



tribunes

Des chargés de missions en faveur des territoires ultramarins veillent à une meilleure prise en compte des habitants d'outre-mer dans les politiques sanitaires et sociales.

Les outre-mer à la Direction générale de la santé

Dans le but de fournir aux habitants des outre-mer un niveau de santé et de prise en charge comparable à ceux dont bénéficient les métropolitains, et, désirant que l'effort de rattrapage engagé au bénéfice de ces collectivités soit poursuivi et amplifié, la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes a souhaité qu'un référent outre-mer soit nommé dans chaque direction de l'administration centrale. Son rôle est d'assurer une prise en compte renforcée et plus systématique des outre-mer dans l'ensemble des travaux que chacune d'elles conduit. La DGS a, complémentirement à la nomination d'un chargé de mission pour les outre-mer auprès du directeur général, désigné un chargé de mission dédié au droit ultramarin.

Participer au renforcement de la gouvernance : un comité de pilotage stratégique

Un soutien à la coordination interministérielle au niveau régional est apporté, en redynamisant la commission de coordination régionale des politiques publiques instaurée par la loi Hôpital Patient Santé Territoires, mise en place par les quatre agences régionales de santé (ARS) d'outre-mer comme dans les autres régions de métropole.

La tenue de réunions régulières de travail à l'occasion des regroupements mensuels de directeurs généraux des agences régionales de santé et des agences territoriales de santé (ATS) en présence de la Direction générale des outre-mer (DGOM) selon les sujets abordés, des directions centrales du ministère est poursuivie à l'initiative du Secrétariat

général des ministères des Affaires sociales (SG-MAS).

Afin de renforcer la coordination ministérielle et interministérielle, donner plus de force à ce premier niveau de travail, partager et faire converger les politiques, élaborer des stratégies et des priorités d'actions en santé et renforcer leur efficacité grâce à une concertation amplifiée des acteurs dans la définition de la politique de santé outre-mer, un « Comité de pilotage stratégique pour l'outre-mer » a également été institué. Il s'est réuni pour la première fois en septembre 2014, sous la coprésidence du Secrétaire général et du Directeur général des outre-mer. Ce comité est composé des directeurs de l'administration centrale, de la DGOM et des directeurs généraux des agences de régionales ou territoriales santé des territoires et collectivités ultramarines.

Cette coordination pourra si nécessaire être confortée par le Comité interministériel pour la santé, dont la mission est de promouvoir dans l'ensemble des politiques publiques la prise en compte de la santé afin d'en réduire les inégalités, en agissant sur les leviers d'amélioration vis-à-vis des déterminants (sociaux, environnementaux, éducatifs, ...).

Il s'agit pour les chargés de mission outre-mer de contribuer à cette gouvernance.

Perspectives et priorités

Étendre et adapter l'ensemble du droit de la santé publique aux collectivités ultramarines

La DGS porte de nombreux textes qui ont tous, à quelques rares exceptions près, une

Charles Saout

Chargé de mission pour les outre-mer,
Direction générale de la santé

incidence ultramarine, à ajuster à chaque contexte ultramarin. Afin que le droit de la santé publique, y compris celui émanant de la Commission européenne, soit totalement adapté à toutes les parties du territoire national où la santé publique relève de la compétence de l'État, un programme de travail périodiquement actualisé pour une mise à niveau du droit ultramarin a été d'une part élaboré (comblement des retards ou des manques éventuels), priorisé et assorti d'un calendrier de parution. D'autre part, chaque projet de textes émanant de la direction fait l'objet d'une analyse de sa situation au regard du droit de l'outre-mer et il est vérifié par la mission outre-mer de la Direction générale de la santé qu'il comporte, le cas échéant, toutes dispositions utiles. Le ministère chargé de l'outre-mer est naturellement un partenaire incontournable en la matière et des échanges réguliers avec ce dernier permettent de faire le point sur les travaux en cours.

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé (PLMSS), en cours de débat parlementaire¹, est aussi un projet pour les outre-mer puisque ses dispositions ont vocation à s'appliquer d'emblée à tout le territoire national, à l'exception des trois collectivités ultramarines soumises au principe de spécialité, à savoir Wallis et Futuna, la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française. Le projet de loi précise, en son article 56, que les mesures d'extension et d'adaptation aux outre-mer feront l'objet d'une ordonnance dans les dix-huit mois à compter de la promulgation de la loi. Cette ordonnance permettra de parfaire cette application et pourra procéder aux extensions utiles. Avant ce terme, dans les douze mois, les ordonnances (article 53) portant transposition de directives européennes en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et en matière de prévention et de répression de l'alcoolémie à bord des navires auront comporté, elles aussi, des mesures d'extension et d'adaptation aux outre-mer. La loi se termine par un article 58 ratifiant l'ordonnance de la DGS d'adaptation du Code de la santé publique à Mayotte.

Les débats parlementaires sur l'outre-mer ont permis de faire avancer bien des idées utiles : le caractère particulier et spécifique de chaque territoire ultramarin a été de nombreuses fois affirmé ; chacun d'entre

eux connaît des enjeux à la fois spécifiques et préoccupants, enjeux d'hospitalisation, enjeux de santé publique et de prévention et enjeux d'évacuation sanitaire. Le texte voté en première lecture à l'Assemblée nationale prévoit d'ores et déjà que la stratégie nationale de santé (SNS) soit déclinée pour les outre-mer en tenant compte de la spécificité de chacune des collectivités en cause (article 1^{er} bis). Chaque patient de Wallis et Futuna faisant l'objet d'une évacuation sanitaire devra être informé de son coût pour la collectivité ; la suppression de la condition de détresse pour la pilule du lendemain dans l'enseignement secondaire (article 3) a été étendue à Wallis et Futuna où les dispositions relatives à l'action de groupe seront en vigueur en même temps qu'en métropole. Le pacte territoire-santé (article 12 ter) pourra prévoir des dispositions particulières pour les collectivités d'outre-mer. La ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes a annoncé aussi qu'elle saisirait les inspections générales des affaires sociales et de l'enseignement supérieur et de la recherche sur la question des pôles d'excellence en matière de recherche et de médecine tropicale dans une ou deux zones géographiques concernant les outre-mer.

Disposer de données statistiques comparables

La comparabilité des données recueillies, préalable à la mise en œuvre de mesures de gestion prioritaires, est sous tendue par une meilleure fiabilité de ces dernières. Les parlementaires souhaitent également disposer d'informations sur les composantes des coûts de santé dans les outre-mer. La recommandation n° 1 du rapport de la Cour des comptes de juin 2014 sur la santé dans les outre-mer demandait de « 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 et 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. »

Pour améliorer les connaissances ultramarines, l'article 56 bis du PLMSS mentionne que toutes les statistiques devront comporter les données relatives aux collectivités de l'article 73 de la Constitution. La DGS entend contribuer, avec l'appui le cas échéant des opérateurs nationaux de sécurité sanitaire, à ce tableau de bord pour les données relevant de son champ de compétence.

Renforcer les conventions de coopération avec les agences nationales de sécurité sanitaire et les opérateurs de l'État

Les établissements publics nationaux et les autorités administratives indépendantes sont tenus d'apporter leur concours à la Nouvelle-Calédonie, en matière d'hygiène publique et santé, de contrôle sanitaire aux frontières, relevant de sa compétence, dès lors qu'ils sont sollicités en ce sens². La passation de telles conventions est subordonnée à une demande du congrès ou des assemblées de province et la loi impose la transmission pour information des conventions signées au haut-commissaire. Des dispositions plus générales encore existent pour la Polynésie française³.

Les lois et règlements sont applicables de plein droit à Saint-Pierre et Miquelon, sauf dispositions expresses contraires (article L. 6413-1 du Code général des collectivités territoriales). Il en résulte que les opérateurs de sécurité sanitaire de l'État sont pleinement compétents dans cette collectivité. À Mayotte, la lutte anti vectorielle échappant à la compétence de la collectivité (3° du I de l'article L. 6414-1 du même code) relève de l'État. Par ailleurs, la collectivité est compétente en matière de construction et d'habitation (3° du II du même article du même code), domaine qui constitue une partie importante de la santé publique environnementale.

2. L'article 203 de la loi organique n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie dispose : « À la demande du congrès ou des assemblées de province, les autorités administratives indépendantes et les établissements publics nationaux apportent leur concours à l'exercice par la Nouvelle-Calédonie ou par les provinces de leurs compétences. Les modalités de ce concours sont fixées par des conventions passées entre l'État, ses établissements ou ces autorités et la Nouvelle-Calédonie ou les provinces. Ces conventions sont transmises pour information au haut-commissaire. Des conventions peuvent également être passées aux mêmes fins entre les autorités administratives indépendantes de la Nouvelle-Calédonie et les autorités administratives indépendantes ou les autorités publiques indépendantes nationales. »

3. Selon l'article 3 de la loi n° 94-99 du 5 février 1994 d'orientation pour le développement économique, social et culturel de la Polynésie française, dans le domaine de la santé publique et de la protection sociale, l'État pouvait apporter une assistance technique à la rénovation du système de santé. À cet effet, des experts étaient mis à la disposition des autorités du territoire. Les conditions d'attribution et d'utilisation de l'assistance technique devaient être fixées par voie de convention. Par ailleurs, l'article 8 de la même loi prévoyait que l'État propose à la Polynésie française un contrat de développement portant sur une durée de cinq années renouvelable qui devait permettre à la collectivité notamment d'améliorer la protection sanitaire de la population en renforçant la prévention et les équipements sanitaires.

1. Projet de loi n° 406 de modernisation de notre système de santé adopté par l'Assemblée Nationale et transmis au sénat le 15 avril 2015.



Développer les coopérations régionales des territoires ultramarins avec les territoires limitrophes et renforcer les initiatives existantes

La coopération régionale et l'insertion des départements et territoires d'outre-mer dans leur environnement régional, semble d'emblée une démarche d'intérêt pour rationaliser certaines activités, disposer d'une dynamique locale de mise en réseau, voire de mutualisation de certains éléments du système de santé. Au-delà de l'état des lieux de la coopération régionale déjà effectués par les ARS : acteurs nationaux, internationaux et multilatéraux impliqués, projets/programmes existants, thèmes, enjeux et perspectives de développement, l'identification des champs d'actions qu'il apparaîtrait opportun de développer et qui renforceraient les actions de santé publique ou d'optimisation de l'offre de soins régionales peuvent notamment porter sur les champs de la prévention (surveillance et gestion des maladies infectieuses : VIH/sida ; réapparition de maladies comme la tuberculose ; nouvelles maladies endémiques dans la région ; surveillance et gestion de maladies non infectieuses qui atteignent des dimensions épidémiques comme l'obésité, le cancer, les maladies cardiaques et le diabète) ; veille et sécurité sanitaire (réseaux de laboratoires, capacité de diagnostic de la zone) ; gestion des catastrophes (ouragans, tremblements de terre, inondations et des réponses de recours) ; coopération hospitalière et urgence sanitaire ; formation, recherche, contribution aux accords de santé internationaux et conformité aux règlements de santé internationaux (Règlement sanitaire international).

Cette réflexion est en cours dans la zone antillaise pour la recherche des conditions d'une éventuelle adhésion de la France à l'Agence caribéenne de santé. L'exemple de la Commission de l'océan Indien et du réseau de surveillance épidémiologique régional (SEGA) peut servir de référence.

Adapter la stratégie, développer la prévention et les volets outre-mer dans les plans de santé publique pour l'ensemble des territoires

Comme il a été indiqué, l'article 1^{er} bis du projet du PLMSS, complète le Code de la santé publique par un article L. 1411-10 précisant que la stratégie nationale de santé comporte des objectifs propres aux outre-mer et prend en compte dans la fixation de ses domaines d'actions prioritaires pluriannuels :

- une évaluation des données de santé

et des risques sanitaires spécifiques pour les collectivités de l'article 73 de la Constitution (Guyane, Martinique, Réunion, Guadeloupe, Mayotte) et pour Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Saint-Pierre-et-Miquelon.

– la coopération régionale en matière sanitaire que chaque territoire entretient (avec les pays voisins, avec la métropole ou entre établissements). De plus, l'État peut proposer à la Nouvelle-Calédonie et à la Polynésie française de s'associer par convention à ces programmes.

Plusieurs plans nationaux de santé publique prennent déjà en compte les spécificités ultramarines : volet outre-mer du Programme national nutrition santé (PNNS), Plan VIH sida, Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives, Plan drépanocytose. Des mesures spécifiques aux outre-mer figurent dans le Plan cancer 3 et dans le Plan national santé et environnement (PNSE3). Ces actions, dont il s'agit d'assurer la coordination et le suivi, prennent toute leur importance pour les collectivités d'outre-mer, en Martinique ou à la Guadeloupe autour par exemple de la lutte contre la chlordécone (Plan chlordécone 3), 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. L'analyse des plans de lutte contre les arboviroses, l'amélioration de la couverture vaccinale, la lutte contre le diabète, dont le taux est dans certains outre-mer le double de celui de la métropole, figurent au sein des actions à développer. Les besoins en desserte en eau potable, d'équipement en dispositifs d'assainissement adaptés nécessitent aussi de faire appel à des fonds européens...

Assurer le développement de connaissances de l'état sanitaire des populations et encourager la recherche

Les projets stratégiques régionaux de santé, les schémas de prévention, d'offre de soins, médico-sociaux, les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes les plus démunies (Praps), les programmes d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac), les plans régionaux de télémédecine, etc., adaptés aux contextes locaux des outre-mer, précisent l'état des lieux et permettent de rendre plus efficace la prévention et le dépistage des maladies (cancers, maladies

sexuellement transmissibles, malnutrition chez les enfants et promotion d'une politique alimentaire pertinente, conduites à risques, couverture vaccinale, réduction des facteurs de risques liés à l'environnement – accès à une eau potable, lutte contre l'insalubrité).

Les travaux concernent ainsi par exemple : l'application du Règlement sanitaire international, le suivi de l'étude de la prévalence des hépatites conduit par l'Institut de veille sanitaire ; la création de registre de cancer à Saint-Pierre et Miquelon, ou de malformations ou d'un centre de toxicovigilance aux Antilles, et d'une manière plus générale la structuration des vigilances adaptées aux caractéristiques des territoires ; le suivi épidémiologique issu de l'Observatoire de la santé des vétérans (personnels militaires) en Polynésie ; l'éradication du paludisme et les études d'expositions au mercure ou au plomb en Guyane, ou dans un atoll de Polynésie ; la lutte contre le béri-béri à Mayotte ; l'étude de l'usage domestique des pesticides menée par l'Anses. Ils viseront également pour l'avenir, et pour les collectivités qui n'en disposeraient pas encore, à réaliser des enquêtes actualisées sur les régimes alimentaires ou les expositions humaines *via* des enquêtes de bio surveillance humaine dans chaque territoire, éléments préalables à la définition de priorités d'actions vis-à-vis de la lutte contre le surpoids et l'obésité par exemple. Il s'agira également de mener des études comportementales afin d'adapter les messages sanitaires de prévention nutritionnelle en ce domaine, adaptés à chaque territoire. 🐟