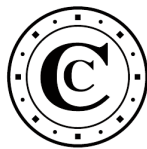


Cour des comptes



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

LA SANTÉ DANS LES OUTRE-MER

Une responsabilité de la République

Rapport public thématique

Synthèse

Juin 2014

AVERTISSEMENT

**Cette synthèse est destinée à faciliter la lecture et l'utilisation du rapport de la Cour des comptes.
Seul le rapport engage la Cour des comptes.
Les réponses des administrations, des organismes et des collectivités figurent à la suite du rapport.**

SOMMAIRE

Introduction	5
1 Une situation sanitaire marquée par des difficultés persistantes	7
2 Des systèmes de santé à la peine	11
3 L'absence de stratégie publique	13
Conclusion	15
Recommandations	17

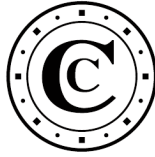


Source : Cour des comptes

INTRODUCTION

La Cour présente la première vision d'ensemble sur la santé dans les départements et collectivités d'outre-mer : risques sanitaires et état de santé des 2,7 millions d'habitants d'outre-mer, organisation de l'offre de soins, coûts et gestion, stratégies.

Les constats, inédits, ont été effectués sur place avec le concours des chambres régionales et territoriales des comptes. Ils font apparaître un état des lieux préoccupant : une situation sanitaire marquée par des difficultés persistantes (I), des systèmes de santé à la peine (II), une absence de stratégie publique (III).



1 Une situation sanitaire marquée par des difficultés persistantes

Une situation contrastée mais bien meilleure que celle des pays avoisinants

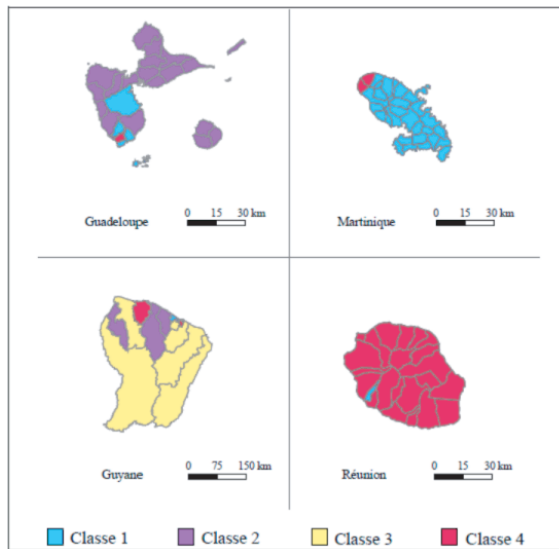
Les outre-mer français sont dans une situation sanitaire incomparablement meilleure que beaucoup des pays qui les entourent. Ils sont engagés globalement dans un mouvement de rattrapage avec la métropole, mais de manière très contrastée. Certains, notamment La Réunion et les Antilles, sont dans une dynamique de convergence avec celle-ci, alors que d'autres, notamment la Guyane et Mayotte,

confrontés à des problématiques particulièrement lourdes d'immigration clandestine, connaissent encore des retards importants.

L'ampleur des contrastes entre outre-mer et en leur sein est illustrée par les cartes ci-après, relatives à la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane et La Réunion, qui synthétisent par canton l'importance relative de la mortalité et des pathologies chroniques.

Une situation sanitaire marquée par des difficultés persistantes

Carte n° 1 : mortalité et nouvelles admissions en affections de longue durée, 2012⁽¹⁾



Source : FNORS

Cette évolution positive résulte d'un effort financier important, mais mal connu. Les seules dépenses des systèmes de protection sociale sont estimées par les juridictions financières à 6,6 Md€, avec par habitant des variations de 1 à 4 selon les territoires, sans corrélation avec la variation des indicateurs sanitaires.

Des difficultés persistantes

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.

(1) Carte établie pour cette enquête par la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS). En termes de disparités sanitaires, les cantons en bleu ont les meilleurs niveaux, mesurés par la faiblesse de la mortalité et le flux des nouvelles admissions en affection de longue durée (ALD) tandis que les cantons en rouge présentent les situations les plus défavorables. Les cantons en violet correspondent à des taux de mortalité inférieurs à l'ensemble, des nouvelles admissions en affections plus élevées, moins de maladies de l'appareil respiratoire. Les cantons en jaune se caractérisent par une mortalité, des maladies infectieuses et parasitaires plus importantes, tandis que les cancers sont moins importants (mais les habitants sont plus jeunes).

Une situation sanitaire marquée par des difficultés persistantes

La mortalité infantile, indicateur principal de l'état de santé d'une population et de l'efficacité de son système de santé, a eu tendance à augmenter dans certains outre-mer. L'objectif de

réduction de moitié des écarts avec la métropole de la mortalité maternelle et infantile, fixé en 2009 par les pouvoirs publics, n'a pas été atteint.

Tableau n° 1 : mortalité infantile		
Pour 1 000 naissances	2000	2012
Guadeloupe	7,8	9,9
Martinique	6,6	8,0
Guyane	12,5	9,2
La Réunion	5,7	8,5
Mayotte	<i>nd</i>	16,1
Nouvelle-Calédonie	4,6	4,1
Polynésie française	6,9	7,5
Wallis et Futuna	<i>nd</i>	5,6
<i>Métropole</i>	4,4	3,3

Source : Cour des comptes

Une situation sanitaire marquée par des difficultés persistantes

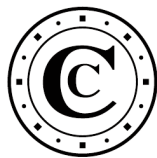
Les maladies transmissibles sont très présentes. Aux Antilles-Guyane, les taux d'incidence du virus du SIDA (VIH) sont importants. Les épidémies provoquées par des agents infectieux transmis par des moustiques sont fréquentes : à la Réunion, l'épidémie de chikungunya de 2005-2006 a atteint 38 % de population ; récemment se sont développées des épidémies de zika en Polynésie française et de chikungunya aux Antilles.

Des pathologies rares, telles que la leptospirose ou le rhumatisme articulaire aigu, sont courantes dans une partie des outre-mer. La tuberculose et les hépatites demeurent récurrentes en Guyane et à Mayotte. La lèpre reste à éradiquer.

La progression des maladies chroniques est importante et continue. Le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires et l'insuffisance rénale chronique terminale connaissent une fréquence accrue.

S'y ajoutent des risques environnementaux spécifiques, parfois tardivement pris en compte malgré leur l'impact sanitaire considérable comme le chlordécone aux Antilles.

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 et leur évolution et documenter plus précisément l'ampleur des efforts à réaliser dans chaque territoire.



2 Des systèmes de santé à la peine

Une prévention insuffisante

Malgré des progrès observés notamment dans le domaine des vaccinations, les actions de prévention n'ont pas toujours bénéficié d'une priorité qui permettrait de réduire les surcoûts et les pertes de chances. La protection maternelle et infantile remplit inégalement ses missions. Les dispositifs de santé scolaire et universitaire sont souvent insuffisants. L'effort de l'assurance maladie est inégal et sans rapport avec les déterminants de santé : la dépense moyenne annuelle par habitant est de l'ordre de 8 € en Guadeloupe, de 7 € en Martinique, et 3 € en Guyane et à La Réunion. Pour le cancer colorectal, les enveloppes varient 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 Martinique.

Des soins ambulatoires inégalement accessibles

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 aggravants. De forts

contrastes apparaissent entre quelques régions « sur-dotées » et des « déserts médicaux ». Ainsi, alors que certaines zones bénéficient de densités en généralistes supérieures à la moyenne d'outre-mer, voire nationale (notamment à la Réunion), d'autres bassins de vie (en Guyane notamment) se caractérisent par des densités médicales faibles, compromettant l'accès aux soins.

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, les pénuries de professionnels libéraux sont d'ores et déjà marquées et provoquent une saturation des urgences hospitalières pour des consultations relevant normalement de la médecine de ville.

L'hôpital : un rôle central, une gestion à améliorer

C'est en définitive sur le secteur hospitalier que repose 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, fréquem-

Des systèmes de santé à la peine

ment très mal maîtrisés comme le montrent les nombreuses opérations analysées dans le rapport par les juridictions financières. Outre cet « hospitalocentrisme » coûteux, les établissements de santé sont fréquemment confrontés dans les outre-mer à des difficultés graves et récurrentes de gestion, très rarement sanctionnées.

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. En revanche, les équipes médicales se caractérisent par une grande instabilité. Les fréquentes vacances de postes sont en tout état de cause un lourd handicap pour la continuité des soins et des équipes. Elles obligent à des recrutements temporaires onéreux. À l'hôpital de Mayotte, jusqu'à 500 médecins 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.

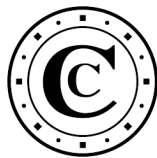
Ces difficultés se traduisent par des déficits élevés et un besoin récurrent d'assistance financière : 43 % des 417 M€ d'aides exceptionnelles de trésorerie allouées en 2012 aux établissements de santé, France entière, ont été versés à ceux des DOM, soit quelque douze fois plus que leur part

dans l'ensemble de l'activité hospitalière nationale.

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, comme en témoignent les appréciations de la Haute Autorité de santé, les taux élevés de maladies nosocomiales ou les manquements en matière de radioprotection. L'accès à des soins complets en cancérologie ou en matière de greffes rénales est réduit. Dans certains secteurs, comme la psychiatrie, l'offre de soins est insuffisante par rapport aux besoins. Les alternatives à l'hospitalisation et la télémédecine, pourtant particulièrement bien adaptée aux enjeux, ne se développent que lentement et inégalement.

L'insularité et l'absence de certaines spécialités outre-mer suscitent un nombre élevé d'évacuations sanitaires, généralement par voie aérienne. L'organisation en est souvent complexe et les coûts élevés.

Les défis sanitaires des outre-mer doivent obliger 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, dans le cadre d'une stratégie d'ensemble qu'il appartient aux pouvoirs publics de construire pour réduire les écarts constatés.



3 La nécessité d'une stratégie publique

L'État trop souvent en retrait

La grande diversité des systèmes institutionnels et des acteurs politiques, administratifs et sociaux de la santé outre-mer n'a pas été palliée par une stratégie d'ensemble. Un manque de vision globale et de dynamisme interministériel a laissé l'Etat trop souvent en retrait. Un plan « santé outre mer » a bien été établi en 2009, mais il a souffert d'une faible impulsion stratégique, d'un défaut le plus souvent d'objectifs précis, d'un manque de programmation financière associée et d'une absence de dispositif d'évaluation.

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

Mayotte, confrontée à une croissance démographique explosive du fait de l'arrivée en continu de comoriens en situation irrégulière, connaît des problématiques sanitaires très lourdes. Son système de soins souffre de l'absence d'équilibre entre soins de premier recours et prise en charge par l'hôpital, surchargé. Ce sont les dispensaires de ce dernier qui doivent assurer les prises en charge ambula-

toires : la médecine libérale peine à se développer, car son modèle économique ne correspond pas à la population, très démunie. Dans ce contexte, la problématique d'une éventuelle évolution de la protection sociale dans le sens d'une harmonisation avec la métropole suppose une évaluation très attentive de son impact.

Le système de santé d'une partie de la Guyane est saturé, comme celui de Mayotte, par une population en situation irrégulière et dont l'état de santé est souvent médiocre.

À Wallis et Futuna, où la dépense courante de santé par habitant est la plus basse de France, une agence de santé assure l'intégralité de l'offre de soins, en l'absence de médecine libérale, avec des moyens médiocres alors même que c'est le territoire où l'état de santé de la population est le plus dégradé.

L'archipel de Saint-Pierre-et-Miquelon dispose en revanche pour ses 6 312 habitants d'un système de soins très complet, comportant en particulier un centre hospitalier récent, occupé seulement à moitié, mais les évacuations sanitaires vers le Canada y restent très nombreuses.



CONCLUSION

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. 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. L'établissement d'un schéma directeur des données de santé pour les outre-mer doit constituer une priorité pour le ministère des affaires sociales et de la santé. Le ministère des outre-mer peut y contribuer en proposant aux gouvernements de Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française de s'y associer. Dans le même souci de comptes de la santé devraient être produits annuellement pour chaque outre-mer.

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 à 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. 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 programma-

CONCLUSION

tion 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.

Agir plus 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. 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 solidement construit, reposant sur une stratégie d'action publique profondément renouvelée, 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 de répondre à l'enjeu que constitue outre-mer l'égalité des droits à la santé dans la République.

La stratégie nationale de santé définie en 2013 et la loi de santé publique qui la déclinaient devraient fournir l'opportunité de définir un tel programme 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.

RECOMMANDATIONS

La Cour formule les recommandations suivantes :

→ Faire établir par les ministères 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 ;

→ 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 ;

→ 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 ;

→ 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 ;

→ 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) ;

→ 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 ;

→ 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 ;

→ rendre obligatoire outre-mer l'intervention de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé dès la phase de conception des projets de construction ;

RECOMMANDATIONS

→ envisager d'instaurer une obligation de service public outre-mer relative aux conditions d'évacuation sanitaire et d'acheminement aérien des médicaments ;

→ 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 ;

→ décliner ce programme dans un volet « outre-mer » intégré aux contrats d'objectifs et de performance des agences sanitaires nationales ;

→ créer un réseau interministériel composé d'un chargé de mission référent « outre-mer » dans chaque direction et agence sanitaire concernée ;

→ apurer sans délai le règlement des dettes accumulées par l'agence de santé de Wallis-et-Futuna ;

→ évaluer l'impact financier de la mise en œuvre de l'ordonnance du 31 mai 2012 et les conditions dans lesquelles l'harmonisation progressive du système mahorais d'assurance-maladie avec les autres départements français pourrait être réalisée.