



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Plan santé outre-mer

Juillet 2009

Introduction

Les lois de la République s'appliquent aux départements d'outre-mer et ces derniers vont appliquer, dans leur intégralité les dispositions prévues par la loi portant réforme de l'hôpital qui tend à :

- rénover le fonctionnement des établissements de santé et instaurer de nouvelles modalités de coopération entre les établissements (titre I)
- améliorer l'accès de tous à une offre de soins de qualité et organisée sur l'ensemble du territoire (tout en respectant le principe de la liberté d'installation des professionnels libéraux) (titre II) ;
- renforcer la lutte contre l'alcoolisme, ériger l'éducation thérapeutique en politique et priorité nationale et plus généralement hisser la prévention à un rôle d'importance non secondaire par rapport aux soins (titre III) ;
- créer les agences régionales de santé (titre IV).

En elles-mêmes, ces dispositions doivent permettre à l'offre de santé sur les territoires ultramarins comme en métropole d'être, mieux coordonnée, plus efficiente, d'une qualité accrue dans le cadre d'une contrainte financière réelle.

Au-delà de leur prise en compte par les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) et les programmes régionaux de santé (PRS), il existe des spécificités des régions ultramarines, bien identifiées par les travaux préparatoires au rapport Larcher, qui justifient un accompagnement lui-même spécifique :

- risques naturels (cyclones, tremblements de terre)
- insularité
- éloignement de la métropole
- populations fragilisées par la pauvreté, des pathologies particulières aux zones tropicales ou surdéveloppées par rapport à la métropole (drépanocytose, obésité, diabète, cancers de la prostate...)

Ces données de fait se traduisent par des difficultés bien identifiées : le recrutement et la formation des personnels médicaux et paramédicaux, un positionnement difficile mais nécessaire en matière de recherche ou de coopération interrégionale et internationale, des difficultés financières, des coûts de mise aux normes en matière de risques naturels ou des montants de frais de transports (évacuations sanitaires) bien au-delà des « standards » métropolitains.

Le plan concerne les départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion) Mayotte (engagé sur la voie de la départementalisation) Saint-Pierre et Miquelon. Les territoires de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie ne sont pas de la compétence du ministère de la santé et des

sports. Par ailleurs, la question de Wallis et Futuna sera traitée au moyen d'une mission d'inspection sur l'organisation et les missions de l'agence de santé, qui rendra des conclusions spécifiques.

Si tous les départements d'outre-mer sont concernés par ces difficultés, ils ne le sont pas de la même façon. A titre d'exemple, la Guyane est dans une relation avec le Surinam ou le Brésil qui doit faire l'objet de travaux, en particulier dans un cadre de coopération internationale. Mayotte relève également d'une logique comparable en raison de sa relation avec les Comores.

Les six axes identifiés dans le pré-projet ont été retenus pour construire ce Plan santé outre-mer : formation, recherche, risques naturels, continuité territoriale, difficultés financières, coopération interrégionale et internationale. Certaines mesures seront mises en œuvre avec des modalités adaptées à tel ou tel département d'outre-mer en évitant l'uniformité, peu conforme à la réalité domienne. Un accompagnement spécifique à Mayotte qui amorce un processus d'intégration comme DOM sera par ailleurs mis en place.

Un axe complémentaire préfigurant les mesures de santé publique a été inséré pour tenir compte de la problématique relative à la drépanocytose.

1. LA FORMATION

1.1. La formation médicale

La question de la formation médicale prend en outre-mer une acuité particulière : comme partout en France, elle détermine largement ensuite la démographie médicale en exercice mais les départements d'outre-mer accusent un déficit de médecins plus important que celui du territoire métropolitain.

En conséquence, pour les départements d'outre-mer, la progression du *numerus clausus* déjà engagée va se poursuivre jusqu'en 2010. Toutefois, sachant la forte propension des étudiants en médecine à s'installer dans la région du CHU dans lequel ils ont été formés, **la mise en place de façon progressive dans la zone Antilles-Guyane d'une part, dans l'Océan indien d'autre part, de la totalité du premier cycle des études médicales et, largement, le troisième cycle est validée.** Les étudiants issus des départements d'outre-mer auront ainsi davantage le choix de revenir dans leur département d'origine.

Cet engagement se concrétisera **dès la rentrée universitaire 2009 avec la mise en place de la troisième année du premier cycle tant aux Antilles/Guyane qu'à la Réunion.** Le développement de la 3^e année préfigure aux Antilles la création d'une université caribéenne que le Président de la République a appelé de ses vœux en février dernier.

Pour le second cycle qui doit être effectué en métropole, le partenariat traditionnel avec l'université de Bordeaux a fait la preuve de ses avantages mais se révèle néanmoins réducteur : **d'autres partenariats seront recherchés, par voie d'appel à projet pour 5 ans, les universités qui ont développé les spécialités les plus orientées vers les pathologies caractéristiques de telle ou telle région ultramarine seront naturellement préférées à qualité de dossier identique ;** l'inscription dans le second cycle des universités qui ont vu par ailleurs leur *numerus clausus* réduit pourra renforcer l'équilibre général des formations médicales françaises et garantir les conditions de l'émergence d'un vivier de formateurs pour l'avenir, y compris dans les régions ultramarines.

Pour le troisième cycle, les étudiants pourront faire leur internat dans leur région d'inscription initiale en médecine générale et trouver des terrains de stage dans certaines spécialités, sinon toutes.

En ce qui concerne le post internat, la perspective d'une évolution du développement de l'assistantat dans les hôpitaux universitaires offrira des opportunités nouvelles permettant aux internes ayant accompli leur troisième cycle de poursuivre leur activité *in situ*. 200 postes seront financés (France entière) et **vont pouvoir bénéficier aux CHU des Antilles (4 postes)** ; à titre d'exemple, dès la rentrée des affectations seront effectives au CHU de Pointe-à-Pitre.

Le dispositif contractuel d'engagement de service public en contrepartie d'une allocation d'études organisé par la loi « Hôpital, patient, santé et territoires » est particulièrement adapté à l'outre-mer. Il permettra également de renforcer les capacités médicales des départements où l'offre est insuffisante et où la continuité de l'accès aux soins est menacée.

Les collectivités les plus isolées (Saint-Pierre et Miquelon, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Mayotte), doivent faire l'objet d'une politique de gestion des compétences des personnels médicaux dans un objectif de qualité et de sécurité des soins et d'attractivité professionnelle à entretenir : le coût d'un *turn over* élevé en termes de qualité professionnelle, de conditions de vie et de travail des personnels, de frais pour les établissements, justifie cette politique.

Les possibilités offertes par la loi « Hôpital, patient, santé et territoires », d'un recrutement contractuel des praticiens hospitaliers vont faciliter cette ambition dans les départements d'outre-mer.

1.2. La formation des autres professionnels de santé

En ce qui concerne les métiers de la santé et du secteur social, la démographie est défavorable dans les départements d'outre-mer : le constat fait apparaître que sont en cause tout à la fois l'appareil de formation et les conditions d'accueil et de fidélisation des personnels dans les établissements de santé publics et privés.

1.2.1 La formation

Même si des évolutions sensibles de l'offre de formation des infirmières ont été enregistrées entre 2000 et 2007, (+ 28 places en Guyane, + 42 places en Martinique, +80 places en Guadeloupe, + 68 places à la Réunion, + 5 places à Mayotte qui dispose d'un IFSI depuis 2001) les appareils de formation devront être étendus et diversifiés dans les prochaines années. Compte tenu des compétences transférées en l'espèce aux régions depuis le 1^{er} juillet 2005¹, la préparation des schémas régionaux des formations paramédicales offrira l'opportunité à saisir pour asseoir un partenariat fort entre l'Etat et les Régions.

Pour mesurer l'effort de formation à effectuer, il faudra d'abord évaluer les besoins à satisfaire au cours des cinq prochaines années, non seulement pour les métiers dont la formation est déjà assurée localement (aide soignante, auxiliaires de puériculture, infirmière, puéricultrice, IADE, IBODE, sage femme, masseur kinésithérapeute) mais également pour les métiers dont les formations ne sont pas

¹ Répartition des quotas régionaux entre les écoles et les instituts, contrôle et suivi des programmes, évaluations de la qualité des formations, fonctionnement et équipement des écoles ou instituts, création d'école ou institut, agrément des directeurs d'école ou d'institut, aides aux élèves

organisées localement (orthophoniste, orthoptiste, ergothérapeute, technicien de laboratoire, manipulateur d'électro radiologie).

Une approche interrégionale des formations doit être mise en œuvre : c'est une réponse novatrice en ce qu'elle permettra d'atteindre la masse critique nécessaire à une formation de qualité, en liaison étroite avec des structures métropolitaines (cursus de formation et lieux de stages).

La création sous deux à trois ans maximum - après concertation avec les autorités régionales – de **deux instituts** (Antilles-Guyane, Océan indien) **qui regrouperaient les IFSI et toutes les autres écoles de formation** nécessaires aux différents métiers est confirmée, dans le prolongement des accords déjà conclus entre les conseils régionaux et les agences régionales de l'hospitalisation. Ces formations seront réparties entre les différents DOM concernés, même si leur siège ne sera par construction que dans l'un d'entre eux².

Le téléenseignement trouve ici sa pleine place et sera développé activement, sans être pour autant substitué aux relations interpersonnelles qui restent indispensables. Ces instituts auront vocation à s'ouvrir sur leur environnement et à accueillir des élèves des pays voisins.

Pour assurer un recrutement satisfaisant de candidats aux concours d'entrée dans ces instituts, ces derniers **feront des campagnes régulières de communication, forums et salons** sur l'attractivité des métiers de la santé, leurs filières, les passerelles et les carrières qu'ils offrent; ils devront aussi construire avec méthode la filière de **préparation aux concours** d'entrée.

1.2.2. La nécessité d'une gestion des ressources humaines (GRH) dynamique dans les établissements de santé

Il faut prendre en compte les difficultés rencontrées par les établissements publics et privés de plusieurs départements d'outre-mer dans le recrutement et la fidélisation de leurs personnels (*turn-over* important).

Pour améliorer l'attractivité des postes à pourvoir, une large information sur les postes vacants sera assurée, avec une politique d'accueil des arrivants pour faciliter leur installation ; au-delà, pour fidéliser les personnels, les établissements prendront en compte les souhaits de déroulement de carrière, de formation continue, de conditions de travail (sécurité, crèche). Des actions de cette nature ont été lancées par certains hôpitaux des départements d'outre-mer, il reste à assurer un retour d'expérience et la mutualisation de ces savoir-faire pour que le plus grand nombre en bénéficie.

La fonction « ressources humaines » placée auprès du directeur de l'ARH-ARS sera renforcée et chargée d'appuyer ces initiatives et, plus généralement, d'améliorer la cohérence des politiques des établissements encore isolés dans leurs démarches en matière de recrutement, d'accueil (notamment des personnes arrivant de métropole), de formation et de jumelages entre établissements d'outremer et métropolitains ; un vivier des ressources potentielles et un baromètre social seront créés.

Ce travail se fera en lien avec le **dispositif d'accompagnement des étudiants en médecine des départements d'outre-mer qui sera mis en place en métropole** et en appui de l'institut de formation aux métiers de la santé de sa zone.

² De tels regroupements permettraient, dans des conditions à définir, un conventionnement avec les pôles de la recherche et de l'enseignement supérieur en vue de la délivrance de grades universitaires.

Cette articulation permettra de se préoccuper tout autant de l'attractivité des DOM pour les médecins libéraux, en relation avec l'Ordre des médecins.

Ce dispositif, d'abord expérimenté, sera étendu à tous les départements après évaluation.

Un module de préparation à la prise de fonctions outre-mer sera également mise en place, à l'instar de ce qui est pratiqué dans les grandes entreprises (EDF, France Télécom) et des pratiques comparables développées par le ministère des affaires étrangères ; toutes tendent à éclairer le candidat au départ en lui donnant des informations pratiques détaillées. Ces préparations sont à concevoir comme de la prévention des risques, tant il est courant que le personnel (et/ou sa famille) rencontre des difficultés d'adaptation de n'avoir pas su mesurer qu'il lui faudrait s'adapter à des réalités méconnues.

Une préparation symétrique sera dans le même temps conçue pour accueillir les professionnels issus de l'outremer en métropole.

Cette disposition n'a bien entendu pas pour but d'écarter des responsabilités des professionnels originaires des DOM pour lesquels des mesures seront prises lors du conseil interministériel de la rentrée (octobre), mais de faciliter toutes les mutations, lorsqu'elles se produiront. L'accès aux plus hauts emplois de la fonction publique hospitalière sera d'ailleurs favorisé pour les représentants ultramarins, conformément aux engagements pris par le Président de la République.

Dès la rentrée, les services du ministère réuniront les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation concernés pour lancer ces travaux qui devront avoir **abouti avant la fin de l'année 2009**.

2. LA RECHERCHE

Les départements d'outre-mer affrontent des maladies infectieuses, des formes autochtones de maladies opportunistes ou tropicales, certaines maladies chroniques à prédisposition génétique (hémoglobinopathies) et les conséquences sur la santé des pollutions environnementales spécifiques (chlordécone aux Antilles, mercure en Guyane).

Les **besoins de surveillance et de recherche** sont, en conséquence, importants ; mais **ils sont aussi une chance pour notre pays** qui est très bien positionné en matière de recherche sur les maladies émergentes et **doit** en profiter ; **cette ambition suppose le renforcement des dispositifs existants**. Ceux-ci auront alors une attractivité accrue pour les étudiants qui recherchent légitimement la proximité des pôles d'excellence pour parfaire leur formation.

La recherche suppose des conditions d'environnement que l'insularité, le défaut de masse critique ou la multiplicité des acteurs ne favorisent pas toujours. Pour y remédier, il convient de favoriser la mutualisation, les coopérations régionales, et une meilleure articulation entre métropole et outre-mer.

Il est donc décidé d'identifier deux zones de recherche, l'une Antilles-Guyane, l'autre Océan indien. Ces zones ont en effet des spécificités et des potentialités de coopération interrégionale ou internationale différentes. Elles favoriseront le rapprochement des laboratoires de recherche et des universités.

Certaines structures de recherche sont d'ores et déjà en place : par exemple, à La Réunion pour les maladies émergentes (à la suite de l'épidémie du chikungunya), en Guadeloupe (drépanocytose, paludisme) ou en Guyane (grippe et arbovirose). Ces centres de recherche, en lien avec l'Université Antilles-Guyane, **développeront des alliances** entre eux et avec les centres et universités des pays voisins ainsi qu'avec des équipes métropolitaines comparables.

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication sont à cet égard un puissant vecteur de progrès : elles permettent de rompre, sinon totalement du moins en partie, avec l'isolement qui fait obstacle à la recherche, qui requiert des équipes en dialogue. L'accès (haut débit) à des bases de données scientifiques et médicales au profit des hospitaliers et scientifiques présents sur place est également une nécessité.

Pour assurer un flux satisfaisant de chercheurs et l'attractivité de ces centres, il faudra développer des partenariats entre les universités de pays limitrophes, l'Université Antilles-Guyane, des établissements de recherche comme l'Institut national de la santé et de la recherche médicale-Inserm, l'Institut Pasteur (implanté en Guadeloupe et en Guyane) et l'Institut de recherche et de développement-IRD (implanté en Guyane, La Réunion et la Martinique), et les Centres hospitaliers universitaires (CHU). Les relations entre ces établissements de recherche et d'enseignement supérieur et l'Institut national de veille sanitaire, dont la mission est la surveillance et l'alerte et qui a développé de fortes compétences en épidémiologie tropicale, doivent être renforcées sur les maladies infectieuses émergentes. Les conséquences sur la santé des pollutions environnementales devront également mobiliser les organismes de recherche environnementale et agronomique.

Les délégations à la recherche et à l'innovation des centres hospitaliers et universitaires de Fort-de-France et Pointe-à-Pitre, les centres d'investigations cliniques créés dans les départements d'outre-mer seront incités financièrement à développer leurs actions de recherche. Les projets relevant du **programme hospitalier de recherche clinique (PHRC)**, qui ont déjà été financés à hauteur de près de 3,5 M€ depuis **la création du PHRC, seront étudiés prioritairement par les services du ministère de la Santé et des Sports**, dès lors que l'excellence scientifique est au rendez-vous. Seul en effet le développement de la recherche clinique permettra aux établissements de voir progresser leur dotation en missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) et renforcera le rôle de référence et des CHU antillais.

3. LA CONTINUITÉ TERRITORIALE

La question de la continuité territoriale multiforme, dépasse largement le seul champ de la santé : quelques démarches peuvent faire l'objet d'actions déterminées : sur la télémédecine, l'enseignement par visioconférence, dans un cadre intra-régional, interrégional ou international, les jumelages, les transports.

3.1. La télémédecine, le téléenseignement

3.1.1. Télémédecine

Le recours à la télémédecine est particulièrement opportun s'agissant de pathologies pour lesquelles la rapidité d'intervention d'un spécialiste qualifié améliore significativement le pronostic vital. **Instruction a été donnée à chaque région ultramarine d'initier, dans le cadre du plan Hôpital 2012, des projets de télé radiologie pour améliorer la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux.**

Cette technologie est très insuffisamment implantée dans les DOM alors qu'elle y serait particulièrement utile. Au sein d'un même DOM, la mise en réseau de télémédecine des établissements de santé, des centres de santé et des professionnels libéraux organisés en maisons de santé pourra garantir une réactivité des professionnels accrue face aux besoins de la population.

La télémédecine abolit, par construction, les distances ; les liens entre praticiens de la métropole et d'outre-mer favorisent la mise en place de la télémédecine entre des établissements ultramarins et métropolitains ; de la même façon, la proximité et les relations préexistantes avec un pays étranger, comme le Canada s'agissant de Saint-Pierre et Miquelon par exemple, peuvent offrir un terrain d'expérimentation intéressant, le Canada ayant depuis longtemps été contraint de développer cette technologie, en raison de l'étendue de son territoire et de la faible densité de sa population.

Des échanges devraient être de la même façon envisagés dans la zone Caraïbe ou dans l'Océan indien.

Il importera de **mettre au point des protocoles pour sécuriser le recours à la télémédecine.** Cette tâche incombera à l'administration centrale qui se nourrira de l'analyse des expériences et des difficultés rencontrées.

Le recours à la télémédecine doit s'effectuer entre établissements dont les praticiens ont déjà des relations (d'ancien collègue ou d'ancien élève par exemple) interpersonnelles nourries, ce qui suppose une certaine « proximité » et garantit la meilleure qualité de la coopération.

3.1.2. Télé formation

La **visioconférence fera l'objet d'un plan d'équipement dans le cadre de la formation continue.** De la même façon que la télémédecine ne dispense pas de nourrir des relations personnelles par des rencontres, la visioconférence n'est pas une panacée ; elle est toutefois une source de relations « vivantes » à coût réduit. Cette action apporte une reconnaissance aux initiatives existantes et hissera les établissements de santé au niveau de la pratique déjà en place dans les universités.

Dans cet esprit, les instituts de formation aux métiers de la santé, avec la contribution des présidents des commissions médicales d'établissement, assureront la conception et la mise en œuvre d'une utilisation raisonnée de la visioconférence.

3.2. Jumelages

Les « jumelages » entre établissements de santé sont une pratique ancienne, indispensables pour favoriser l'atteinte de la taille critique ; ils doivent dans certains cas être consolidés et structurés ; ils sont naturellement le terreau du développement de la télémédecine. Les administrations de tutelle veilleront à **ce qu'une administration légère leur soit dédiée dans les établissements concernés** et apporteront, si nécessaire, leur soutien à la structuration et la dynamisation de leurs initiatives ; ces dernières en effet sont parfois freinées par des difficultés juridiques ou techniques que les médecins, dont ce n'est pas le métier, ne savent pas toujours résoudre.

3.3. Coût des transports aériens

Ce dossier, qui ne relève pas directement de la compétence du ministère de la Santé, est examiné dans le cadre des états généraux de l'outremer (EGOM) et relève des services du secrétariat d'Etat à l'Outre-mer. **La ministre a sensibilisé sa collègue afin que puisse être inventoriés les dispositifs d'aide aux transports aériens et leurs critères d'octroi, pour les faire évoluer si nécessaire**, afin que le fonds de continuité territoriale puisse notamment profiter aux agents de la fonction publique hospitalière et plus généralement aux établissements de santé.

La question des transports sanitaires intérieurs et des évacuations sanitaires sera considérée en particulier pour Saint-Pierre et Miquelon, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, ainsi que pour la Guyane, notamment dans ses relations avec la Martinique (qui accueille les patients relevant de la chirurgie cardiaque par exemple) ou la métropole.

Si nécessaire, il sera fait un abondement national de l'enveloppe des missions d'intérêt général (MIG) pour assurer la continuité sans pénaliser les établissements de santé.

4. LES RISQUES NATURELS

Pays de cyclones et/ou séismes potentiels, les départements d'outre-mer sont exposés de façon bien supérieure à la métropole à des risques naturels ; Guadeloupe et Martinique sont des zones identifiées comme à fort risque dans le projet récent de décret de zonage, et seules à l'être à ce degré sur le territoire français ; de même, l'entretien et la maintenance des établissements justifient une attention spécifique en zone tropicale où les matériaux sont soumis à des conditions climatiques particulières qui incitent à s'interroger sur les normes de construction.

Parallèlement, les risques de catastrophe naturelle exigent tout particulièrement que les établissements soient opérationnels pour accueillir les blessés qu'une telle catastrophe ne manquerait pas de faire affluer.

Les agences régionales de l'hospitalisation de Guadeloupe et de Martinique ont élaboré des plans régionaux de gestion des risques sismiques priorisant les opérations de mise aux normes parasismiques des établissements de santé des deux régions. Les investissements réalisés en mobilisant les crédits du plan Hôpital 2007 ont permis d'importantes opérations de mises aux normes qui seront poursuivies avec les crédits du plan Hôpital 2012 comme l'a précisé le Président de la République.

Pour le plan Hôpital 2012, une enveloppe spécifique est consacrée au financement des opérations que la mise aux normes induit dans les zones à risque sismique élevé, cette enveloppe pourra être complétée par la mobilisation de crédits européens. Les programmes d'investissement seront portés par les deux sources de financements que sont les enveloppes régionales et l'enveloppe

nationale de mise aux normes. A l'exception du centre hospitalier de La Trinité et du CHU de Fort de France, la répartition entre ces financements n'est pas encore arrêtée.

Pour le plan Hôpital 2012, une enveloppe spécifique est consacrée au financement des opérations que la mise aux normes induit dans les zones à risque sismique élevé, cette enveloppe pourra être complétée par la mobilisation de crédits européens.

1. En Guadeloupe, 53,3 M€ d'objectif pluriannuel régional d'investissement (ORPI)³ aidé à hauteur de 21,5 M€, ont été partiellement consacrés aux mises aux normes antisismiques au cours du plan Hôpital 2007. Elles ont concerné six opérations immobilières de reconstruction partielle ou complète d'établissements publics. Au terme du plan, l'ensemble des mises aux normes nécessaires devrait être réalisé.

S'agissant du Plan Hôpital 2012, l'enveloppe régionale d'investissement de 1^{ère} tranche s'élève à 46,115M€ (dont 23,05M€ d'aide) et les projets d'investissement à plus de 600 M€, selon la valorisation de **l'opération de construction du CHU de Pointe-à-Pitre** estimée entre 300 et 500 M€ (montant en cours de validation). Pour cette dernière, une mission spécifique a été consacrée au projet et **la décision sera prise sur la base de ses propositions d'ici l'automne.**

2. En Martinique, 27 M€ d'objectif pluriannuel régional d'investissement (ORPI)⁴ aidé à hauteur de 16 M€ ont été partiellement consacrés aux mises aux normes antisismiques au cours du plan Hôpital 2007. Elles ont concerné quatre opérations immobilières de reconstruction partielle ou complète d'établissements publics et privés.

S'agissant du Plan Hôpital 2012, l'enveloppe régionale d'investissement de 1^{ère} tranche s'élève à 38,7 M€ (dont 19,35 M€ d'aide). **Le plan permettra notamment la reconstruction du plateau technique du CHU de Fort-de-France et celle du centre hospitalier de Trinité. Concernant l'hôpital de Trinité, il a été validé un investissement de 65M€, qui sera aidé à hauteur de 80%, soit un apport du ministère de près de 52 millions d'euros.**

L'administration centrale contribue parallèlement aux travaux de la cellule dédiée aux risques parasismiques du ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire. Les surcoûts ont été estimés à plus de 600 M€ en janvier 2007 au titre du Plan séisme Antilles.

5. LES DIFFICULTES FINANCIERES

Les spécificités des départements d'outre-mer (faiblesse des bassins de population, insularité, forte proportion de population en situation précaire ou irrégulière, avec en outre d'importantes disparités entre les DOM à cet égard) ont depuis plusieurs années donné lieu à des mesures financières.

Le Plan santé outre-mer est l'occasion d'une revue générale de ces mesures, dans l'objectif d'en identifier les effets et les insuffisances pour les conforter ou les compléter, le diagnostic sur lesquelles elles

³ C'est-à-dire la part de l'investissement sur laquelle porte l'aide. Il peut être égal ou inférieur au montant total de l'opération. Dans le cas de la Guadeloupe, le montant total d'opérations s'élève à 137 M€.

⁴ Ici, le montant total de l'opération s'élève à 28 M€

reposit n'étant pas contestable. Plus généralement, les DOM ont un besoin réel d'objectivation des effets financiers délétères de leurs spécificités.

A cette fin, l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée est missionné pour comparer à celles qui caractérisent la métropole toutes les données utiles propres aux DOM. Cet observatoire est chargé par la loi du suivi tout au long de l'année des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation se fondant sur l'analyse des données d'activité de soins et des dépenses engendrées par ces activités. Il est réuni deux fois par an, à la fin du printemps et à l'automne pour examiner les données de l'année antérieure et celles de l'année en cours.

5.1. Les activités de recours et les effets de seuil

Certaines activités de recours, indispensables à une offre de soins de qualité, sont structurellement « déficitaires » en raison de l'étroitesse des bassins de population et sont d'ores et déjà compensées. **Une étude objectivera les coûts et les besoins de financement de ces activités, qui restent à définir**, parmi lesquels les services de grands brûlés, de chirurgie cardiaque, de neuro-chirurgie, le TEP Scan et le caisson hyperbare, **et à chiffrer**.

Compte tenu de la nécessité d'aboutir rapidement sur le financement des surcoûts liés aux activités de recours, la ministre a souhaité disposer d'éléments d'ici le 1^{er} décembre 2009, afin de permettre un rebasage éventuel des dotations de missions d'intérêt général dès 2010.

De même, le calcul des crédits alloués aux plans de santé publique sur une base populationnelle se heurte à un effet de seuil qui se révèle très défavorable aux DOM. Ainsi, par exemple, au titre des plans « soins palliatifs » ou « addictologie » le ratio de population fixe le financement à 6 000 € en Guadeloupe : aucune action n'est réellement possible sur cette base, alors même que l'acuité des questions de santé publique ne peut pas être niée. Un « minimum DOM » devra donc être mise en place, pour permettre d'instituer, dans chaque département ou regroupement régional une structure de prise en charge des patients, et permettre une mise en œuvre ambitieuse des plans de santé publique dans les départements ultra marins.

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a donc été missionnée, pour élaborer un dispositif de pondération visant à atténuer ces effets de seuil. Ce dispositif serait de nature à garantir les moyens indispensables à la mise en place, même a minima de chaque action prioritaire.

5.2. Les créances irrécouvrables

Une aide à la résorption des stocks de créances irrécouvrables doit être maintenue. En 2007, 5,578 M€ ont été alloués hors Guyane (qui n'est pas en régime de tarification à l'activité et a reçu des aides spécifiques) à cette fin à la Martinique⁵, la Guadeloupe⁶ et La Réunion⁷. Le stock (21 % de l'ensemble de ces créances) est particulièrement important dans les départements d'outre-mer en raison de caractéristiques populationnelles mais aussi d'une gestion à améliorer ; dans ce cadre, l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé, qui reprend les attributions de la mission d'expertise et d'audit hospitalier - MEAH), développe actuellement un chantier expérimental d'amélioration de la gestion et des relations avec les caisses d'assurance maladie à laquelle d'ailleurs trois établissements

⁵ 2,078 M€

⁶ 1,750 M€

⁷ 1,750 M€

ultramarins participent (les centres hospitaliers du Lamentin et de Basse-Terre, le groupe hospitalier Sud Réunion).

5.3. Comptabilité analytique

A cet égard, l'utilisation de la comptabilité analytique, nécessaire dans l'ensemble des établissements de santé, serait particulièrement à encourager dans les départements d'outre-mer - et d'ailleurs certains établissements ont participé au chantier expérimental de la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) sur ce thème -.

L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé, l'ANAP, a reçu instruction de proposer un déploiement prioritaire outre-mer des bonnes pratiques identifiées à l'issue du chantier expérimental.

5.4. Surcoûts liés à la télémédecine

Le recours massif à la télémédecine s'impose en contexte défavorable de démographie de la compétence médicale, contexte caractéristique de certains territoires dans les départements d'outre-mer. Il induit des surcoûts à identifier et financer à l'instar du coefficient géographique. Ce point est à référer à la 3^{ème} partie du plan, relative à la question de la continuité territoriale.

5.5. Cas particulier de la Guyane

La Guyane qui sera en tarification à l'activité en 2010 justifie un accompagnement durable. Le dispositif est déjà en place. La mission tarification à l'activité (MT2A) a fait une enquête sur place, au cours du premier trimestre 2008, qui est en cours d'exploitation pour identifier le chantier à mettre en œuvre pour les établissements de ce département, notamment en raison de la forte proportion de patients dont la solvabilité est incertaine ou de l'importance des transports sanitaires (transports intérieurs ou évacuations sanitaires).

Une mission d'appui d'un conseiller général des établissements de santé est par ailleurs dédiée au passage à la tarification à l'activité en Guyane, avec le soutien du contrôle général économique et financier du ministère des finances.

6. COOPERATION INTERREGIONALE ET INTERNATIONALE

Les particularités des DOM déjà largement évoquées (insularité, éloignement de la métropole, faibles bassins de population, démographie médicale insuffisante notamment) ont conduit les régions à nouer des relations entre elles et/ou avec leurs voisins. Les **évacuations sanitaires** en sont l'un des aspects notables mais d'autres peuvent être intensifiées, en particulier en matière de formation, de recherche et de coopérations entre professionnels de santé. La réputation d'excellence du système de santé français doit constituer à cet égard un atout.

L'objectif de favoriser dans les Etats voisins la constitution d'une infrastructure de santé solvable et de qualité et d'éviter ainsi une partie des transferts de patients vers les territoires français (Comores, Madagascar, Surinam en particulier) doit être poursuivi également.

Cet axe comporte donc deux aspects d'égale importance.

6.1. Les relations interrégionales

Les relations interrégionales doivent être facilitées ; **la coopération interrégionale doit être inscrite dans le cadre de deux zones** : Antilles-Guyane et Océan indien, avec des schémas interrégionaux de coopération entre les établissements de ces zones. Les dimensions de recherche et de formation déjà évoquées pourront être incluses.

6.2. Les relations internationales

Au-delà des matières universitaires et de recherche déjà examinées, les relations internationales doivent également être développées avec la préoccupation de participer à la création d'une offre de soins de qualité dans les pays avoisinants, d'organiser l'accueil de leurs étudiants dans les formations aux métiers de la santé et d'objectiver les motifs de leur recours actuel à l'offre de soins française, car la coopération a également une vertu en matière de flux migratoires, comme on le constate avec la maternité de Moroni aux Comores, ou en celle d'Albina au Surinam.

Pour ce qui concerne La Réunion-Mayotte, la création du **centre hospitalier régional** doit favoriser les relations avec ses divers partenaires de la même zone géographique (Comores, Madagascar...).

S'agissant de Saint-Pierre et Miquelon, la faisabilité d'une « communauté hospitalière de territoire » entre le centre hospitalier François Dunan et celui de Brunswick devra être expertisée. Elle pourrait s'appuyer sur les nombreux partenariats déjà établis entre les deux établissements. Des fonds d'action et de coopération régionaux seront mobilisés. Au moins s'agissant de l'Océan indien, ces actions pourraient également prendre sens en matière de francophonie.

Il sera donc proposé au ministre des Affaires étrangères et à la secrétaire d'Etat à l'Outre-mer un chantier de réflexion et d'action ; les chevilles ouvrières en seront tout naturellement les agences régionales de santé en raison de leurs compétences, en relation avec les conseillers sanitaires du département des affaires étrangères. Un chargé de mission « coopération » sera dédié à ces travaux dans les ARS concernées. Ces référents pourront utilement s'appuyer sur les ambassadeurs chargés de la coopération régionale du Secrétariat d'Etat à l'Outre-mer (Océan Indien, Caraïbes-Guyane, Pacifique sud). Pour permettre de progresser concrètement sur ces sujets, la ministre proposera que l'AFD, outil financier d'intervention en matière de coopération, soit mobilisé.

Ces actions contribueront au traitement de la question de la continuité territoriale.

Le suivi du plan se fera dans le cadre général du suivi de la mise en œuvre de la loi « Hôpital, patient, santé et territoire » : un référent pour les départements d'outre-mer sera désigné dans les instances de suivi de la loi. Ce référent s'articulera naturellement avec les services de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et les ARH concernées.

Les décisions déclinées sont modulables : il sera nécessaire de les croiser, bien entendu, avec les orientations qui seront prises à l'issue des Etats généraux de l'outre-mer. En bien des points, le présent plan est complémentaire des mesures évoquées dans les Etats généraux.

Le présent plan devra être complété par un **volet « santé publique et prévention »** à l'issue de ces Etats généraux afin de prendre en compte les priorités qui y auront été exprimées, et en relation avec les directions départementales de la santé et du développement social. Sur ce volet, la concertation avec les citoyens autant qu'avec les professionnels de santé est indispensable.

Ce volet suivra les mesures spécifiques mises en place pour lutter contre la drépanocytose (amélioration du dépistage néonatal, de la connaissance de la maladie des soins aux malades), et prévoira sur ce modèle la poursuite des mesures relatives au **VIH/SIDA** en Guyane, à la **lutte anti-vectorielle** et au **chlordécone** aux Antilles et à la Réunion notamment, qui ont déjà été déployées durant les deux dernières années.

D'autres préoccupations de santé publique seront également intégrées : en particulier il faudra intégrer le **dépistage des cancers les plus fréquents** (sein, prostate) et une **réponse au vieillissement de la population** ; les Etats généraux produiront des documents pour nourrir la réflexion et construire le cadrage.

MESURES SPECIFIQUES SUR DREPANOCYTOSE

En préalable des mesures de santé publique qui seront développées dès que les Etats généraux de l'Outre mer auront rendu leurs travaux, il a paru utile d'intégrer les mesures prises pour lutter contre la drépanocytose, et dont les grands axes ont été présentés par les ministres en charge de la Santé et de l'Outre mer en juin dernier.

Bien qu'étant la maladie génétique la plus fréquente en France, la drépanocytose n'a pas bénéficié de la même attention que d'autres maladies génétiques.

Il est temps de mettre fin à cette situation en rétablissant la qualité des soins et l'égalité de tous devant la maladie. **Dans ce but, des mesures seront prises selon trois axes : améliorer la qualité des soins dispensés aux patients atteints de drépanocytose, améliorer le dépistage néonatal et améliorer la connaissance de la maladie.**

Améliorer la qualité des soins

Élaborer un protocole national de diagnostic et de soins (PNDS)

Comme pour d'autres maladies rares, l'élaboration d'un PNDS est un pré-requis pour une prise en charge homogène des patients sur l'ensemble du territoire national.

La Haute autorité de santé travaille actuellement sur la drépanocytose. Il est prévu deux PNDS, le premier sur l'enfant, pour décembre 2009, le second pour l'adulte, pour janvier 2010.

Favoriser l'accès aux soins

Un système de visioconférence à visée médicale sera mis en place en Antilles-Guyane afin de permettre la prise en charge de patients souffrant d'un problème complexe. Il s'agit de la seule modalité permettant de pallier à l'éloignement des centres de référence et des centres de compétences. Les centres de compétence

de métropole seront consultés afin de recueillir leur avis sur l'opportunité d'un tel réseau. Les programmes de développement professionnel continu à destination des urgentistes des zones de forte prévalence de la drépanocytose comporteront une sensibilisation à la prise en charge de la drépanocytose reposant sur les PNDS.

Diminuer l'incidence des poussées

La fièvre étant l'une des causes de poussée douloureuse de drépanocytose, l'une des mesures utiles est de renforcer la couverture vaccinale anti-grippale des patients. L'éducation thérapeutique telle qu'elle est prévue dans l'article 22 du projet de loi « hôpital, santé, patients, territoires » devrait permettre, par un transfert de compétences vers les parents des enfants atteints et vers les enfants eux-mêmes, une baisse de l'incidence des poussées.

Les Agence régionales de santé des régions de forte prévalence seront invitées à consacrer une attention particulière aux projets concernant la drépanocytose.

La distribution des cartes « drépanocytose », comportant une partie destinée au patient et l'autre au médecin, sera poursuivie.

Faciliter l'accès au traitement par hydroxyurée pour les patients le nécessitant

Un accord entre spécialistes a été trouvé afin de faire faire des préparations magistrales d'Hydréa® avec des posologies adaptées à l'enfant par l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS).

Dépister précocement les atteintes de la microcirculation cérébrale

Parmi les complications les plus préoccupantes de la maladie, figure l'atteinte de la microcirculation cérébrale. Afin de mettre rapidement en place la thérapeutique adéquate de cette complication, il est nécessaire de pouvoir la dépister précocement grâce à l'échographie transcrânienne. **Le centre de référence d'Antilles-Guyane sera doté des moyens matériels et humains permettant de réaliser ces échographies transcrâniennes.**

Faciliter la politique d'échanges transfusionnels, notamment en Antilles-Guyane

Le centre de référence Antilles-Guyane sera doté de deux appareils à érythrophérèse. **Afin de développer cette activité, un poste de praticien hospitalier sera créé en Guadeloupe et un poste d'infirmière en Martinique.**

Améliorer le dépistage

Valider l'intérêt d'un dépistage universel en métropole

Si le dépistage néo-natal de la drépanocytose est systématique en Antilles-Guyane, il est ciblé en métropole. Or, le brassage des populations, de plus en plus fréquent, rend, pour certains, obsolète ce dépistage néonatale ciblé et un dépistage systématique de l'ensemble des enfants leur semble nécessaire.

L'intérêt d'un dépistage généralisé sera étudié par la commission nationale de dépistage telle que prévue dans le cadre du plan national maladies rares II.

Afin d'anticiper la mise en place de cette commission et d'alimenter sa réflexion, une étude pilote sera mise en place dans un échantillon de centres hospitaliers publics et privés en Ile-de-France.

Dépistage des hétérozygotes

Ce point pose des problèmes éthiques. Il semble raisonnable d'attendre la mise en place des nouvelles structures d'éthique afin de les interroger sur ce point.

Améliorer la connaissance de la maladie

Créer la base de données drépanocytose

Dans le cadre du plan national maladie rare 2, sera créée une plate forme comportant l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH), l'Institut de veille sanitaire, Orphanet... sur la base de l'outil informatique CEMARA qui permet de réaliser un suivi épidémiologique et d'activité tant au niveau des hospitalisations que des consultations externes. C'est cette plate-forme qui sera chargée de constituer la base de données « drépanocytose ». Elle devra couvrir aussi bien la métropole que les Antilles-Guyane.

Un poste de technicien d'étude clinique sera créé en Guadeloupe afin de permettre la gestion de cet outil.

Résumé des propositions

Formation

- mise en place dans la zone Antilles-Guyane et dans l'Océan indien de la totalité du premier cycle des études médicales et, largement, du troisième cycle
- dès la rentrée universitaire 2009, mise en place de la troisième année du premier cycle tant aux Antilles/Guyane qu'à la Réunion
- recherche de partenariats, par voie d'appel à projet pour 5 ans, sur la formation, avec des universités de l'hexagone
- pour le post internat, faire bénéficier les CHU ultramarins de l'assistantat
- créer deux instituts (Antilles-Guyane, Océan indien) qui regrouperont les IFSI et toutes les autres écoles de formation nécessaires aux différents métiers
- les instituts communiqueront largement sur l'attractivité des métiers de la santé et devront construire la filière de préparation aux concours d'entrée.

Gestion des ressources humaines

- un renforcement de la fonction « ressources humaines » dans les agence régionale de santé sera chargé de la cohérence des politiques de recrutement, d'accueil et de formation des établissements ; il constituera un vivier des ressources potentielles et créera un « baromètre » social.
- un dispositif d'accompagnement des étudiants en médecine des départements d'outre-mer sera mis en place dans l'Hexagone
- un module de préparation à la prise de fonctions outre-mer pour les métropolitains, en métropole pour les personnes originaires des DOM.

Télémédecine, téléenseignement, jumelages

- mise en réseau de télémédecine des établissements de santé, des centres de santé et des professionnels libéraux organisés en maisons de santé pour garantir une réactivité accrue face aux besoins de la population
- la visioconférence fera l'objet d'un plan d'équipement dans le cadre de la formation continue
- les « jumelages » entre établissements de santé seront consolidés et structurés ; ils sont naturellement le terreau du développement de la télémédecine. Une administration légère leur sera dédiée dans les établissements concernés.
- intervention auprès de la secrétaire d'Etat à l'outre-mer pour inventorier les dispositifs d'aide aux transports aériens et leurs critères d'octroi.

Risques sismiques et mise à niveau du parc hospitalier

- bilan de l'appui « hôpital 2012 »

Difficultés financières à caractère aigu

- création d'un axe de travail *ad hoc* au sein de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, pour comparer toutes les données utiles propres aux DOM à celles qui caractérisent la métropole.

- en 2009, mise en place d'un dispositif de pondération pour gommer les effets de seuil.

- maintien de l'aide à la résorption des stocks de créances irrécouvrables

- l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux préparera un déploiement prioritaire outre-mer des bonnes pratiques identifiées à l'issue du chantier expérimental de mise en place de la comptabilité analytique

- mise en place d'un dispositif d'accompagnement en Guyane pour son passage à la tarification à l'activité en 2010

Coopération

- des schémas interrégionaux de coopération entre les établissements seront conçus. Les dimensions de recherche et de formation y seront être incluses.

- un chantier de réflexion et d'action avec le ministère des affaires étrangères et le secrétariat d'Etat à l'Outre-mer pour dynamiser les relations internationales de zone (Antilles, Guyane, Océan indien)

- un chargé de mission « coopération » sera dédié à ces travaux dans les ARS concernées.

Mesures spécifiques sur la drépanocytose

- améliorer la qualité des soins
- améliorer le dépistage
- améliorer la connaissance de la maladie