

**PREMIERE CONTRIBUTION
DE LA COMMISSION « EPANOUISSEMENT HUMAIN » DU C.E.S.R.
SUR LE PROJET DE PLAN SANTE OUTRE-MER**

1) Le contexte

Dans le cadre de la réforme de l'hôpital, le Président de la République et la Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, ont demandé à M. Gérard Larcher de rédiger un rapport sur la rénovation de l'hôpital, en particulier de l'hôpital public.

Les préconisations du rapport Larcher ont été reprises dans l'avant-projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoire ».

Le projet de Plan Santé Outre-mer est une déclinaison de la future réforme hospitalière dans les DOM. Il a pour objet de « *mieux prendre en compte des spécificités des départements et collectivités d'outre-mer en matière de santé lorsque ce domaine entre dans le champ de compétence du ministère de la santé* ». Il concerne la Guadeloupe, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, la Guyane, la Martinique, la Réunion, Mayotte, Saint-Pierre et Miquelon.

Si le projet de loi relatif à la réforme hospitalière devrait être présenté devant le Parlement en janvier 2009, la déclinaison outre-mer fera éventuellement l'objet d'une présentation lors de la session parlementaire ultérieure.

2) Avis de la commission « Epanouissement humain » sur le projet de Plan Santé Outre-mer

D'une manière générale, la commission adhère aux 7 axes suivants qui constituent le Plan Santé Outre-mer :

- 1- Ajuster les appareils de formation dans une vision prospective des besoins.
- 2- Prendre en compte les risques naturels spécifiques.
- 3- Structurer et développer des programmes de recherche sur des pathologies spécifiques ou émergentes.
- 4- Traiter de manière spécifique les questions financières à caractère aigu.
- 5- Structurer et développer la coopération régionale et internationale.
- 6- Organiser la continuité territoriale.
- 7- Préparer la mise en place des A.R.S.¹

Elle tient cependant à exprimer un certain nombre de remarques et de propositions.

¹ Agence Régionale de Santé.

Dans un contexte de Révision Générale des Politiques Publiques (R.G.P.P.), ce plan qui s'oriente plus vers une nouvelle organisation de l'offre de soins dans une recherche d'efficacité et d'efficience des dépenses de santé, met l'accent sur la rationalisation et la structuration financière et administrative. En d'autres termes, peu d'éléments sont développés sur ce qui fait la base même du système de santé, à savoir les moyens humains tant pour combler le retard outre-mer (et à la Réunion en particulier) que pour répondre aux besoins futurs (G.P.E.C.²).

En effet, malgré des évolutions positives de ces dernières années, des insuffisances existent toujours en matière de personnels, médical et paramédical, du fait de l'absence d'une politique volontariste.

Professionnels de santé libéraux en exercice au 1/1/2005: nombre et densité pour 10 000 habitants

	Réunion		Métropole	
Médecins généralistes	795	10,4	68 154	11,3
Médecins spécialistes	409	5,4	52 895	8,8
Chirurgiens-dentistes	404	5,3	37 810	6,3

Source : Géographie de l'offre de soins – Economie de la Réunion (hors-série) – INSEE – juin 2008.

A titre indicatif, la Réunion est l'une des régions françaises les moins dotées en officines pharmaceutiques (250 pharmacies en 2005).

De plus, se posent les problèmes tels que :

- des déséquilibres dans la répartition des effectifs (entre régions, entre zones urbaines et rurales), entre les médecins généralistes et les spécialistes;
- de la prise en charge des patients surtout en urgence.

Pour pallier ce problème de déséquilibre territorial, outre la nécessité d'augmenter le nombre de professionnels, il est indispensable de favoriser leur installation dans les régions « déshéritées » (les écarts et les Hauts notamment) par l'instauration d'un système bonus-malus ou la mise à disposition par les communes de maisons de la santé permettant aux professionnels médicaux d'assurer une permanence.

Par ailleurs, la commission regrette que la prévention ne soit pas prise en compte dans ce plan. Elle rappelle que le développement d'une véritable politique de santé passe d'abord par la prévention et doit viser à responsabiliser la personne, notamment dans le contexte de prévalence de pathologies particulières telles que le diabète, l'alcoolisme, l'obésité. Cette politique préventive doit se faire tout au long de la vie et notamment intégrer la médecine scolaire et celle du travail.

La commission « Epanouissement humain » du C.E.S.R. attire plus particulièrement l'attention sur 3 des 7 axes du Plan Santé Outre-mer.

² Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences.

En ce qui concerne l'axe 1 (*ajuster les appareils de formation dans une vision prospective des besoins*), au-delà des propositions faites, une véritable ambition doit être affichée pour mettre en place un « plan Marshall » en la matière. Cela demanderait entre autres, que l'Etat et le Conseil régional³ affichent une volonté politique forte en considérant cet axe comme prioritaire et instituent une concertation et une coopération pour rechercher une cohérence dans les actions.

La commission considère que le lissage des capacités d'accueil des terrains de stage d'une part, le renforcement du partenariat avec la Métropole et les pays de la zone d'autre part, sont de nature à permettre l'ouverture d'une seconde session annuelle dans les I.F.S.I.⁴, I.R.T.S⁵., et autres écoles.

La question des étudiants réunionnais allant se former hors de la Métropole (par exemple en Belgique) et qui rencontrent entre autres des difficultés financières, mérite d'être étudiée.

L'axe 3 (*structurer et développer des programmes de recherche sur des pathologies spécifiques ou émergentes*) répond à une préconisation déjà formulée par le C.E.S.R.⁶ qui rappelle que les compétences locales en la matière doivent être réaffirmées, renforcées et valorisées.

Il convient aussi de renforcer la veille sanitaire qui doit concerner aussi bien les maladies émergentes que les maladies résurgentes de la zone océan Indien.

L'axe 7 (*préparer la mise en place des A.R.S.*) répond à l'objectif d'harmoniser les interventions entre la multitude d'acteurs (DRASS, A.R.H., C.G.S.S., Conseil général, ...) que le C.E.S.R. a déjà mentionné comme primordial⁷. La commission rappelle toutefois que la concertation préalable doit déboucher sur un véritable partenariat pour définir les modalités de mise en œuvre de cette nouvelle organisation.

Par ailleurs, la mise en place d'une A.R.S. Réunion-Mayotte commande une réflexion commune des deux collectivités sur la structuration politico-administrative régionale entre la Réunion et Mayotte, et cela, au regard de l'évolution prochaine du statut de Mayotte en département.

³ qui a, depuis le 1^{er} janvier 2006, compétence en matière de formations sanitaires, sociales et médico-sociales.

⁴ Institut de Formation en Soins Infirmiers.

⁵ Institut Régional des Travailleurs Sociaux.

⁶ Cf. avis du C.E.S.R. sur le schéma de services collectifs sanitaires - adopté en Assemblée plénière du 10 avril 2001.

⁷ Cf. contribution du Bureau du C.E.S.R. sur le projet de Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (S.R.O.S.) III - 6 septembre 2005.