textes dans le domaine sanitaire mérite, lui aussi, une attention particulière. Leur adaptation aux particularités des douze territoires ultramarins suppose une étroite collaboration, souvent très en amont, entre les services juridiques du ministère de la santé et celui dont j'ai la charge.

Un autre domaine où l'interministérialité me paraît revêtir une importance toute particulière est celui de l'évolution du Département de Mayotte.

Une recommandation du rapport préconise d'y harmoniser progressivement le système d'assurance maladie et de soins, une fois mis en place les pré-requis indispensables. Je partage cet avis et souhaite, en particulier, que le dispositif de la couverture maladie universelle y soit instauré rapidement, compte tenu des avancées déjà opérées en matière de sécurité sociale. L'un des pré-requis indispensables était relatif à la fiabilisation des états-civils des mahorais par la commission de révision de l'état-civil. La commission a terminé ses travaux depuis début 2012. Il reste désormais à instaurer de nouvelles modalités de gestion budgétaire et financière entre le centre hospitalier et la caisse de sécurité sociale à Mayotte, afin de permettre une facturation et un remboursement entre les organismes concernés. Le Ministère des outre-mer a soutenu le centre hospitalier de Mayotte pour les soins apportés aux personnes insolvable et non prises en charge par la caisse de sécurité sociale de Mayotte (1,5 M€ en 2013 puis à nouveau 1,5 M€ en 2014, pour permettre la poursuite des vaccinations), dans l'attente de la création de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide médicale d'État (AME). Une telle situation ne pouvait perdurer. Ce programme budgétaire ne peut en effet en aucun cas se substituer de manière pérenne à l'absence de dispositif de droit commun, qui devrait désormais être mis en place rapidement à l'instar de ce qui existe pour les autres départements.

L'absence de CMU-C et d'AME peut avoir des incidences majeures sur la prise en charge sanitaire de la population (non recours aux soins), notamment dans le cadre des évacuations sanitaires des enfants mahorais.

Le défaut de coordination, entre la caisse de sécurité sociale de Mayotte et la caisse générale de sécurité sociale de La Réunion ou les caisses primaires d'assurance maladie désorganise les conditions d'évacuations sanitaires des enfants, quelle que soit leur nationalité, par le centre hospitalier de Mayotte vers les hôpitaux de l'Île de La Réunion ou vers l'hexagone. Ces enfants, qui doivent ensuite demeurer sur place pour y recevoir des soins périodiques, nécessitent en effet un accueil spécifique. Ce besoin de coordination entre les organismes sociaux, les services sociaux des collectivités locales et les administrations de l'État fait déjà l'objet de réunions de concertation locale afin de parvenir à une action adaptée dans l'intérêt de ces enfants.

La situation préoccupante des mineurs isolés de Mayotte, également signalée par le rapport de M. Christnacht et par le Défenseur des Droits, fait l'objet depuis plusieurs mois de travaux interministériels sous l'égide de la DGOM. En effet, si l'Observatoire des Mineurs Isolés local évalue leur nombre à trois mille, il est considéré que cinq cents d'entre eux doivent être pris en charge rapidement selon des modalités d'accueil que les ministères

concernés définissent et organisent conjointement et en coordination avec les administrations locales. La préconisation du Défenseur des Droits d'initier l'installation d'une conférence permanente des droits de l'enfant n'est pas restée sans suites, le préfet de Mayotte ayant installé un secrétariat permanent des mineurs isolés. Il y réunit périodiquement les acteurs publics et associatifs, avec notamment pour objectif de veiller au respect des dispositions de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant et à la mise en place des moyens nécessaires.

Concernant les médecins de Mayotte, la direction générale des outre-mer est très préoccupée par l'insuffisance du nombre de médecins, hospitaliers et libéraux, à Mayotte. On dénombre au 31 décembre 2012 166 médecins, pour 212 000 habitants (dont seulement 27 médecins libéraux) alors que le taux national est supérieur à 660 pour un nombre d'habitants équivalent. La stratégie adaptée à Mayotte, mise en place par l'agence régionale de santé de l'océan indien, devrait produire des effets positifs, en particulier par l'installation de maisons de santé pluridisciplinaires et l'aide au démarrage pour les praticiens territoriaux de médecine générale.

Concernant l'agence de santé de Wallis-et-Futuna, le rapport recommande l'apurement sans délai du règlement des dettes accumulées par l'agence. Le ministère des outre-mer ne peut que s'associer à une telle préconisation. Néanmoins, il ne lui appartient pas d'être le seul à participer au règlement de la dette. Il appartient aux trois tutelles (ministère des Outre-mer, ministère des Affaires sociales et de la Santé, ministère des Finances et des Comptes publics) de régler cette dette. Cette solution est, par ailleurs, préconisée par le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de l'Inspection Générale des Finances sur ce sujet.

En conclusion, le ministère des Outre-mer a bien conscience de son importante responsabilité en matière de coordination du travail interministériel, indispensable pour mener à bien les politiques de santé outre-mer et garantir le meilleur accès aux soins pour tous.

Je m'associe entièrement à la volonté réaffirmée dans ce rapport de tendre vers une meilleure égalité des droits à la santé dans la République à travers trois grandes orientations : mieux connaître, mieux coordonner et agir efficacement, notamment à travers un volet outre-mer de la future stratégie nationale de santé.

***RÉPONSE DU SECRÉTAIRE D'ÉTAT AU BUDGET, AUPRÈS
DU MINISTRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS***

Pour ce qui est de la prévention, les principaux constats de la Cour rejoignent ceux qui ont pu être faits en métropole. Je partage la préconisation de la Cour visant à « charger les agences régionales et territoriales de santé de rééquilibrer les financements au profit d'un programme de prévention spécifique, en accompagnant les efforts des gouvernements du Pacifique en ce domaine ».

En ce qui concerne les soins ambulatoires, de nombreuses disparités de densité sont relevées, ce qui plaide en faveur d'une accélération du processus de développement des coopérations inter professionnelles. Celles-ci sont effectivement encore plus qu'en métropole de nature à faciliter l'accès aux soins dans des zones éloignées ou difficiles d'accès.

Je ne peux que m'associer à ces constats qui conduisent la Cour à recommander de développer outre-mer dans des délais rapides les protocoles de coopération, s'agissant notamment des infirmiers, des sages-femmes, des orthoptistes professionnels de santé, à développer les dispositifs réglementaires destinés à pallier les disparités territoriales d'installation des médecins et à veiller à l'application active des mécanismes conventionnels de régulation visant à résorber les inégalités de densité des professionnels libéraux de santé.

Je rejoins largement le diagnostic proposé par la Cour sur la situation de l'offre de soins hospitalière. En ce qui concerne la situation budgétaire et financière des établissements de santé, je partage la nécessité de substituer au versement chronique d'aides financières dites exceptionnelles (de l'ordre de 400 M€ par an) des stratégies plus fermes de réorganisations structurelles, en cours de mise en œuvre et de suivi par le Comité de performance et de modernisation de l'offre de soins (COPERMO) au sein duquel le ministère des finances est représenté.

Comme vous le soulignez, le redressement de ces établissements implique en priorité l'atteinte de gains d'efficacité, par un ajustement des effectifs à la réalité de l'activité hospitalières et des besoins de santé. Le second levier réside dans un pilotage resserré des investissements par les niveaux national et régional via le Copermo et les agences régionales de santé. Sur ce dernier point, l'intervention de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) dans ces territoires dès la phase de conception des projets de construction nous semble être une recommandation indispensable de votre rapport.

Je rejoins votre analyse concernant le pilotage de la politique de santé publique outre-mer par l'État et les agences sanitaires. Il me paraît en effet pertinent d'inclure dans la future loi de santé une déclinaison de la stratégie nationale de santé pour l'outre-mer. Ainsi, l'ensemble des acteurs pourront être mobilisés autour de cette thématique, sans pour autant ajouter une nouvelle structure ou un nouveau plan spécifique.

Enfin, je tiens à nuancer le constat établi par la Cour au sujet de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna. Vous estimez en effet qu'aucun progrès n'a été enregistré en deux ans. Toutefois, ces deux années sont été nécessaires pour disposer d'un diagnostic clair sur les besoins sanitaires de Wallis-et-Futuna, ainsi que sur la situation financière de l'agence de santé. Dès lors, une trajectoire budgétaire soutenable va pouvoir être définie pour l'agence, évitant ainsi d'accroître la dette de l'agence vis-à-vis des centres hospitaliers de Nouvelle-Calédonie.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

La Polynésie française partage en grande partie le constat du rapport de la Cour des comptes sur la santé outre-mer, même si elle déplore la place réduite qui lui est faite par rapport aux DOM, mais qui est sans doute liée au statut d'autonomie qui est le sien.

Le constat partagé est celui de profondes insuffisances et inégalités dans les missions fondamentales de l'État : égalité de tous les citoyens ; garantie du droit fondamental à la santé, garantie de la continuité territoriale et de l'égalité de traitement pour tous.

Par exemple, alors que le rapport souligne la difficulté qu'a eue la Polynésie à faire face à la grave crise épidémiologique de Zika, le rôle de l'EPRUS s'est cantonné à une aide méthodologique et le coût de la mission devait être financièrement assumé par le Pays.

Comme le préconise le rapport, la Polynésie française consent d'ores et déjà de gros efforts pour optimiser ses ressources en matière de santé des populations. Après une longue période de grande instabilité politique, le gouvernement actuel s'emploie aujourd'hui :

- à optimiser les effectifs de la fonction publique de la santé,*
- à mutualiser les ressources en matière d'hôpitaux publics,*
- à améliorer l'accès aux soins primaires,*
- à réformer les statuts et la gestion du personnel du CHPF tout en le repositionnant comme hôpital de dernier recours.*

Tout ceci correspond aux recommandations émises par le rapport.

Toutefois, faute de réels outils de pilotage, ces tentatives de meilleure gestion ne produiront pas tous les effets attendus, en l'absence de tableaux de bord et de connaissance précise du fonctionnement du système de santé. La Polynésie française partage donc tout à fait le constat de la Cour des comptes quant à l'insuffisance des moyens de pilotage du système de santé outre-mer.

En conclusion, comme le souligne le rapport, l'État ne peut se désengager de ses obligations constitutionnelles envers les citoyens de Polynésie française. Il convient certes de rationaliser et réévaluer les concours financiers de l'État, mais il faut surtout bien cibler ce qui relève de la solidarité nationale et faire en sorte que cela soit pris en charge au niveau national : obligation de continuité territoriale (aides à la télémédecine et aux évacuations sanitaires domestiques et internationales), égalité des citoyens face aux soins (aides financières pour minimiser les écarts sociaux et géographiques, participation au Régime de Solidarité de la Polynésie

française), égalité de traitement (aide nationale aux populations pénitentiaires ou faisant l'objet d'une décision de justice telle que le placement en hôpital psychiatrique).

Cependant, afin de mieux assumer ses missions constitutionnelles, l'État a une urgente obligation, comme le souligne le rapport : apporter une aide méthodologique au pilotage du système de santé, seul moyen d'éviter les gaspillages et les erreurs.

Cela ne peut se faire selon la manière préconisée par la Cour des comptes dans le point 2 de ses recommandations, c'est-à-dire en s'assurant le concours des caisses de protection sociale. La Polynésie française doit se doter de son propre système de pilotage de sa politique de santé et il ne peut dépendre pour cela des organismes de gestion de protection sociale. Le gouvernement de Polynésie française doit en effet disposer des outils lui permettant de mettre en place une véritable politique de santé.

Pour cela, une mobilisation des ressources des diverses agences nationales susceptibles d'accompagner la Polynésie française dans la mise en œuvre de ses outils de pilotage, comme la FNORS par exemple, constituerait une première réponse de l'État dans l'accomplissement de ses missions fondamentales.

***RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA HAUTE AUTORITÉ
DE SANTÉ***

La Haute Autorité de Santé n'a pas d'observations sur ce texte.

***RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'AUTORITÉ DE SÛRETÉ
NUCLÉAIRE***

L'ASN n'a pas d'observation majeure à formuler relativement à l'appréciation globale portée par le rapport sur la prise en compte de la radioprotection Outre-Mer, qui est effectivement perfectible.

***RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'INSTITUT
DE RADIOPROTECTION ET DE SÛRETÉ NUCLÉAIRE***

*L'IRSN n'a pas d'observations à formuler sur le projet de rapport
public.*

RÉPONSE DU PRÉFET DE SAINT-PIERRE ET MIQUELON

I - Observations relatives au projet de rapport de la Cour des Comptes.

1.1 Précisions sur les dépenses de santé à Saint-Pierre-et-Miquelon

Le tableau n° 3 mentionne la somme de 5 861 € quand le coût retenu par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) est de 4 280 € par habitant et par an en 2012¹²⁶. Ce chiffre vient en complément des dépenses de santé du régime général de l'assurance maladie (maladie 4 970 €, accident du travail 172 €).

II - Observations formulées précédemment sur le relevé d'observations provisoires de la Cour des Comptes (Rappels).

2.2 Les dépenses de santé par habitants (p. 2) : un coût biaisé par divers facteurs

Il convient de considérer ce coût au regard, notamment :

- de la forte dépendance du système de santé de Saint-Pierre-et-Miquelon, par exemple aux appuis extérieurs de missionnaires et de plateaux techniques (Canada ou France métropolitaine) pour répondre à des besoins de soins spécialisés et à des prises en charge médicales longues et lourdes. 779 affectations de longue durée sont ainsi référencées par la Caisse de prévoyance sociale (CPS) pour 671 personnes. Et les trois premiers motifs d'évacuations sanitaires (EVASAN) sont pour les spécialités chirurgie-orthopédique, neurologie, cardiologie ;

- de l'accroissement des journées d'hospitalisation (à SPM et à l'extérieur) en raison des pathologies et du vieillissement ;

- de l'importance des frais médicaux au Canada ;

- des frais de transport dont certains surcoûts sont entraînés par l'affrètement d'un avion local ou Canadien, voire d'un hélicoptère ;

- de la modernisation de l'infrastructure hospitalière visant à améliorer la prise en charge des patients, à garantir la qualité et la sécurité des soins, à disposer d'équipements et de locaux aux normes.

¹²⁶ Rapport « Mission d'appui à l'ATS de Saint-Pierre-et-Miquelon – Mars 2014, Dr C. Favier - P. 24.

2.3 Les Evasan : un constat partagé et une diversification recherchée.

Le coût du dispositif est largement influencé par le principal opérateur situé à Terre-Neuve et la variation du dollar canadien.

Cependant, la proximité avec SPM de cette province du Canada (moins d'une heure en avion) est un atout, surtout pour diminuer les pertes de chances lors des évacuations en urgence. Pour des secteurs bien spécialisés, les évacuations sanitaires vers le Canada sont nécessaires outre les vitales (8 %). Elles permettent des examens plus approfondis au regard de l'enclavement de l'archipel et de la distance avec la métropole ne permettant pas toujours un long trajet en avion.

Toutefois, les acteurs de la santé à SPM, dont la CPS, le CHFD et l'ATS, sont favorables à une diversification, voire une réorientation sur cette offre, particulièrement pour les évacuations programmées (examens, traitement, consultations) qui représentent 89 % des soins.

Le coût lié à ces EVASAN ne peut être pour le moment compensé par la Télémédecine. Néanmoins, dans le cadre de la coopération régionale, des études sont en cours pour développer des échanges dans ce domaine entre SPM et les sites d'EVASAN du Canada Atlantique. Avec deux obstacles non négligeables à lever : celle de la langue pour les provinces anglophone (dont Terre Neuve) et du cadre juridique (aussi bien pour les professionnels que les patients).

D'ailleurs, ces deux derniers points s'ajoutent aux éléments qui contribuent à justifier l'infrastructure de santé de SPM.

2.4 La situation de l'hôpital (la « sous-utilisation de l'hôpital » : des améliorations à venir

Le plateau technique du Centre hospitalier François Dunan ne peut répondre à l'ensemble des besoins médicaux de la population de Saint-Pierre-et-Miquelon. De même, les modalités de travail des médecins de l'hôpital sont particulières. D'une part, le faible volume de patientèle et l'isolement professionnel contraignent l'exercice professionnel. D'autre part, un praticien hospitalier (PH) permanent à SPM n'exerce en réalité que 7 mois par an (la différence étant consacrée aux congés et aux formations), ce qui induit un recours à des remplaçants pour des durées variables.

L'établissement est engagé dans une diversification de son offre à travers, par exemple, le nombre de missions de spécialistes, le développement de la télémédecine, la signature de contrats de coopération avec des établissements extérieurs. La future certification, un projet médical et une véritable stratégie de recrutement, sont autant de perspectives de nature à favoriser l'attractivité de l'établissement. Pour les patients (y compris de l'Amérique du Nord) et les professionnels.

2.5 L'ATS : une capacité de pilotage dont le renforcement est amorcé

Plusieurs démarches sont en cours visant à renforcer la place de ce service déconcentré du Ministère des affaires sociales et de la santé dans la gouvernance du système de santé à SPM ; notamment :

- l'appui d'une agence régionale de santé (ARS) : l'ARS Aquitaine a été retenue en ce sens ;

- la participation du directeur général de l'ATS au séminaire des DGARS ;

- la participation de la conférence territoriale de santé et de l'autonomie (CTSA), aux réunions de la Conférence nationale de santé ;

- une augmentation des budgets de l'ATS pour l'aider à assurer ses missions et accroître les compétences de ses équipes.

La permanence d'un appui de référent médical polyvalent (MISP ou médecin de santé publique) constitue une des priorités. Entre 2002 et 2009, deux médecins se sont succédé pour des missions, lesquelles sont arrêtées depuis 2009 à la suite de leur démission. Cette compétence médicale va permettre d'apporter une expertise médicale et une aide à la décision sur l'ensemble des champs concourant à la mise en œuvre de la politique territoriale (sanitaire, médicosociale, prévention-promotion de la santé, veille et sécurité sanitaires, notamment).

Quant aux visites de pharmacien-inspecteur, elles ont bien été régulières à raison d'au moins deux missions par an depuis plus de dix ans. La poursuite de cette mission est prévue, dans le cadre de l'appui de l'ARS Aquitaine à l'ATS.

En matière de coordination de la politique de santé à SPM, l'ATS conduira l'élaboration d'un projet territorial de santé (PTS). L'une de ses composantes pourrait être un service public territorial de santé. Il pourrait s'appuyer sur un projet de groupement de coopération sanitaire de moyens. À l'initiative de l'ATS, des réflexions sont en cours pour la mutualisation de moyens entre la Caisse de prévoyance sociale et le Centre hospitalier François Dunan, afin de répondre aux besoins spécifiques d'offre de soins à Miquelon-Langlade. Elles pourraient éclairer la démarche.

***RÉPONSE DU PRÉFET, ADMINISTRATEUR SUPÉRIEUR ET
CHEF DU TERRITOIRE DES ÎLES WALLIS-ET-FUTUNA***

Ce rapport n'appelle pas de réponse formelle de ma part. La situation des secteurs hospitaliers de Wallis-et-Futuna, dans un état désormais critique, y est décrite de la façon la plus claire.

La sous-budgétisation dont souffre l'Agence de santé depuis sa création ne lui permet pas de prendre en charge les frais de transport entre les deux unités de Wallis-et-Futuna, et les mêmes frais entre Wallis et Nouméa. Lorsqu'elle le fait, la dépense n'est pas couverte et ne sert qu'à creuser davantage un endettement déjà important.

***RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE
NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS
SALARIÉS***

*Conformément à la demande de la Cour des comptes, je vous
informe que la CNAMTS ne souhaite apporter de réponse.*

**RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA CAISSE
GÉNÉRALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DE LA GUYANE**

*J'ai l'honneur de porter à votre connaissance les précisions infra au
Chapitre II :*

Pour les dossiers d'AME, nous utilisons GEDIAME.

*Le rapport annuel 2012 de l'association Médecins du monde a
néanmoins pu mettre vivement en cause les conditions d'attente aux guichets
de la caisse générale de sécurité sociale de Guyane, les retards de la carte
Vitale, et une instruction des dossiers souvent très longue et d'une traçabilité
inégal. Du fait de la croissance démographique, cette caisse fait face à un
accroissement constant des demandes de CMU, CMUc et aide médicale
d'Etat, au rythme de près de mille nouveaux dossiers pendant chacun des
premiers mois de 2014.*

***RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE DE SÉCURITÉ
SOCIALE DE MAYOTTE***

Les observations effectuées concernant le dispositif dérogatoire sur les cotisations du Centre Hospitalier de Mayotte à la caisse des français de l'étranger pour la couverture des praticiens hospitaliers n'appellent aucune remarque de ma part.

***RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DU CENTRE HOSPITALIER
DE LA BASSE-TERRE***

*Je vous informe que je n'ai pas d'observations particulières
concernant ce document.*

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER
ALBERT BOUSQUET**

Je vous propose quelques réflexions pour ce qui concerne la Nouvelle-Calédonie à travers le prisme de la stratégie développée dans mon établissement.

En matière de psychiatrie publique, il s'agit :

- ***en premier lieu, d'améliorer l'accessibilité à des soins de qualité pour les usagers de l'ensemble de notre territoire quelle que soit leur province de résidence.***

*En effet, depuis 1995, le centre hospitalier Albert-Bousquet poursuit une action volontariste de médecine ambulatoire couplée depuis 2001 par la mise en place de plusieurs antennes médico-psychologiques décentralisées en Province Nord (Poindimié et Koumac) et en province des Iles (Lifou). Au titre du deuxième projet d'établissement (2014-2018), deux antennes supplémentaires sont prévues : une en province Nord dans l'hôpital de **Koné** (100 lits en 2017) pour un bassin de population qui va être multiplié par deux d'ici 2025, une autre à **La Foa** (province Sud).*

*Pour ce qui concerne le chef-lieu **Nouméa**, deux paramètres supplémentaires s'imposent :*

- l'émergence du nouveau Médipôle d'une capacité théorique totale de 658 lits sur la commune de Dumbéa en pleine expansion démographique (60 000 habitants en 2030) ;

- la construction d'une clinique MCO de 300 lits (2018) à Nouméa. L'épicentre de l'offre de soins MCO se déplaçant vers le nord de Nouméa, une partie de l'activité du centre hospitalier Albert-Bousquet s'adaptera à cette contrainte géographique (filiales infanto-juvénile et urgences).

Par ailleurs, la compétence propre de chaque province en matière de santé est intégrée dans des conventions particulières avec le CHS. Elles permettent d'esquisser une vision globale et homogène des prises en charge sanitaires et médico-sociales.

Pourtant, la recherche d'une véritable stratégie de santé publique semble se justifier au vu, d'une part, de la raréfaction des ressources et de la nécessaire maîtrise des cotisations sociales finançant la DGF, d'autre part, de la prise de conscience d'une logique d'une territorialisation de l'offre de soins. Enfin, de la volonté d'améliorer l'égalité dans l'accès aux dispositifs sanitaires et médico-sociaux.

D'ailleurs, à terme, l'opportunité du maintien de la compétence provinciale en matière de santé commence d'ailleurs à se poser, et de plus en plus, elle est favorisée par une vision globale inter provinciale des secteurs sanitaire et médico-social.

En effet, par ses principes d'égalité, de neutralité, de continuité et d'adaptabilité, le service public de santé par ses missions traditionnelles de soins, d'enseignement, de prévention, d'éducation sanitaire voire thérapeutique, d'épidémiologie, de réinsertion psycho-sociale etc. permet seul une capacité de structuration apte à mieux répondre aux attentes de tous les usagers et aux exigences d'une utilisation rationnelle des moyens publics.

Pour les trois centres hospitaliers publics de la Nouvelle-Calédonie, une politique de coopérations et de mutualisation de tout ou partie de filières logistiques et médicales demeure un autre outil pertinent pour traduire cette exigence d'une stratégie de groupe publique. Ainsi, dès 2015, la formalisation du projet GIP de coopérations sanitaire et médico-sociale initié par lesdits centres hospitaliers, devrait consolider cette démarche commune où le secteur libéral aura toute sa place.

• *En second lieu, la gestion récurrente de la dette due aux hôpitaux de Nouvelle-Calédonie par l'agence de santé de Wallis et Futuna, établissement public de l'État (16 millions d'euros) -sans oublier 8 millions pour la CAFAT- pose en fait **la problématique de la politique régionale en santé publique** entre ces deux territoires français. En effet, au vu de leur histoire et de leur proximité géographique, il est difficile de ne pas formaliser des filières et des parcours de soins en particulier, entre leurs hôpitaux afin d'offrir en particulier, aux usagers de Wallis et Futuna la même qualité de prise en charge que tout usager est en droit d'attendre. Une politique commune de gestion des ressources humaines hospitalières pourrait être un autre axe de réflexion eu égard les difficultés de recrutement.*

Plus globalement, la région du Pacifique Sud composée de trois territoires de santé avec la Polynésie française, mériterait une réflexion identique intégrant tant, leurs problématiques de santé, que les moyens susceptibles d'y répondre. Cette réflexion conforterait une dimension globale et cohérente en matière, de définition des plateaux techniques, de pertinence et de complémentarité des actions menées par les structures publiques et privées dans les aspects curatifs, préventifs, éducatifs, sociaux voire en matière de transport aérien.

Ainsi, Wallis et Futuna se situe à mi-chemin de deux plateaux techniques de référence (Nouméa et Papeete) dont chacun est confronté à la difficulté de justifier le point mort dans certaines filières techniques coûteuses, de gestion des évacuations sanitaires vers des structures de référence en Australie, en Nouvelle-Zélande voire en France métropolitaine. Ne conviendrait-il pas d'avoir une vision globale avec l'État pour évaluer la pertinence des moyens existants et leur possible mutualisation au service des

populations confrontées aux mêmes déterminants de santé en actant une organisation et une coordination de l'offre de soins ?

Je formule le vœu que ces réflexions pourront être abordées avec les décideurs qui seront désignés à l'issue des élections provinciales en Nouvelle-Calédonie, la FHF Pacifique Sud pouvant être mise à leur disposition.

***RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE
CAPESTERRE-BELLE-EAU***

Les chiffres qui seront publiés quant à l'activité du Centre Hospitalier de Capesterre-Belle-Eau peuvent laisser à penser que le taux d'activité n'est pas optimal au regard du taux d'encadrement. Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer cette distorsion. J'en citerai deux qui me paraissent essentielles :

1. La vétusté incontestable des locaux rendant des plus difficiles des conditions d'accueil convenables pour les patients. Ce sont encore des conditions d'accueil asilaire, et les patients qui ont le choix de l'hospitalisation ne souhaitent pas partager une chambre avec 5 ou 6 autres malades. La reconstruction d'un nouvel établissement qui s'achève devra régler définitivement ce problème.

2. Le manque de coordination de l'offre de soins sur les deux territoires que compte la Guadeloupe. Les hôpitaux se parlent trop peu d'où une conséquence évidente sur les orientations des patients. La récente mise en place du système trajectoire devra faciliter les orientations des patients, et la réflexion actuellement conduite sur la mise en place d'une communauté hospitalière de territoire sur la coordination des activités sera en mesure d'apporter une solution qui satisfasse la réponse de soins aux patients requérant des soins de suite et de réadaptation.

Sans reprendre le constat fait par la Cour concernant les infrastructures vieillissantes, les conditions d'accueil qui compromettent l'égalité des chances, on ne peut pas ignorer que l'organisation de l'offre de soins n'est pas étrangère non plus aux difficultés du système de santé.

Ma réponse pourra utilement trouver sa place dans le chapitre II « Des systèmes de santé à la peine ». À travers celle-ci, je m'attache à mettre en avant les atouts des hôpitaux de proximité dans le contexte de l'offre de soins hospitalière publique en Guadeloupe.

L'offre de soin dans notre département est axée autour de deux pôles qui constituent également deux territoires de santé. Ces deux territoires eu égard à la spécificité géographique de notre archipel, sont solubles d'autant que les patients requérant les soins hospitaliers, ne sont pas plus attachés à un territoire qu'à un autre.

La répartition de l'offre de soins publique est surtout pragmatique autour d'un centre de référence représenté par le CHU de Pointe-à-Pitre. Elle se caractérise par la répartition logique d'une offre de soins de proximité qui a toujours fait consensus dans l'environnement géo démographique, de notre département.

Les autres établissements publics de santé composant l'offre de soins publique, relèvent d'un statut d'hôpital de proximité, à des degrés divers. Pour certains, ce sont des hôpitaux dit généraux parce que l'on y retrouve une offre de soins MCO plus ou moins complète - structure de recours - c'est la situation du Centre Hospitalier de la Basse-Terre, et enfin pour les autres, des hôpitaux thématiques développant une offre de soins spécifique soit entièrement sanitaire, soit à la fois sanitaire et médico-sociale.

Cette position est en accord avec la définition de l'hôpital de proximité qui est : « un établissement de santé qui apporte une réponse de première intention à un besoin de soins exprimé par un usager pour lequel il représente la structure de premier recours dans le bassin de vie où il évolue et qui est capable de dérouler des activités permettant d'établir un diagnostic, d'assurer une prise en charge adaptée ou de réorienter vers une autre structure référent ».

L'hôpital de proximité comme c'est le cas du Centre hospitalier de Capesterre-Belle-Eau, constitue donc en cas de nécessité, une porte d'entrée vers des établissements de référence permettant ainsi l'égalité dans l'accessibilité, en sécurité, à des soins de qualité.

Il y a lieu d'améliorer ce système de soin dans l'intérêt des populations, de mieux assurer la coordination de l'organisation des soins sur le territoire régional. Cependant, cela ne doit pas se faire au détriment des structures de proximité qui doivent toujours me semble-t-il, conserver leur rôle d'établissement amont-aval des structures de référence ou de recours.

Comme partout ailleurs, la population majoritairement souhaite pouvoir bénéficier de soins à une distance raisonnable de son domicile. Cela est vrai autant pour les personnes âgées du nord Grande-Terre par exemple, pour qui l'on recherchera une solution de prise en charge en USLD dans son bassin naturel d'existence (territoire centre), au lieu d'un transfert vers (le territoire Sud Basse-Terre) à Pointe-Noire ou Capesterre-Belle-Eau et l'inverse est vrai, que pour le nourrisson dont la mère serait contrainte à s'expatrier en raison de la fermeture d'une maternité.

Ce souhait des populations est compris et partagé par la majorité des professionnels de santé, et le Président de la République a réaffirmé qu'aucun citoyen ne peut se trouver à moins de 30 minutes d'un site d'urgence. C'est une question de respect du droit d'accès aux soins de santé.

La résorption des difficultés financières connues des établissements publics de santé de Guadeloupe, ne doit pas entraîner des logiques d'opposition entre structures publiques. La logique comptable qui prévaut pour réduire les déficits, met en danger plusieurs établissements publics de santé de proximité, qui pourraient subir de profonds changements dans leurs autorisations d'activité médicales.

Le risque encouru est de ne confier l'offre de soins médicaux qu'aux établissements de recours ou de référence, affaiblissant notablement l'accès aux soins des guadeloupéens. En Guadeloupe, Il n'existe que deux établissements répondant à la définition de recours ou de référence. Le CHU, et le Centre Hospitalier de la Basse-Terre ont besoin des hôpitaux de proximité autant pour éviter l'engorgement de leurs urgences, une mauvaise réponse aux besoins de soins, l'occupation de leurs lits aigus par des patients inadaptés, que pour réduire leurs durées de séjours, critères si importants dans un contexte de financement à l'activité.

Ainsi, la réponse aux besoins de prise charge de la santé de nos populations dans le cadre hospitalier, doit être globale. L'hôpital de proximité doit pouvoir disposer d'un service d'urgences et donc d'imagerie et de biologie, de services de médecine polyvalente avec une orientation gériatrique ou de médecine générale en fonction de la demande (cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, diabétologie, oncologie etc....) et développer de la télémédecine.

L'hôpital de proximité doit offrir également outre des consultations avancées dans différentes spécialités, dans le cadre de coopération développées entre établissements de santé, une offre de soins de suite et de réadaptation, ainsi que des soins de longue durée.

Les hôpitaux de proximité trouvent par conséquent leur légitimité, dans une réponse de territoire aux grands problèmes de santé publique. Les besoins auxquels, ils doivent répondre, se caractérisent par leur incidence sur la santé de la population, et les risques de complications qu'elle encoure.

Devant de telles situations ils doivent absolument développer des actions de prévention, de dépistages précoces, et un suivi de l'évolution de ces affections. C'est pour beaucoup, grâce à leur ancrage dans le territoire qu'il est possible, de mettre en place de véritables filières de soins, d'assurer le traitement des priorités de santé pour la Guadeloupe notamment :

- Les troubles liés à l'obésité, et les troubles métaboliques,*
- La prise en charge de l'accident vasculaire cérébral,*
- La prise en charge des toxicomanies,*
- La prise en charge des pathologies liées au vieillissement,*
- La prise en charge de la maladie mentale.*

L'activité de médecine en hôpital de proximité est très différente de ce qui peut être attendu dans un centre hospitalier de référence. Si le centre hospitalier de référence, grâce à un plateau technique lourd et parfaitement équipé, peut répondre à toutes les situations d'urgence, et à toutes les situations complexes, l'hôpital de proximité, avec un équipement bien plus léger, axera son offre de soins sur des besoins de santé prioritaires de santé publique, en exigeant moins de moyens techniques.

Le vieillissement de la population fait naturellement des hôpitaux de proximité des structures avec une activité prioritaire de gériatrie. L'activité médicale gériatrique trouve donc sa place dans ces établissements publics de santé pour plusieurs raisons :

- La proximité avec la famille rendant plus humaine l'hospitalisation ;

- Le traitement d'une poly-pathologie dont est souvent porteuse la personne âgée, et incompatible à prendre en charge en médecine aigüe soumis à la T2A (durée de séjour trop long) ;

- Le besoin d'une approche clinique ;

- Une prise en charge particulière par l'équipe de soins qui fait face à un sujet présentant une diminution des facultés cognitives et rendant la personne âgée plus fragile.

Toutes ces considérations amènent à préférer pour ces patients âgés une offre de soins à visée diagnostique dans des structures adaptées de proximité.

L'obésité est un fléau, avec un caractère épidémique, qui touche massivement notre population. Seule une organisation de soin avec un maillage sur tout le territoire pourra répondre à un tel enjeu de santé publique.

La prise en charge de l'obésité nécessite un premier temps de bilan. Ce bilan comporte un diagnostic hormonal, cardiologique, fonctionnel, psychologique, diététique. Ces explorations ne nécessitent pas un plateau technique lourd, et pourraient être effectuées en hôpital de proximité.

Les conduites addictives peuvent elles aussi présenter des situations aigües nécessitant des soins actifs pendant les 72 premières heures. L'hôpital de proximité a toujours pris en charge ces patients, avec de bons résultats. Ces situations ne nécessitent elles non plus, un plateau technique lourd, et pourraient continuer à être prises en charge dans ces établissements de santé.

De plus les pathologies aigües prises en charge dans les structures de références ou de recours, ne peuvent souvent excéder une prise en charge de 3 à 4 jours. Ces patients nécessitant encore des soins aigus, mais dont les

premières explorations sont faites, pourraient bénéficier d'une prolongation de leur prise en charge en hôpital de proximité.

L'hôpital de proximité avec son maillage sur tout le territoire régional est une chance pour nombre de malade. Son champ d'intervention loin d'entrer en concurrence avec le centre hospitalier de référence, affirme sa complémentarité pour une offre de soins globale de qualité.

Il orientera son action vers une démarche collective avec la médecine de ville ou les centres pluri-professionnels de proximité et réaffirmer, la priorité du service public hospitalier.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE
CAYENNE**

1. *Il est écrit dans le projet de rapport que « des directions n'ont pas transmis à l'Agence Régionale de Santé des informations complètes nécessaires à une correcte budgétisation. Ainsi, la reconstruction du pôle Mère-Enfant du Centre Hospitalier de Cayenne et le réaménagement des locaux libérés ont déséquilibré son budget du fait notamment des frais financiers et des amortissements. Les risques financiers n'avaient pas été clairement documentés auprès de l'Agence Régionale de Santé et le Ministère n'en a pas tiré toutes les conséquences alors que l'établissement, à peine sorti d'un plan de retour à l'équilibre, retombait dans un déficit chronique ».*

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation, puis l'Agence Régionale de Santé n'ont fixé après l'adoption du projet « femme-enfant » aucune exigence particulière quant à la réutilisation des locaux libérés par l'extension. Il était, d'autre part, difficile de faire des prévisions précises tant que l'échéance du passage à la T2A, intervenu en 2010, n'avait pas été franchie du fait des incertitudes liées à son application en Guyane.

Dès juin 2011, l'Agence Régionale de Santé a été destinataire d'un chiffrage des travaux présenté au Conseil Régional lors d'un séminaire sur la santé réunissant tous les acteurs du monde hospitalier et les élus de la Guyane. Un rapport a été remis à Monsieur le Ministre de la Santé en juillet 2011 à l'occasion d'une réunion au Conseil Régional. Le dossier développé de financement a été présenté le 26 octobre 2011 à l'Agence Régionale de Santé. Le 8 novembre 2011, le Directeur du Centre Hospitalier de Cayenne adressait au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé un dossier visant à répondre à la demande de ce dernier d'étaler les opérations des travaux de réhabilitation.

Dans une correspondance DG/ARS/02/2012, Monsieur le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé transmettait le 5 janvier 2012 au Ministère de la Santé le dossier de l'établissement« avec son appui afin qu'il puisse être soutenu ».

En ce qui concerne le déficit de l'établissement, il convient de relever les efforts consentis depuis 2010. En effet, la mise en place d'un plan de performance en 2011, puis d'un plan d'économie auront permis de réduire le déficit d'exploitation de 2,7 millions d'euros à 100 000 euros en 2012. En 2013, tous budgets confondus l'établissement enregistre un excédent de 137 000 euros. Sur le budget général, la Direction a su résorber le déficit prévisionnel estimé au début de l'exercice 2013 à 3,6 millions d'euros à 295 000 euros, grâce notamment à une politique volontariste de stabilisation des effectifs menée à partir du mois d'août.

L'établissement est cependant au niveau institutionnel conscient de la nécessité de mieux maîtriser ses charges d'exploitation. Un dossier est en cours d'instruction devant le Comité pour la Performance et la Modernisation (COPERMO) relatif à la poursuite de la modernisation des infrastructures de l'établissement, comprenant un financement en trois volets :

- *des recettes nouvelles générées par l'augmentation d'activité projetée ;*
- *une aide de l'État de 35 000 000 d'euros ;*
- *un plan de performance de 21 790 euros décliné en 41 mesures opérationnelles.*

Le Centre Hospitalier de Cayenne a été déclaré éligible le 25 février 2014. Le dossier de performance doit être examiné lors d'un prochain COPERMO. Le Centre Hospitalier de Cayenne bénéficie du soutien de l'Agence Régionale de Santé sur ce projet.

2. *Il est également écrit « La Chambre Régionale des Comptes a néanmoins relevé en 2012 un risque économique réel dans la capacité de l'établissement à concilier simultanément la réalisation d'investissements lourds, et cependant nécessaires dans leur principe avec le passage à un mode de financement lié principalement à l'activité, celle-ci n'étant pas extensible à due proportion des coûts ».*

L'établissement partage l'analyse sur la « caractère lourd mais nécessaire des investissements », notamment du fait des évolutions populationnelles qui constituent pour reprendre l'expression de l'Agence Régionale de Santé de la Guyane « un défi démographique ». La nécessité de s'inscrire dans une logique d'efficience et d'équilibre est parfaitement admise par l'établissement qui l'a prise en compte dans le dossier COPERMO en cours d'instruction.

3. *Par ailleurs, il est écrit « qu'il serait souhaitable que l'organigramme à venir permette d'assurer une meilleure lisibilité de l'exercice des responsabilités ».*

La nouvelle Direction de l'établissement a pris en compte cette observation en procédant à une réorganisation des directions fonctionnelles. Le magistrat instructeur de la Chambre Régionale des Comptes a pointé notamment l'existence d'une Direction des travaux distincte de celle de la logistique. Cette remarque a été entendue avec la création d'une Direction des Fonctions Supports comprenant 4 secteurs : la logistique, les services techniques, l'informatique et le biomédical. Le rapport portait un regard critique sur l'existence d'une direction chargée des recettes et d'une autre des dépenses. Ces deux directions ont été regroupées au sein de la Direction

des Finances, ce qui permet par ailleurs, de mener une action plus forte sur la certification comptable.

Un Secrétariat Général auprès du Directeur a été créé, renforçant la dimension de la Direction Générale.

Une Direction des Usagers, de la Qualité et de la Communication a été érigée afin notamment de permettre à l'établissement de mieux prendre en compte les droits des patients et la qualité qui leur est due. Une Direction des Établissements a été incluse dans l'organigramme, afin d'intégrer la dimension particulière du Centre Hospitalier de Cayenne en tant que gestionnaire des Centres de Santé Délocalisés.

En revanche, a été maintenue une distinction entre la Direction des Ressources Humaines, la Direction des Soins et celle des Affaires Médicales. Une Commission des Effectifs qui se réunit chaque mois permet cependant d'avoir une approche transversale des questions d'effectifs.

4. *Il est également écrit que « Le projet social de l'établissement porte dans sa rédaction même, les traces de ces insuffisances. Il en est ainsi de ce qui pourrait être une véritable GPMC, dont le nom est invoqué, mais dont le contenu n'est pas défini et encore moins cerné ».*

La nouvelle direction de l'établissement a bien pris la mesure des insuffisances du projet social du projet de l'établissement 2011-2016. En effet, au-delà de son caractère réglementaire, le projet social fédère la communauté hospitalière autour d'objectifs partagés et de valeurs sociales reconnues par le plus grand nombre. Aussi, dès la fin du mois d'août 2013, la nouvelle direction a pris le parti de rencontrer tous les partenaires sociaux avec pour objectif de refonder un pacte social qui serait inscrit dans un projet d'établissement rénové. Le 7 mai 2014, toutes les organisations syndicales de l'établissement ont signé avec la Direction un accord relatif à la méthodologie de travail du « Pacte Social » du Centre Hospitalier de Cayenne dont la date de signature finale est prévue au 1^{er} trimestre 2015. Ce projet comprend 5 axes de travail :

- 1) La résorption de l'emploi précaire ;*
- 2) L'accord local sur le temps de travail ;*
- 3) Le bien-être au travail ;*
- 4) La GPMC ;*
- 5) Le dialogue social.*

Le travail collaboratif avec les organisations syndicales de l'établissement doit notamment déboucher comme l'indique l'axe 4 sur une redéfinition de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences.

5. *Il est également écrit que « Le projet de formation, axe majeur de la politique de gestion des ressources humaines, souffre d'une curieuse indigence au regard des enjeux poursuivis ».*

Depuis le 1^{er} juillet 1995, le Centre Hospitalier de Cayenne est adhérent à l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH). À ce titre, il verse conformément aux obligations réglementaires 3 cotisations consacrées à la formation continue du personnel non médical :

- *2,1 % à hauteur de 1 403 000 euros en 2013 dont 53 % consacrés aux études promotionnelles ;*
- *0,6 % à hauteur de 401 000 euros en 2013 sur les fonds mutualisés de l'ANFH accessible uniquement pour les études promotionnelles ;*
- *0,2 % à hauteur de 134 000 euros sur les fonds mutualisés à l'ANFH au bénéfice des formations qualifiantes ou de reconversion.*

Ainsi, un effort financier conséquent est consenti, que ce soit au niveau des actions d'adaptation à l'emploi, au niveau des études promotionnelles, du droit individuel à la formation. En 2011, le taux des départs en formation (c'est-à-dire le rapport entre le nombre de départ en formation et l'effectif non-médical rémunéré) était de 79 % pour le personnel non-médical, en 2012 de 107 % et en 2013 de 126 %. En 2011, 5 agents sur 10 ont bénéficié d'une formation, en 2012, 5,8 sur 10 et en 2013, 6,6 agents sur 10.

Le plan de formation est corrélé aux orientations de la circulaire annuelle du Ministre de la Santé relative à la formation continue et s'efforce de répondre aux objectifs du projet d'établissement et de ses composantes.

6. *Il est également écrit que « Le bilan social qui devait servir de base à une analyse globale des grandes tendances de l'évolution des effectifs du Centre Hospitalier Andrée Rosemon n'a pas été utilisé à cet effet ».*

Il convient de relever que le bilan social produit par l'établissement est conforme au décret n° 2012-1292 du 22 novembre 2012 et à l'arrêté du 5 décembre 2012. Il est présenté chaque année aux instances appelées à se prononcer sur son contenu, en particulier le Comité Technique d'Établissement. Le bilan social constitue au Centre Hospitalier de Cayenne un véritable outil de management permettant de :

- *Mettre en valeur les résultats et les bonnes pratiques ;*
- *Objectiver la mise en œuvre d'une réflexion stratégique, comme c'est le cas actuellement par exemple sur la réduction de l'absentéisme ;*

- Favoriser le dialogue social et l'appropriation de la thématique des ressources humaines ainsi que cela est engagé avec les organisations syndicales de l'établissement dans le « Pacte Social » en cours de négociation.

7. Il est écrit également que « 6 types de dépenses sont à pointer :

- Les heures supplémentaires des personnels paramédicaux dont le montant s'élève fin 2010 à environ 20 ETP ;
- Le montant des astreintes : 221 747 euros en 2010 soit 5 ETP ;
- Les indemnités particulières de sujétion et d'installation : 1 107 829 euros soit 22 ETP ;
- Le coût des cabinets de recrutement du personnel non médical : 252 980 euros en 2009, 169 800 euros en 2014 ;
- Les arrêts maladie correspondant à l'absence, tout au long de l'année 2011, à plus de 20 agents ;
- Les éléments variables de rémunération médicale dont le montant global s'élève à 3 222 013 euros en 2010 ».

En ce qui concerne les heures supplémentaires, ce montant s'élevait à 818 718 euros en 2010, soit 19,96 ETP (valorisation moyenne à 41 000 euros). Ces valeurs n'ont pas été stabilisées. Ce point fait l'objet d'un plan d'action dans le dossier COPERMO visant à réduire de manière significative le montant des heures supplémentaires payées.

En ce qui concerne les astreintes des personnels non médicaux, celles-ci se sont élevées et à 233 300 euros en 2013. Ce point fait aussi l'objet d'un plan d'action dans le dossier COPERMO.

Pour ce qui est de la prime de sujétion et d'installation, celle-ci est passée à 838 000 euros en 2011, puis à 982 000 euros en 2012 et à 1 235 000 euros en 2013. En l'occurrence, l'établissement applique le décret n° 2013-314 du 15 avril 2013 portant création d'une indemnité de sujétion géographique. Ne pouvant pourvoir tous ses postes par un recrutement local, l'établissement est tenu d'appliquer ce texte lorsque les agents provenant d'autres départements, sont en droit d'en bénéficier.

Pour ce qui est des coûts afférents au recours à des cabinets de recrutement pour le personnel non médical, ceux-ci diminuent depuis 2010, se stabilisant à 43 800 euros en 2013.

Concernant l'absentéisme, l'établissement a entrepris de traiter cette question de manière active. En 2011, le taux est passé sous la barre des 10 %. En 2013, le taux d'absentéisme était de 8,69 %. Le plan de performance présenté en COPERMO comprend une fiche action dans ce domaine confortée en cela par un des axes de travail prévu au titre de la refonte du pacte social.

***RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE
HOSPITALIER DE COLSON DE MARTINIQUE***

Je confirme que je n'émet pas d'observation, les informations synthétiques relatives au Centre Hospitalier de Colson sont conformes à la réalité de cet établissement.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR PAR INTÉRIM AU CENTRE
HOSPITALIER FRANÇOIS DUNAN DE SAINT-PIERRE-ET-
MIQUELON**

J'ai l'honneur de vous informer que je n'ai pas d'observations particulières concernant le projet de rapport intitulé « La Santé dans les Outre-mer, une responsabilité de la République » pour ce qui concerne le Centre hospitalier François Dunan.

Permettez-moi par ailleurs de vous préciser que dans le cadre de la mission d'intérim que j'effectue actuellement, nous travaillons d'une part à définir, finaliser et formaliser une démarche de coopération avec la CPS (concerne les relations entre le Centre de Santé et l'Hôpital, le recrutement médical, l'harmonisation et la complémentarité des pratiques médicales et soignantes, l'échange d'informations, la formation, etc.) et d'autre part à adosser l'établissement à un Centre hospitalier métropolitain important de type CHU, devant permettre de compléter et stabiliser davantage un effectif médical indispensable pour offrir à la population l'expertise nécessaire et limiter au mieux les évacuations sanitaires, voire en cas de besoin, les rendre plus efficaces. Cet adossement devra permettre d'apporter également une expertise et un soutien dans différents domaines (techniques, administratifs, financiers, etc.).

Enfin, le Centre hospitalier est en train de convenir avec l'HAS une nouvelle démarche devant conduire à terme l'établissement à la certification.

***RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE
HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LA RÉUNION***

*Comme suite à la notification du projet de rapport public intitulé
« La santé dans les outre-mer une responsabilité de la République », j'ai
l'honneur de vous informer que je n'ai pas d'observations à formuler.*

***RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE
L'OUEST GUYANAIS FRANCK JOLY***

Je tiens à souligner que le CHOG, hormis le bâtiment MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et celui de la psychiatrie, date de l'époque du bagne et a donc été construit il y a un siècle.

C'est la raison pour laquelle un projet de reconstruction, approuvé par le COPERMO en date du 25 février 2014, a été initié. Ce projet est à présent bien amorcé puisque l'attribution des marchés d'entreprise sera effectuée au mois de juillet 2014.

En parallèle, un important travail de modernisation touchant tous les domaines (organisation des soins, équipements biomédicaux, sécurité incendie, etc.) a été initié depuis mon arrivée afin notamment d'anticiper le fonctionnement du nouvel hôpital dont l'ouverture est prévue fin 2017.

Concernant le bâtiment de Psychiatrie, les travaux de remise en état de ce dernier ont démarré : remplacement des vitres cassées et réfection des cloisons abîmées, changement des équipements électriques défectueux, etc.

Une climatisation centralisée va être installée sur le site, notamment pour les chambres des patients.

Enfin, en plus de la mise en place d'une équipe sécurité incendie (23 agents au total permettant une présence 24h / 24 et 7j / 7) sur le site principal et au sein du bâtiment psychiatrique, un travail conséquent de mise aux normes en matière de sécurité incendie a été effectué en 2013.

Ainsi, l'établissement a obtenu un avis favorable de la sous-commission départementale pour la sécurité contre les risques incendie et de panique en date du 10 avril 2014, tant pour son bâtiment MCO que pour l'EHPAD / SSR.

L'ensemble de ces éléments ne figurant pas dans votre projet de rapport, je vous serais reconnaissant de bien vouloir les intégrer.

***RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE
MAYOTTE***

Je vous informe que je n'ai pas de commentaire à apporter à ce rapport.

*RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DU CENTRE HOSPITALIER DU
MARIN*

*J'ai l'honneur de vous indiquer que je suis en accord total sur le
contenu de ce rapport.*

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MARTINIQUE

Réponses au rapport de la Cour des Comptes concernant le laboratoire P3 et les dépenses du nouveau plateau technique.

1. Le laboratoire P3 :

Il est noté dans le rapport qu'il n'avait manqué que « 21 000 euros pour le rendre opérationnel ». Certes, les difficultés financières croissantes du CHU ont considérablement ralenti les investissements et les dernières interventions sur le P3 n'y ont pas échappé.

Cependant ce ne sont pas que des problématiques financières qui ont repoussé l'échéance de son ouverture. En effet, il existe pour ce type de laboratoire extrêmement sécurisé tout un plan de prévention qui a fait intervenir différentes instances et organismes extérieurs.

Le SDIS (Service d'Incendie et de Secours) a dû intervenir à deux reprises en 2012 et 2013, le CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) a exigé des séances extraordinaires en 2012 et 2013.

La Médecine du Travail a été sollicitée pour les agents devant y travailler pour effectuer des visites médicales préalables. De nombreuses formations ont été assurées pour les personnels y compris la responsable (formations au confinement NSB3, sécurité incendie, risques NRBC, AFGSU). Sans ces formations qui ont dû être organisées et étalées dans le temps, le P3 ne pouvait être fonctionnel.

Des procédures nombreuses décryptant toutes les phases de l'activité du P3 ont été rédigées pour que son fonctionnement soit validé.

*L'ensemble des dépenses engagées sur la période de mise en route pour ce laboratoire s'est élevé à **902 310 euros** auxquels il faut ajouter **12 978,67 euros** de consommables et de dépenses relatives à l'hygiène des locaux.*

2. Le Nouveau Plateau Technique :

Il est noté dans le projet du pré rapport « pour ne considérer que les Antilles, le CHU de Martinique doit réceptionner en 2016 un plateau technique de 181 Millions d'euros. Suivrait à un coût triple la reconstruction totale du reste de l'établissement ».

Il convient de rappeler que cette reconstruction est avant tout justifiée par la nécessité de disposer d'un plateau technique parasismique, susceptible de résister aux séismes. Le tremblement de terre de 2007 en Martinique ayant détruit une partie de l'Hôpital de Trinité, puis celui d'Haïti en 2010 ont fait apparaître la fragilité des équipements existants dans une

*zone à risque sismique très important. Sans cette nouvelle infrastructure, l'hôpital seul centre de recours pour les Urgences et seul Trauma center, ne serait plus opérationnel en cas de séisme. Le coût prévisionnel de ce nouveau plateau technique est de **169 Millions d'Euros** et non de 181.*

Enfin il n'est pas prévu à ce jour d'engager une reconstruction du reste de l'établissement, ces projets ayant été abandonnés.

***RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER
TERRITORIAL GASTON BOURRET À NOUMÉA***

Le CHT Gaston Bourret n'a pas de remarques particulières à faire.

Une seule précision pourrait être apportée concernant le paragraphe sur les « Crédits d'État et constructions hospitalières du Pacifique » :

Le CHT Gaston Bourret a eu recours à la Société ICADE pour le programme de construction du Médipôle. Les études financières sur l'exploitation et la capacité de financement des régimes sociaux ont toutes été soumises à KPMG santé afin d'en valider la cohérence.

***RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE
HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE POINTE-À-PITRE
ABYMES***

Je vous adresse ci-dessous les remarques formulées par le CHU, à savoir :

1) Chapitre 2 - point de vue sur la cardiologie au CHU de Guadeloupe, début 2013

Les travaux évoqués dans l'article de presse mentionné sont en voie de finalisation, les phases II et III ayant été regroupées pour une clôture de chantier fin juin 2014.

Par ailleurs, la mise à niveau des équipements biomédicaux de l'ensemble du CHU fait l'objet par l'ARS d'une enveloppe dédiée de 5 M€ en première notification budgétaire 2014.

Les difficultés mentionnées à ce niveau devraient donc être prochainement solutionnées.

2) Chapitre 3 - annexe n° 8 : amiante, mercure, saturnisme, eau

Les travaux de désamiantage et de rénovation du service de pédiatrie sont en cours de réalisation (date d'échéance : mi-juillet 2014)

Le dossier Diagnostic Amiante Technique (DAT) voit son diagnostic initial complété d'une analyse spécifique pour chaque zone de travaux envisagés.

- Annexe n° 21 : les manquements à la radioprotection

Le CHU a mis en place une commission interne de la radioprotection pour la mise en œuvre effective des recommandations de l'ASN.

- Annexe n° 25 : le service de psychiatrie du CHU de Guadeloupe

L'accueil des urgences psychiatrique est rendue d'autant plus difficile qu'elle a été organisée sans moyen complémentaire et dans des locaux exigus, prélevés dans le Service d'Accueil des Urgences.

La relocalisation de l'UMJ a permis de dégager des locaux et de repenser l'ensemble des circuits de prise en charge des urgences.

L'accord de l'ensemble des acteurs hospitaliers impliqués étant désormais acquis, cette réorganisation devrait pouvoir être effective fin 2014, début 2015.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE
LA POLYNÉSIE FRANÇAISE**

En premier lieu, je me permets d'attirer votre attention sur le fait que le rapport provisoire relatif à l'examen de la gestion 2008-2013 du CHPF par la Chambre territoriale des comptes de la Polynésie française tend à montrer que des inflexions significatives ont été données à la gestion de l'établissement.

En particulier, les coûts de fonctionnement du nouveau site de Taaone, s'ils sont significativement plus élevés que ceux du bâtiment de Mamao, sont aujourd'hui connus et maîtrisés. Le CHPF est parvenu, en 2013, à réduire sa consommation électrique d'environ 10 % grâce à une politique drastique de pilotage de la gestion de l'air (traitement et climatisation) ainsi qu'à la multiplication des points de contrôle de la consommation électrique et de froid.

Les modalités de financement par les régimes de protection sociale polynésiens et les procédures relatives aux engagements comptables ont été mises en conformité avec la réglementation applicable.

Comme vous l'indiquez, le Centre hospitalier de la Polynésie française a pris l'initiative de s'engager dans une démarche volontaire de rapprochement des critères métropolitains de certification. Si la visite des experts de la Haute autorité de santé a effectivement confirmé que certains des critères investigués n'atteignaient pas le niveau requis, le CHPF souhaite insister sur le fait que le référentiel retenu, celui de 2010, est le troisième auquel sont soumis les établissements métropolitains dans le cadre d'une démarche itérative initiée en 1999 dans laquelle l'établissement n'était pas inscrit.

Alors que le rapport de visite définitif ne lui a pas encore été adressé, le CHPF s'est d'ores et déjà engagé dans la mise en place d'actions correctives.

Deux textes distincts régissent l'organisation du temps de travail médical : le statut général de la fonction publique polynésienne, qui pose le principe de la journée continue et de la fin de la journée de travail à 15 h 30, et celui propre aux praticiens hospitaliers, qui instaure les dix demi-journées hebdomadaires de travail.

La rédaction antinomique de ces deux textes a été soulignée à plusieurs reprises par le CHPF, qui a demandé officiellement leur mise en concordance de manière à pouvoir pleinement mettre en œuvre les dispositions relatives à l'organisation du temps de travail des praticiens hospitaliers.

En l'état, ce paradoxe a contraint le CHPF, afin de garantir la continuité des soins, à adapter le régime des astreintes et des gardes en les faisant débiter à 15 h 30. Cependant, la pratique de la transformation des astreintes en gardes pour les heures travaillées en fin d'après-midi n'est pas systématique.

Elle est toutefois suffisamment répandue pour que l'établissement mette en place, à compter du mois de juillet 2014, un contrôle informatisé de ces transformations, qui viendra compléter les contrôles manuels effectués mensuellement sur les comportements les plus atypiques.

Concernant l'organisation du travail du personnel administratif en journée continue, l'établissement tient à préciser qu'elle est commune à celle de l'ensemble de la fonction publique de la Polynésie française.

En matière de radioprotection, le CHPF met actuellement en œuvre les prescriptions consécutives à l'inspection de l'Autorité de sûreté nucléaire effectuée en octobre 2013.
