

N° 764

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2010-2011

Enregistré à la Présidence du Sénat le 12 juillet 2011

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des affaires sociales (1) à la suite d'une mission d'information effectuée en Martinique et en Guyane du 17 au 23 avril 2011,

Par Mme Muguette DINI, M. Alain VASSELLE, Mmes Brigitte BOUT, Annie DAVID, MM. André LARDEUX, Jacky LE MENN et Mme Raymonde LE TEXIER,

Sénateurs.

(1) Cette commission est composée de : Mme Muguette Dini, *président* ; Mme Isabelle Debré, M. Gilbert Barbier, Mmes Annie David, Annie Jarraud-Vergnolle, Raymonde Le Texier, Catherine Procaccia, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Alain Milon, *vice-présidents* ; MM. François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juillard, Mmes Gisèle Printz, Patricia Schillinger, Anne-Marie Payet, *secrétaires* ; Mmes Jacqueline Alquier, Brigitte Bout, Claire-Lise Campion, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mme Roselle Cros, M. Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, M. Gérard Dériot, Mme Catherine Deroche, M. Jean Desessard, Mme Sylvie Desmarescaux, M. Guy Fischer, Mme Samia Ghali, MM. Bruno Gilles, Jacques Gillot, Adrien Giraud, Mme Colette Giudicelli, MM. Jean-Pierre Godefroy, Alain Gournac, Mmes Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, M. Claude Jeannerot, Mme Christiane Kammermann, MM. Ronan Kerdraon, Marc Laménie, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Jacky Le Menn, Mme Valérie Létard, M. Jean-Louis Lorrain, Mme Isabelle Pasquet, M. Louis Pinton, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, MM. René Teulade, Alain Vasselle, François Vendasi, André Villiers.

SOMMAIRE

Pages

LES PRINCIPALES OBSERVATIONS	5
AVANT-PROPOS	7
I. UNE ABSURDITÉ : L'APPLICATION OUTRE-MER DE NORMES PRÉVUES POUR LA MÉTROPOLE	9
A. LA NORME : UNE « MALADIE » FRANÇAISE.....	9
B. ... QUI PREND DES FORMES ABERRANTES OUTRE-MER	11
1. <i>Un constat partagé, alimenté d'exemples ubuesques</i>	11
2. <i>Une demande de la commission : limiter et adapter les normes applicables dans les départements d'outre-mer</i>	13
II. LE PLAN SANTÉ OUTRE-MER : UN ESPOIR DÉÇU ?	15
A. UNE LONGUE GESTATION POUR UNE PRÉSENTATION AMBITIEUSE	15
B. DES RÉSULTATS QUI RESTENT LIMITÉS.....	16
1. <i>Le constat mitigé de la commission des affaires sociales en décembre 2010</i>	16
2. <i>Un constat toujours d'actualité à la mi-2011</i>	17
a) La synthèse du plan santé au 30 juin 2011, fournie par le ministère en charge de l'outre-mer	17
b) Un sentiment persistant d'insatisfaction	18
III. LA MARTINIQUE : ACCOMPAGNER LE TERRITOIRE ET SES ACTEURS	20
A. LES ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE	20
1. <i>La nouvelle cité hospitalière Mangot-Vulcin</i>	20
a) Un projet ancien, un bâtiment innovant.....	20
b) Un financement pas encore bouclé en raison des surcoûts	21
2. <i>La fusion des trois établissements publics de MCO</i>	22
a) Une situation financière insoutenable	22
b) Un exemple de recomposition de l'offre hospitalière.....	24
c) ... qui a besoin et qui mérite d'être accompagné.....	25
3. <i>Les autres enjeux</i>	27
a) L'importance de la gestion de crise.....	27
b) Périnatalité et petite enfance.....	28
c) Drépanocytose	29
B. L'HABITAT INFORMEL ET L'INSALUBRITÉ.....	30
1. <i>Un état des lieux connu et partagé par l'ensemble des acteurs</i>	30
2. <i>Le constat fait par la délégation à Fort-de-France : prendre en compte l'occupation sans droit ni titre</i>	31
a) Le quartier Trénelle-Citron.....	32
b) Le quartier Volga-Plage.....	34

C. LE SERVICE MILITAIRE ADAPTÉ : UNE RÉUSSITE SUR LE LONG TERME.....	35
1. <i>Le service militaire adapté</i>	35
2. <i>Un dispositif qui a fait ses preuves</i>	35
3. <i>Le régiment de la Martinique</i>	36
IV. LA GUYANE : PRENDRE LA MESURE DE L’EFFORT À FOURNIR	39
A. UN TERRITOIRE ET UNE POPULATION AUX CARACTÉRISTIQUES EXCEPTIONNELLES	39
1. <i>Un espace hors du commun</i>	39
2. <i>Une population jeune, diverse et en grande précarité</i>	40
3. <i>L’illusion de la frontière</i>	40
B. LA SANTÉ : UNE SITUATION INTOLÉRABLE	42
1. <i>Une offre de soins nettement insuffisante pour des besoins croissants</i>	42
2. <i>Un succès à exporter : la télémédecine</i>	45
3. <i>Un investissement nécessaire : la reconstruction du centre hospitalier de Saint- Laurent-du-Maroni, saturé et vieillissant</i>	47
C. BIDONVILLES, FAVELAS : À SITUATION EXCEPTIONNELLE, MESURES EXCEPTIONNELLES	48
1. <i>Une insalubrité endémique non maîtrisée</i>	48
2. <i>Quels éléments de réponse ?</i>	52
TRAVAUX DE COMMISSION	57
ANNEXE 1 - PROGRAMME DE LA MISSION DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES EN MARTINIQUE ET EN GUYANE DU 17 AU 23 AVRIL 2011	65
ANNEXE 2 - COURRIER ADRESSÉ À M. XAVIER BERTRAND, MINISTRE DU TRAVAIL, DE L’EMPLOI ET DE LA SANTÉ	69

LES PRINCIPALES OBSERVATIONS

• Les **normes** qui s'appliquent outre-mer résultent de critères nationaux ou européens et sont souvent totalement inadaptées aux réalités locales, notamment en Guyane.

• Le **plan santé outre-mer**, dévoilé en 2009, a suscité beaucoup d'espoirs parmi les acteurs de santé. Certaines de ses mesures ont été mises en œuvre mais pas celles dont l'impact serait le plus significatif :

- la revalorisation du coefficient géographique pour une partie de la tarification hospitalière et le financement d'activités structurellement déficitaires. Il est maintenant urgent « d'objectiver » les surcoûts que subissent les établissements de santé outre-mer du fait de l'éloignement, de l'isolement ou de la taille du bassin de population ;

- le déploiement du cursus d'études médicales.

En outre, le plan pâtit d'un **manque de coordination** interministérielle et d'une **faible impulsion stratégique** au sein du ministère de la santé.

• La Martinique

Les trois établissements publics de santé en médecine, chirurgie, obstétrique sont engagés dans **un processus de fusion et de redressement des comptes** ; il doit être soutenu et encouragé, car l'offre de soins doit être cohérente avec les besoins de la population et avec la maîtrise des finances publiques. Dans cet objectif, il est contreproductif de leur appliquer, dans le même temps, des baisses de dotations budgétaires décidées sur le plan national, sans coordination ou prévisibilité : un moratoire devrait plutôt être adopté durant la durée du plan de redressement signé avec l'ARS.

L'Etat doit rembourser aux établissements les frais qu'ils ont pris en charge pour aider la population d'**Haïti** à la suite du tremblement de terre de janvier 2010.

Les efforts engagés en matière de **drépanocytose** et de lutte contre la **surmortalité infantile et maternelle** doivent se concrétiser sur le terrain.

• La Guyane

L'offre de soins est aujourd'hui nettement insuffisante, alors même que les besoins vont croissant : le déficit du nombre de professionnels de santé est important, certaines spécialités ne sont pas couvertes, le taux de lits d'hospitalisation est faible.

Les professionnels ont réussi à développer des outils novateurs et des procédures efficaces en **télé médecine**, dont l'hexagone pourrait utilement s'inspirer pour améliorer l'accès aux soins et leur qualité.

Un effort majeur doit être fourni à **Saint-Laurent-du-Maroni** en termes de services publics. L'hôpital ne peut plus faire face, dans ses bâtiments actuels, à ses missions malgré le dévouement des professionnels qui y exercent.

D'**importants bidonvilles** parsèment le territoire guyanais, de manière totalement anachronique pour un territoire qui est **un département français depuis 1946**. Des décisions exceptionnelles, à la mesure des enjeux, doivent être mises en œuvre le plus rapidement possible, notamment pour améliorer les finances des collectivités territoriales, adapter les politiques nationales aux réalités du terrain, **lutter contre les violences et restaurer l'action de la justice**.

Mesdames, Messieurs,

L'outre-mer fait partie du champ traditionnel d'investigation de la commission des affaires sociales, qui y a consacré plusieurs rapports au cours des dernières années. Elle adopte en particulier, chaque année, un avis budgétaire à l'occasion de l'examen des projets de loi de finances initiale. Dans la continuité de ses travaux, elle a réalisé une mission d'études dans deux départements d'outre-mer : une délégation, conduite par Muguette Dini, présidente, et dont Brigitte Bout, Annie David, André Lardeux, Jacky Le Menn, Raymonde Le Texier et Alain Vasselle, rapporteur général, étaient membres, s'est ainsi rendue en Martinique et en Guyane, du 17 au 23 avril 2011, pour y aborder plus précisément les questions de santé et de logement.

Le présent rapport présente les principales observations et conclusions de ce déplacement. Il n'a pas pour ambition d'être exhaustif sur ces deux thèmes, et encore moins sur l'outre-mer : presque au contraire, il a semblé plus pertinent de rendre compte des choses vues et entendues, au risque d'oublier certains éléments d'ensemble.

Il n'aurait pu être établi sans le concours de tous ceux qui ont fourni à la délégation des informations utiles et judicieuses ou l'ont chaleureusement reçue sur place. Qu'ils trouvent ici l'expression de ses très sincères remerciements pour la qualité de leur accueil, qu'ils soient élus ou membres des services de l'Etat, des agences régionales de santé, des centres hospitaliers, des établissements publics ou opérateurs d'aménagement et des collectivités territoriales.

Bien que toutes deux départements français depuis 1946, la Martinique et la Guyane relèvent clairement de réalités profondément distinctes.

La Martinique est une île relativement isolée dont la population, à l'instar de celle de l'hexagone, est plutôt vieillissante. Elle peut s'appuyer sur ses atouts naturels et touristiques mais souffre de handicaps indéniables. Le poids de l'histoire, celle du colonialisme et de l'esclavage bien sûr, se ressent au quotidien.

La Guyane présente un caractère singulier parmi les départements français : un territoire immense et hors normes, une population jeune et en forte croissance, une pression migratoire spectaculaire et un retard de développement manifeste. Entrée dans l'imaginaire collectif par des manifestations extrêmes - un baignade, un centre spatial et une ruée vers l'or des temps modernes -, elle mérite un traitement exceptionnel qui suppose des politiques créatives et des procédures à conduire hors des sentiers battus.

A l'heure où la Martinique et la Guyane ont choisi une évolution institutionnelle novatrice, on ne peut que regarder avec une certaine incrédulité l'immobilisme qui les a longtemps frappées en termes de politiques publiques : si la départementalisation a permis *in fine* le déploiement des standards sociaux de l'hexagone, n'a-t-elle pas dans le même temps figé la situation de ces territoires ?

Sans oublier le passé, il faut aujourd'hui se tourner vers l'avenir et espérer, avec la maire de Cayenne, que cette mission permettra de faire avancer certains dossiers importants pour les Martiniquais et les Guyanais et ne constituera pas un nouveau coup d'épée dans l'eau.

I. UNE ABSURDITÉ : L'APPLICATION OUTRE-MER DE NORMES PRÉVUES POUR LA MÉTROPOLE

A. LA NORME : UNE « MALADIE » FRANÇAISE...

L'inflation normative est dorénavant un constat partagé dont il est très difficile d'inverser la tendance. Dans son rapport intitulé « la maladie de la norme », la délégation du Sénat aux collectivités territoriales¹, a dressé un état des lieux sans concession et a proposé diverses pistes d'amélioration.

La maladie de la norme

De la gestion de l'eau à la sécurité des bâtiments, des transports aux équipements sportifs, de la voirie à la restauration scolaire, la quasi-totalité des domaines d'intervention des collectivités territoriales sont aujourd'hui impactés par l'inflation normative.

Évalué à 400 000 par l'Association des maires de France, le nombre de normes techniques que les élus locaux sont censés faire appliquer (et donc connaître) a largement franchi le seuil de l'overdose : les prescripteurs ont dépassé la dose prescrite.

Le diagnostic, hélas, n'est pas nouveau. Dans son rapport public de 1991, le Conseil d'État dénonçait déjà la « *surproduction normative* » et ses conséquences en termes de sécurité juridique et de crédibilité du droit. Sa conclusion, « *quand le droit bavarde, le citoyen ne lui prête plus qu'une oreille distraite* », résonnait comme un écho, deux siècles et demi après, à l'intemporelle formule de Montesquieu : « *les lois inutiles affaiblissent les lois nécessaires* ». [...]

Et pourtant, le pli - bien malheureux - a été pris. Pour chaque question, pour chaque risque, pour chaque doute, la réponse est la même : légiférer ou réglementer. L'obligation ou l'interdiction, selon les cas, surgit, tel un réflexe conditionné ; elle s'impose dans son uniformité, sa rigidité, ses coûts (et parfois son absurdité) au responsable local, où qu'il soit et quelles que soient les circonstances locales.

Elle s'impose... et se propage. Dans une société inquiète, voire angoissée, à la recherche du « zéro risque absolu », la norme a vite colonisé tous les secteurs de la sphère publique (et même, de plus en plus, de la sphère privée). Enfant chérie d'un principe de précaution entendu au sens le plus large, pour ne point dire aberrant, elle est énoncée « au cas où » : une commune veut-elle faire nettoyer un tag sur le quai d'une gare désaffectée, elle doit faire venir un agent de la SNCF au cas (par hypothèse impossible, mais sait-on jamais...) où passerait un train ; entreprend-elle la réparation d'un pont sur une rivière à sec, elle doit y installer une barque au cas (par hypothèse impossible...) où un employé tomberait à l'eau ; décide-t-elle d'aménager l'un de ses bâtiments en salle de cinéma, elle doit construire un ascenseur pour accéder à la salle de projection, au cas où, un jour, le projectionniste serait dans l'incapacité de prendre l'escalier...

¹ Rapport d'information Sénat n° 317 (2010-2011) de Claude Belot, fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales, 16 février 2011.

Ces exemples, parmi tant d'autres, prêteraient sans doute à sourire si l'empilement normatif n'avait pas de conséquences plus lourdes que le ridicule de ses auteurs.

Parmi celles-ci figurent évidemment les coûts exorbitants qui en résultent pour les budgets locaux : à eux seuls, les 163 projets de normes de l'État qui ont donné lieu à une évaluation en 2009 représentaient plus de 580 millions d'euros (soit quasiment l'équivalent de ce qui correspond aujourd'hui à la dotation d'équipement des territoires ruraux) ; pour 2010, le coût des 176 projets évalués représentait 577 millions. En deux ans, le cap du milliard est donc largement dépassé, et ce pour une partie des normes de l'État qui est pourtant loin d'être le seul prescripteur. Ainsi, année après année, le coût de l'accumulation des normes atteint inévitablement, pour de plus en plus de collectivités, des montants astronomiques au regard de leur capacité financière.

Le prescripteur lui-même finit d'ailleurs parfois par devoir mettre la main à la poche lorsque sa logorrhée scripturale le place dans la situation ubuesque de devoir lancer un appel d'offres auprès des cabinets d'avocats pour l'aider à simplifier des règles qu'il a lui-même élaborées !

Mais les normes n'atteignent pas que le portefeuille du contribuable. Elles frappent aussi les organes vitaux de la démocratie : le droit, ravagé dans sa crédibilité et son autorité ; la sécurité juridique, victime directe d'une frénésie textuelle devenue chronique ; et, surtout, l'élu local, au pire infantilisé, au mieux fonctionnarisé : la norme décide pour lui ; il n'a plus qu'à faire ou à ne pas faire, selon ce qu'aura prescrit une autorité souvent éloignée des réalités du terrain. Engagé dans la vie publique pour servir ses concitoyens et l'intérêt général, il devient l'otage - d'aucuns diront l'esclave - d'une nouvelle forme de jacobinisme : le centralisme normatif, qui transforme l'élu en administrateur, substitue l'expertise technique à la légitimité des urnes et change la gestion par l'action en gestion par l'intendance.

Censée protéger le citoyen, répondre à une demande sociale, servir un intérêt public, autrement dit accompagner l'action de l'élu, la norme est peu à peu passée du statut d'instrument à celui d'entrave : elle n'aide plus le décideur, elle le bride ; elle n'accompagne plus l'action, elle la paralyse ; au final, elle ne sert plus la société, elle l'inhibe.

Parallèlement, le Président de la République a confié au sénateur Eric Doligé la mission¹ de « proposer des mesures de simplification, ambitieuses et concrètes, pour desserrer les contraintes et alléger les coûts excessifs qui pèsent parfois sur les collectivités territoriales ». Son rapport va dans le même sens que celui de la délégation aux collectivités territoriales du Sénat.

¹ « La simplification des normes applicables aux collectivités locales », rapport d'Eric Doligé, parlementaire en mission, juin 2011.

B. ... QUI PREND DES FORMES ABERRANTES OUTRE-MER

1. Un constat partagé, alimenté d'exemples ubuesques

Dans la partie de son rapport consacrée à l'outre-mer, Eric Doligé indique que « *le sujet mériterait une mission spécifique tant l'absurdité de certaines normes européennes ou nationales est parfois flagrante* ».

La réglementation impose par exemple certaines normes pour les matériaux de construction, qui empêchent d'utiliser les ressources locales, notamment le bois en Guyane, pourtant très abondant. De nombreux interlocuteurs de la délégation ont mis en avant des exemples concrets particulièrement étonnants : il en est ainsi des poteaux électriques pour lesquels il ne semble pas possible d'utiliser le bois guyanais, ce qui nécessite d'importer des produits ou matériaux, renchérit les coûts et empêche de recourir aux productions naturelles disponibles sur place.

Dans le même ordre d'idées, le rapport propose de déroger, de manière encadrée et exceptionnelle, aux règles d'accessibilité des bâtiments : en effet, comment les appliquer partout en Guyane, où certaines zones sont isolées et non reliées au reste du territoire par une voie carrossable et, au-delà des questions de coût, où la construction de logements ou de bâtiments publics continue de s'inspirer des traditions locales (maisons sur pilotis...) ? Par ailleurs, l'application des normes relatives aux installations électriques et téléphoniques s'avère non adaptée à des constructions en structures légères situées dans des zones où les réseaux n'existent pas ou de façon sommaire.

La mission commune d'information¹ constituée en mars 2009 par le Sénat sur la situation des Dom et présidée par Serge Larcher, avait abouti aux mêmes conclusions : « *Alors que le contexte des Dom est déjà particulièrement difficile pour les opérateurs du logement social, ceux-ci subissent de manière encore plus sensible qu'en métropole les multiples normes et règles techniques adoptées par l'Etat, que ce soit en matière d'urbanisme, de permis de construire ou d'environnement* ».

Son rapport citait notamment l'arrêté du 17 avril 2009 relatif à l'aération des bâtiments d'habitation neufs dont l'article 3 édicte que « *dans tous les logements, les cuisines doivent posséder une baie d'au moins 1 m² ouvrant sur l'extérieur et dont au moins 0,2 m² est situé à une hauteur au moins égale à 1,9 mètre au-dessus du sol fini* ». Le même texte croit utile de préciser la définition d'une baie : « *une ouverture ménagée dans une paroi extérieure ou intérieure au logement servant à l'éclairage, le passage ou l'aération* ». A la même date, trois arrêtés relatifs aux caractéristiques acoustiques et à l'aération des bâtiments d'habitation neufs dans les Dom et définissant leurs caractéristiques thermiques minimales, qui étaient censés être

¹ Rapport d'information d'Eric Doligé, Sénat n° 519 (2008-2009), « *Les Dom, défi pour la République, chance pour la France : 100 propositions pour fonder l'avenir* ».

adaptés pour ces territoires, constituaient au final une longue suite d'explications obscures et complexes.

Arrêté¹ du 17 avril 2009 définissant les caractéristiques thermiques minimales des bâtiments d'habitation neufs dans les départements de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane et de La Réunion (extrait)

Chapitre III : Ventilation naturelle de confort thermique

Article 9

Afin d'assurer une vitesse d'air minimale pour le confort thermique des occupants, les pièces principales de tout logement doivent pouvoir être balayées par au moins un flux d'air extérieur continu, qui entre, transite et sort du logement par des baies ouvertes en adoptant les conventions suivantes :

1° À l'échelle du logement, le flux d'air est obtenu par des ouvertures particulières percées dans au moins deux façades ayant des orientations différentes. Le taux d'ouverture des façades considérées pour ce flux d'air doit être supérieur ou égal à la valeur minimale admissible donnée dans le tableau ci-après selon le département, l'altitude et la zone : [...]

Les surfaces d'ouverture des baies à prendre en compte pour la détermination du taux d'ouverture de façade doivent être calculées alors même que les dispositifs mobiles de protection solaire sont déployés en application du chapitre I^{er} du présent arrêté.

2° À l'échelle de chaque local traversé, le flux d'air est obtenu par des ouvertures particulières à chaque flux, percées dans deux parois, opposées ou latérales. Dans ce dernier cas, **les percements par lesquels transite le flux doivent être éloignés du sommet de l'angle formé par les directions des parois d'une distance au moins égale à la moitié de la distance maximale, comptée horizontalement, entre tout point de la paroi percée et le sommet de l'angle précité.**

3° Les surfaces d'ouverture des parois internes du logement traversées par un ou des flux d'air doivent être supérieures à la plus petite des surfaces d'ouverture de façade par laquelle transite le ou chacun de ces flux.

4° Aucun flux d'air ne traverse un local abritant un cabinet d'aisance.

Au-delà du divertissement que peut procurer la lecture de ce type d'arrêté, ces normes entraînent des coûts sur les opérations de construction et notamment dans le secteur du logement social, ne serait-ce que pour connaître et intégrer ces règles dans les programmes. Le seul surcoût direct des textes réglementaires cités ci-dessus a été estimé par l'Union sociale pour l'habitat (USH) à 6 % en moyenne.

¹ JORF n° 0092 du 19 avril 2009 p. 6727.

2. Une demande de la commission : limiter et adapter les normes applicables dans les départements d'outre-mer

On l'a vu, de nombreuses normes sont pensées et définies pour la métropole ou le continent européen sans être, le plus souvent, adaptées pour l'outre-mer et, lorsqu'elles le sont, elles restent marquées d'une rigidité peu efficace.

Les collectivités d'outre-mer devraient être relativement moins touchées par ce phénomène du fait de l'application de l'article 74 de la Constitution qui permet une adaptation plus large de la législation et de la réglementation nationale, mais en pratique l'adaptation est souvent limitée.

Depuis la révision constitutionnelle du 28 mars 2003, la possibilité d'adapter les lois et règlements est également ouverte dans les départements et régions d'outre-mer qui relèvent de l'article 73 de la Constitution. Il est vrai que le mouvement de départementalisation en 1946, surtout consécutif au débat d'après-guerre sur le colonialisme et à la pression internationale pour libérer les territoires, avait quelque peu figé la conception des politiques publiques : les départements d'outre-mer étaient des départements comme les autres, où s'appliquaient comme partout les lois et règlements nationaux. Or, cette conception a vécu ; marque d'une époque, elle est déjà passablement écornée pour la métropole et devient obsolète pour des territoires aux caractéristiques si différentes.

Surtout, une application différenciée ne signifierait en rien une distanciation des liens avec la France ; au contraire, elle permettrait une meilleure application du principe d'égalité qui s'évalue, selon une jurisprudence constante, au regard des différences de situation. La Martinique et la Guyane ne pourront avancer dans la voie du développement économique qu'à la condition de créer un lien moins rigide avec la métropole.

Qui plus est, il est nécessaire que le Gouvernement prenne en compte, dans les négociations européennes, les particularités des Dom. En matière environnementale, pour laquelle le droit communautaire est prégnant et laisse peu de marge de manœuvre aux Etats en termes de transposition, il est indispensable de prendre en compte la problématique ultramarine très en amont pour pouvoir inclure des clauses particulières dans les directives et règlements. Deux exemples guyanais ont été soulevés durant la mission :

- les normes environnementales ont interdit l'utilisation du gravier du fleuve proche du site de construction d'un aéroport, alors que cette solution était évidemment plus logique, moins coûteuse, et même plus respectueuse de l'environnement puisqu'il a fallu importer - et donc transporter - du gravier d'une autre provenance ;

- au moment où la délégation se trouvait en Guyane, de difficiles discussions se déroulaient entre l'Etat et la communauté de communes de l'Ouest guyanais. En effet, la France est menacée d'être condamnée à de

lourdes astreintes pour violation des règles européennes en matière de traitement des déchets dans le département. Or, l'application de ces règles représenterait des coûts exorbitants pour les communes, dont les finances sont déjà dans une situation difficile. Même Bertrand Diringer, président des chambres régionales des comptes de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique, s'est interrogé sur l'adaptation, notamment à la Guyane, des normes communautaires en matière de traitement des déchets et sur le coût significatif de leur application¹.

Cet exemple permet de s'interroger sur la pertinence d'appliquer indistinctement dans les Dom les règles européennes dans toute leur rigidité, alors même que, selon les traités européens, les régions ultrapériphériques peuvent bénéficier d'adaptations tenant compte de leurs spécificités. La France devrait invoquer cette faculté et solliciter plus fréquemment un régime d'exceptions, des règles plus adaptées ou encore l'allongement de la période de mise aux normes. Encore faut-il qu'elle pense à prendre en compte, dès les phases de négociations, les spécificités des outre-mer.

¹ Cf. « *Guyane, Martinique, Guadeloupe : l'évolution institutionnelle, une opportunité, pas une solution miracle* », rapport d'information de Christian Cointat et Bernard Frimat, fait au nom de la commission des lois, Sénat n° 410 (2010-2011), 6 avril 2011.

II. LE PLAN SANTÉ OUTRE-MER : UN ESPOIR DÉÇU ?

A. UNE LONGUE GESTATION POUR UNE PRÉSENTATION AMBITIEUSE

Annoncé par le Gouvernement dès mai 2008, le plan santé outre-mer a été présenté officiellement par Roselyne Bachelot-Narquin, alors ministre de la santé et des sports, lors de son déplacement en Martinique en juillet 2009. Il s'organise autour de **sept thèmes de travail**¹ :

- la formation médicale et des autres professionnels de santé, avec notamment l'extension des cursus médicaux dans les universités des Antilles et de La Réunion ;

- la gestion des ressources humaines, avec un dispositif d'accompagnement des étudiants en médecine originaires d'outre-mer dans l'hexagone ;

- la télémédecine, le téléenseignement et les jumelages ;

- les risques sismiques dans le parc hospitalier, dans le cadre du plan « Hôpital 2012 » ;

- les difficultés financières à caractère aigu, avec notamment la mise en place d'un dispositif de pondération pour gommer les effets de seuil et le maintien de l'aide à la résorption des stocks de créances irrécouvrables ;

- la coopération entre établissements français et avec les territoires étrangers voisins ;

- la drépanocytose.

¹ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_sante_outre-mer-2.pdf

B. DES RÉSULTATS QUI RESTENT LIMITÉS

1. Le constat mitigé de la commission des affaires sociales en décembre 2010

Rapport de la commission des affaires sociales sur les crédits de la mission « Outre-mer » du projet de loi de finances pour 2011¹

Les actions décidées dans le cadre du plan santé outre-mer restent à concrétiser sur le terrain :

- **Les études médicales outre-mer**

Le premier cycle des études médicales est effectif depuis la rentrée universitaire 2009 aux Antilles avec la mise en place de la troisième année. Des travaux sont engagés pour organiser le second cycle, dans l'objectif d'ouvrir une quatrième année à la rentrée 2011. Pour la zone de l'Océan indien, la seconde année du premier cycle a ouvert à la rentrée 2010 et la troisième est prévue pour 2011.

Par ailleurs, le *numerus clausus* pour les étudiants en médecine dans les facultés des Antilles et de La Réunion a été augmenté respectivement de trois et de douze places.

Ce geste reste insuffisant face aux besoins et aux enjeux de formation des habitants de l'outre-mer. Le déficit démographique des professionnels de santé est encore plus marqué outre-mer, comme le montre l'Atlas régional de la démographie médicale française publié par le conseil national de l'Ordre des médecins. La directrice de la caisse générale de sécurité sociale de Guyane, gestionnaire de l'assurance maladie, déclarait ainsi qu'il y a trois fois moins de médecins dans ce département que ce dont il a besoin.

- **Le plan Hôpital 2012**

La première tranche du plan Hôpital 2012, destiné à soutenir des projets immobiliers ou informatiques (systèmes d'information) dans les établissements de santé, a été présentée en février 2010. Sur un total de 1,8 milliard d'euros d'aides ainsi accordées par l'Etat, **seuls 40 millions sont destinés aux Dom, soit 2,2 % du plan**, et il ne semble pas concerner Mayotte ou les Com. Pourtant, les besoins de modernisation et de création sont criants, ne serait-ce que pour les projets de mise aux normes sismiques dont les coûts sont très élevés.

- **L'état d'avancement des autres aspects du plan santé outre-mer**

Plus généralement, votre rapporteur a demandé, dans le cadre du questionnaire budgétaire, une note sur l'état d'avancement du plan santé outre-mer et les crédits du projet de loi de finances afférents. **Le résultat est pour le moins décevant**, puisqu'il oscille entre « *phase de concertation* », « *groupes de travail* », « *études* », « *état des lieux* » et renvoi à la seconde tranche du plan Hôpital 2012 :

¹ Avis n° 113 (2010-2011) d'Anne-Marie Payet, sénateur.

- la création de deux instituts fusionnant les instituts de formation en soins infirmiers et les autres écoles de formation est conditionnée par les résultats de groupes de travail ;

- le développement de la télémédecine sera « *instruit* » dans la seconde tranche du plan Hôpital 2012 et les réseaux de téléenseignement et de visioconférences font l'objet d'un **état des lieux** ;

- en ce qui concerne les risques sismiques et la mise à niveau du parc hospitalier, **un bilan général** de tous les établissements de santé a été entrepris dans le cadre du « plan séisme Antilles », dont votre rapporteur rappelle qu'il a été lancé en janvier 2007... ;

- la révision des coefficients géographiques et la valorisation des surcoûts relatifs aux activités déséquilibrées font l'objet d'**études** ;

- les agences régionales de santé ont entrepris un **état des lieux** relatif aux possibles jumelages avec les CHU de métropole. Rien n'est, en revanche, indiqué, dans cette réponse, sur les liens avec les établissements des pays ou des territoires voisins des Dom ou Com ;

- la lutte contre la drépanocytose « *fera* » l'objet d'un plan spécifique et un protocole national de diagnostic et de soins est en cours de définition.

Certes, l'aide à la résorption des créances irrécouvrables s'est traduite par des dotations spécifiques.

Si certaines actions en faveur de la santé publique outre-mer relèvent plus des pratiques ou du partage d'expériences, **votre rapporteur regrette vivement, comme les années passées, le manque d'actions concrètes et de moyens** dédiés à ces questions : la télémédecine requiert du matériel et de la formation adaptés, la politique de prévention - si essentielle outre-mer en raison des particularismes de certaines pathologies - nécessite du personnel formé et des capacités de publicité.

2. Un constat toujours d'actualité à la mi-2011

a) La synthèse du plan santé au 30 juin 2011, fournie par le ministère en charge de l'outre-mer

Plusieurs décisions importantes ont bien été prises :

- la mise en place des trois premières années d'études médicales à l'université Antilles-Guyane ;

- l'orientation de programmes hospitaliers de recherche clinique sur les maladies émergentes ou spécifiques, avec l'attribution de 3,5 millions d'euros de crédits ;

- l'amélioration de la prise en compte de la drépanocytose, avec une dotation de 334 000 euros ;

- l'application d'un « minimum Dom » pour le calcul des crédits alloués aux plans de santé publique, habituellement répartis par rapport à la population ;

- l'aide à la résorption des créances irrécouvrables qui s'est élevée à 5,9 millions d'euros en 2009 et 2010 ;

- la mobilisation du programme européen Interreg pour promouvoir la coopération dans la zone Caraïbes sur le thème du sida (5,2 millions d'euros sur trois ans) ;

- l'attribution de 80 000 euros par agence régionale de santé (ARS) des Dom pour la coopération interrégionale et internationale.

D'autres aspects, parmi les plus importants du plan, sont toujours en cours d'évaluation ou en attente de décision interministérielle :

- le financement de projets pour développer la télémédecine, le téléenseignement et la visioconférence ;

- la révision des coefficients géographiques¹ et la valorisation de certains surcoûts ;

- la création d'un pôle de santé environnementale à l'institut Pasteur de Guadeloupe ;

- l'accroissement des jumelages avec des CHU de métropole ;

- la mise en place de coopérations régionales.

b) Un sentiment persistant d'insatisfaction

Lors de sa mission, la délégation a eu le sentiment que le plan santé outre-mer apparaissait comme lointain aux acteurs locaux : la conférence interhospitalière Antilles-Guyane a même parlé, en avril dernier, « *d'absence d'exécution du plan santé outre-mer dans les établissements hospitaliers des Dom* » et a rappelé « *la nécessité de son application dans des délais les plus rapides avec des moyens exceptionnels* ».

Deux aspects essentiels ont été évoqués devant la délégation :

- la nécessaire et urgente révision des coefficients géographiques ;

- le développement d'un cursus complet d'études médicales, à même d'attirer des professeurs d'université - praticiens hospitaliers et de favoriser l'installation sur place des étudiants entrant dans la vie professionnelle.

Par ailleurs, la commission des affaires sociales a relevé, à plusieurs reprises, **la faible implication des administrations centrales** dans la mise en œuvre du plan et **l'absence de coordination** interministérielle et au sein du ministère de la santé.

¹ Ce point est plus précisément évoqué dans la partie du rapport consacrée à la Martinique (voir *infra*).

Les conclusions du récent rapport¹ du sénateur Jean-Pierre Fourcade, évaluant la réforme de la gouvernance hospitalière, vont dans le même sens : *« le comité souhaite souligner la situation des régions ultramarines. S'étant rendu en Guadeloupe et en Martinique, il a fait deux recommandations spécifiques. L'une concerne le respect du plan santé outre-mer. L'autre, **la désignation d'un référent ministériel de haut niveau** pour la mise en œuvre de ce plan. »*

¹ Rapport au Parlement du comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, institué par l'article 35 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, présidé par Jean-Pierre Fourcade, juillet 2011.

III. LA MARTINIQUE : ACCOMPAGNER LE TERRITOIRE ET SES ACTEURS

A. LES ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE

1. La nouvelle cité hospitalière Mangot-Vulcin

a) *Un projet ancien, un bâtiment innovant*

Dès 1996 a été envisagé le remplacement du centre hospitalier du Lamentin, dans le centre de l'île, devenu vétuste. Après de longues années d'études, les travaux de construction d'un nouveau site ont été lancés en 2004. Cette cité hospitalière Mangot-Vulcin est l'occasion de regrouper l'ancien hôpital et plusieurs services de l'établissement public de santé mentale de Martinique, appelé hôpital Colson. Elle permet la transformation d'une partie de l'ancien bâtiment en centre d'hémodialyse et de soins de suite et de réadaptation.

La construction de la nouvelle cité, presque terminée lors de la visite de la délégation, a connu des retards révélateurs des difficultés spécifiques à cette région :

- débats sur la meilleure méthode de résistance aux séismes. Cet hôpital doit en effet être parfaitement opérationnel en cas de tremblement de terre pour pouvoir prendre en charge les blessés. Sa conception a été novatrice et il sera le premier de ce type dans la Caraïbe. Au-delà de la résistance des bâtiments eux-mêmes, il était nécessaire de prévoir celle du mobilier ou des équipements lourds : par exemple, le scanner repose sur des appuis parasismiques et l'ensemble du plateau technique, contrairement à celui du CHU de Fort-de-France, respecte les normes en la matière ;

- conséquences des événements cycloniques, dont Dean en 2007, soit de manière directe sur le bâtiment lui-même, soit de manière indirecte sur les entreprises du secteur et sur l'accessibilité du chantier.

Le déménagement des services a commencé le 9 mai et a pris plusieurs semaines.

Si des atermoiements ou incertitudes ont pu exister, la Martinique dispose désormais d'**une cité hospitalière d'avant-garde** : le risque sismique est pleinement pris en compte, la climatisation et l'aération générale du bâtiment s'appuient sur la ventilation naturelle produite par les alizés etc.



b) Un financement pas encore bouclé en raison des surcoûts

Le projet était estimé à 90 millions d'euros en 2002 lors de la notification du marché. Très rapidement, des avenants pour travaux supplémentaires ont été passés pour un montant d'environ 37 millions. Les surcoûts ont été en grande partie financés par des aides supplémentaires de l'Etat *via* le plan Hôpital 2007, des compléments de fonds européens et des subventions des conseils général et régional.

Au total, le plan de financement de 127 millions était couvert à 83 % par des subventions publiques, principalement en provenance de l'Union européenne (46 millions, soit 36 % de l'ensemble), des conseils général et régional (chacun à hauteur de 14 millions, soit 11 %) et de l'Etat (11 millions, soit 9 %). Le solde (39 millions) était porté par des emprunts du syndicat inter-hospitalier, maître d'ouvrage, constitué du centre hospitalier du Lamentin et de l'hôpital Colson.

Le prix final est cependant plus élevé ; **le surcoût s'élève aujourd'hui au minimum à 48 millions d'euros**, mais ce chiffre n'inclut pas différents travaux nécessaires à l'ouverture de l'établissement : création de cinq cents places de parking supplémentaires (les estimations initiales étaient très nettement insuffisantes, ne serait-ce que pour accueillir le personnel de l'hôpital...), clôture de l'enceinte, sécurisation de l'entrée des urgences,

aménagement et mise aux normes de réserves foncières pour accueillir les stocks de la pharmacie et de l'économat.

En outre, le coût global du déménagement, auquel s'ajoute encore la restructuration de l'ancien site (7 millions), est estimé à 10 millions : coût direct (0,7 million), perte d'activité durant les six semaines de transferts (3,6 millions), fonctionnement sur deux sites (2 millions), réorganisation de l'activité (3 millions).

Enfin, la délégation a elle-même pu constater, quelques semaines avant l'ouverture de la cité hospitalière, les **difficultés d'accès du site** : bien que programmés, les travaux d'élargissement de la route départementale à deux voies qui dessert les lieux n'étaient pas engagés. D'ailleurs, les procédures d'acquisition du foncier sur l'emprise de la nouvelle voie n'avaient pas encore abouti. Il serait très dommageable au bon fonctionnement de ce nouvel outil moderne, notamment pour son service des urgences et pour l'accès aux soins de la population, qu'une solution ne soit pas rapidement trouvée à ce problème.

Globalement, au regard des efforts entrepris en termes de modernisation et de rationalisation des activités, la délégation n'estime pas infondé que l'Etat participe par des crédits exceptionnels non renouvelables au bon déroulement du déménagement de l'hôpital et de l'ouverture de la nouvelle cité hospitalière Mangot-Vulcin.

2. La fusion des trois établissements publics de MCO

La Martinique compte trois établissements publics de santé en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) : le centre hospitalier de **Trinité** dessert la population du Nord de l'île mais sa taille est trop limitée et le bâtiment a beaucoup souffert du dernier grand séisme de 2007 ; le centre hospitalier du **Lamentin** n'est situé qu'à quelques kilomètres du centre hospitalier universitaire (CHU) de **Fort-de-France**.

a) Une situation financière insoutenable

L'application à 100 % de la tarification à l'activité (T2A) à partir de 2008 a révélé l'inefficacité de l'organisation et des méthodes de gestion de ces établissements. Leur situation financière s'est sensiblement dégradée sur les exercices 2008, 2009 et 2010.

• Leur perte consolidée s'élève presque à 55 millions d'euros en 2010, soit 14 % de leurs produits.

<i>En 2010, en millions d'euros, après audit</i>	CHU Fort- de-France	Lamentin	Trinité	Comptes consolidés
Produits	278,5	63,7	44,4	383,7
Charges	290,0	78,9	53,6	422,6
Capacité d'autofinancement	-11,5	-15,2	-9,3	-35,9
<i>Taux d'autofinancement</i>	-4,2 %	-23,9 %	-20,8 %	-9,4 %
Résultat net	-25,8	-17,4	-11,2	-54,3
<i>en % des produits</i>	-9,3 %	-27,3 %	-25,1 %	-14,1 %

Ce niveau de déficit provoque nécessairement des **tensions importantes sur la trésorerie** des établissements, ce qui peut **nuire à la sécurité des patients**, car certains fournisseurs rechignent à continuer de travailler avec des retards de paiement aussi longs.

• **La situation financière très inquiétante du CHU de Fort-de-France**

Le CHU de Fort-de-France dispose de 1 300 lits et reçoit chaque année environ 40 000 malades. Le 15 octobre 2010, il a signé, avec le directeur général de l'ARS, **un plan de retour à l'équilibre** qui prévoyait de contenir le déficit aux environs de 22 millions en 2011, en baisse par rapport aux années passées, grâce à d'importants efforts de gestion.

Or, l'établissement a appris au printemps dernier que les dotations qu'il percevait pour financer ses missions d'intérêt général et ses missions d'enseignement et de recherche (Merri) subiraient une diminution de 12,7 millions d'euros au titre de 2011. Cette baisse de plus de 7 millions des seuls crédits Merri résulte notamment de la réforme nationale de leur modèle de financement, mise en œuvre de manière progressive pour être intégrale en 2011 ; ces crédits reposent dorénavant sur trois parts tenant compte des charges fixes, du nombre d'étudiants, de publications scientifiques et de brevets et des projets de recherche. Il est certain que cette réforme, qui pèse sur les petits établissements hospitalo-universitaires, a des conséquences fortes sur le CHU de Fort-de-France.

De ce fait, l'état prévisionnel des dépenses et des recettes prévoit aujourd'hui un déficit de 34 millions d'euros pour 2011.

Par ailleurs, le CHU a dû négocier un emprunt de trésorerie avec un pool bancaire ; après presque huit mois de discussions, il a été obtenu le 30 mai et les sommes encore dues aux fournisseurs au titre de 2010 (22 millions) devaient pouvoir être réglées courant juin. **Cette solution, si**

indispensable qu'elle soit, ne saurait être satisfaisante car elle consiste à financer par emprunt des charges courantes.

En termes d'investissements, le CHU rencontre les plus grandes difficultés à boucler le plan de financement pour la **reconstruction du plateau technique** qui, aujourd'hui, ne respecte pas les normes parasismiques, alors que le bâtiment date de 1984. La contribution de l'Etat à ce programme a été confirmée en février 2010 dans le cadre du plan Hôpital 2012 pour un montant direct de 36 millions d'euros ; s'y ajoutent une subvention européenne pour 34,6 millions et une aide du conseil régional pour 16,9 millions. Il reste à emprunter 76,5 millions par le CHU, dont 53 sont adossés à une autre aide du plan Hôpital 2012 (4,5 millions versés chaque année sur vingt ans¹). Les difficultés récentes pour boucler un emprunt de trésorerie laissent mal augurer de la suite des événements, ce qui signifie qu'en cas de séisme majeur, le plateau technique du CHU de Fort-de-France ne pourra certainement pas être utilisé pour venir en aide aux blessés.

b) Un exemple de recomposition de l'offre hospitalière...

Dans ce contexte financier très dégradé, le projet médical de territoire a entériné la fusion des trois établissements, qui constitueront un nouveau CHU à compter du 1^{er} janvier 2012.

Lors de sa visite, la délégation a pu constater la mobilisation des communautés hospitalières et soignantes et l'arrivée à maturité d'un certain nombre de projets d'organisation de filières de soins. Si la dynamique d'ensemble est donc bien engagée, les difficultés demeurent importantes face à l'ampleur du projet. La délégation a également apprécié **le discours de vérité tenu par l'ARS** sur la nécessité et les conditions de la fusion, ainsi que sur les tensions qu'elle peut entraîner sur les personnels, y compris au niveau des directions. Le projet de fusion suscite logiquement des peurs et des doutes sur l'avenir, mais il est aussi l'occasion de **remobiliser les personnels**, dont il a été signalé à la délégation que le taux d'absentéisme est extrêmement élevé, notamment pour des longues durées. Trop longtemps, l'emploi hospitalier a servi « d'amortisseur social », ce qui n'est plus compatible avec les réalités financières.

Le choix s'est porté sur une fusion et non sur la création d'une communauté hospitalière de territoire qui n'aurait pas permis les mêmes regroupements d'activités et les mêmes économies d'échelle. De fait, l'ARS a constaté que le niveau de production de l'offre de soins n'est pas en adéquation avec les besoins ; il existe une surdotation globale des capacités par rapport à l'activité réelle, alors même que la population n'a pas le sentiment de bénéficier d'une proximité des soins particulière.

¹ A noter que le choix de l'Etat de verser plus de la moitié de son aide étalée sur une longue période est certes respectueux de sa propre trésorerie, mais produit des frais financiers importants pour l'établissement.

Enfin, la délégation regrette de n'avoir pu, faute de temps, visiter **la maison de la femme, de la mère et de l'enfant (MFME)**. Exemple de réorganisation des activités sur un territoire, celle-ci regroupe, depuis le 3 mars 2008, les disciplines médicales de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique. Cette maternité de niveau III comprend les services d'imagerie médicale, un bloc opératoire et un bloc obstétrical, ainsi que des centres de préparation à la naissance, de protection maternelle et infantile, de grossesse à haut risque et de planning familial. La MFME accueille également dans ses locaux l'école interrégionale de sages-femmes de la Martinique.

c) ... qui a besoin et qui mérite d'être accompagné

La délégation a rencontré, lors de son déplacement, le directeur général du CHU, les directeurs des deux autres centres hospitaliers, ainsi que plusieurs responsables administratifs et médicaux des trois établissements ; elle a constaté leur détermination à s'engager sur la voie du redressement et de l'optimisation dans la gestion de ce futur établissement.

Plus généralement, l'ARS a enclenché **une dynamique pour gagner en efficience dans les établissements de santé** : maîtriser les effectifs avec une politique de zéro recrutement ; développer les recettes avec un meilleur codage et une exhaustivité de la facturation ; optimiser les prises en charge avec le développement de l'hospitalisation de jour ; mutualiser les fonctions transverses etc.

Cette démarche positive et porteuse d'avenir pour les Martiniquais mérite d'être soutenue et accompagnée.

Or, diverses difficultés ont été portées à l'attention de la délégation, dont elle souhaite ici se faire l'écho.

- Tout d'abord, l'amélioration de l'efficience et de l'organisation ne peut **donner de résultats que sur le moyen terme** : la diminution du nombre d'agents ne peut être que progressive, sauf à procéder à des licenciements, ce qui ne serait pas envisageable ; l'outil de production doit être aménagé et modernisé, que ce soit en développant de nouveaux modes d'hospitalisation (de jour ou à domicile) ou en optimisant les caractéristiques techniques des plateaux techniques et leur durée d'utilisation, ce qui - là aussi - demande du temps.

Pourtant, alors que le CHU de Fort-de-France a conclu un plan de redressement financier avec l'ARS pour un retour à l'équilibre de ses comptes, il subit parallèlement, et de manière brutale, un gel ou une diminution de certaines de ses dotations budgétaires. Il serait pourtant légitime, **pour les établissements qui ont conclu un plan de redressement pluriannuel avec leur ARS**, de procéder à **un moratoire des baisses de dotations**, le temps que la situation redevienne normale. En outre, ces établissements, plus que les autres, ont **besoin de stabilité** et de perspectives pluriannuelles claires : comment le pool bancaire qui a tant tardé à accorder un emprunt de trésorerie au CHU en mai peut-il comprendre la décision concomitante de l'Etat

d'amputer les recettes de 12,7 millions d'euros ? Il est à craindre que, la prochaine fois, le CHU aura plus de difficultés encore à trouver un partenaire financier.

● Ensuite, tant l'ARS que les représentants des établissements ont soulevé la question du juste niveau du **coefficient géographique** correcteur. La mise en place de la tarification à l'activité, qui s'est substituée à un financement par dotation globale, a abouti à la définition de tarifs nationaux de prestations et à celle de forfaits annuels pour certaines activités qui, par leur nature, nécessitent la mobilisation de moyens importants ; pour tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière « *manifeste, permanente et substantielle* » le prix de revient de certaines prestations, un coefficient géographique peut s'appliquer à ces tarifs et forfaits¹.

Ce coefficient a été fixé à 25 % pour la Martinique, la Guadeloupe et la Guyane ; il est de 30 % à La Réunion, de 5 % en Corse et de 7 % en Ile-de-France. L'ARS de Martinique estime de son côté que les coûts spécifiques, notamment en termes de personnel, de frais d'approche et de gestion de stocks, justifieraient un taux de 29 % ; à une question sur l'état du dialogue avec le ministère de la santé, son directeur général a répondu de manière sibylline que « *des notes étaient remontées* ».

Il ne revient pas à la délégation ou à la commission d'évaluer le niveau du coefficient géographique, mais **il est urgent qu'une réponse précise et pérenne soit apportée aux acteurs locaux**, conformément d'ailleurs au plan santé outre-mer : « *Les Dom ont un besoin réel d'objectivation des effets financiers délétères de leurs spécificités* ».

● Enfin, à coté des coefficients géographiques qui corrigent une part des tarifs, le même plan a judicieusement posé la question du financement de certaines activités structurellement déficitaires, notamment en raison de l'étroitesse des bassins de population : « *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 neurochirurgie, le TEP Scan et caisson hyperbare, et à chiffrer. Compte tenu de la nécessité d'aboutir rapidement sur le financement des surcoûts liés aux activités de recours, le 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* ».

Il s'agit d'une piste intéressante, évoquée par le directeur général de l'ARS et qui mérite d'être explorée de manière précise ; pour autant, le recours aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), dont le montant global s'est beaucoup accru ces dernières années, ne saurait masquer l'absence d'efforts sur la gestion et l'organisation de l'offre de soins et constituer une réponse générale à toutes les questions posées. Ceci rejoint le

¹ Article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

constat fait par la commission des finances du Sénat dans un récent rapport de Jean-Jacques Jégou¹.

En tout état de cause, la synthèse de l'avancement du plan santé outre-mer parle toujours, au 30 juin 2011, de « *travaux d'évaluation en cours de réalisation* » et d'une « *objectivation en cours* » pour la révision des coefficients géographiques et la valorisation des activités structurellement déficitaires, alors même qu'il était question de rebaser les dotations « *dès 2010* » ! Qui plus est, on a vu que certaines dotations ont bien été rebasées, mais uniquement à la baisse par application d'une réforme nationale.

3. Les autres enjeux

a) *L'importance de la gestion de crise*

La Martinique se situe dans une zone où les risques sanitaires sont élevés. Elle a ainsi fait face à **vingt-huit crises majeures entre 2005 et 2010** : crash de l'avion de la *West Caribbean* à Maracaïbo au Venezuela, qui a fait cent soixante morts dont cent cinquante-deux Martiniquais le 16 août 2005 ; plusieurs séismes et événements cycloniques sur l'île ou dans la région ; diverses épidémies, dont celle de dengue en 2010 ; éruption volcanique à Montserrat qui a provoqué un nuage de fumées dans les Caraïbes...

Les équipements publics doivent être calibrés pour répondre à ces situations d'urgence, ce qui justifie un relatif surdimensionnement de certaines activités.

Les personnels et infrastructures de l'île ont été fortement mobilisés en 2010 pour venir au secours de la population, à la suite du terrible **tremblement de terre à Haïti** le 12 janvier qui a fait plus de 220 000 morts. Les établissements de santé ont acheminé du personnel et des équipements sur place et ont accueilli de nombreux blessés. Un « retour sur expérience » devra être réalisé pour évaluer les modalités de mobilisation en cas de survenance d'un tel événement ; d'ores et déjà, on peut estimer que la coordination, à la fois entre acteurs martiniquais et avec les équipes envoyées de métropole et des autres départements français d'Amérique, et la gestion des besoins en matériel de soins et produits pharmaceutiques doivent être améliorées.

En ce qui concerne plus précisément les établissements publics de santé ainsi mobilisés, on peut relever une certaine inadéquation de la tarification à l'activité en de telles circonstances, car la prise en charge est plus lourde et complexe que pour un patient classique ; il sera en outre nécessaire de renouveler le matériel utilisé. Surtout, l'attention de la délégation a été attirée sur **l'importance des frais engagés par les hôpitaux de Martinique pour la prise en charge des blessés haïtiens, et non encore**

¹ « *Les Migac : un enjeu à la croisée des réformes du secteur hospitalier* », rapport Sénat n° 686 (2010-2011), 29 juin 2011.

remboursés plus d'un an après : 1,3 million d'euros, dont 0,7 pour le CHU de Fort-de-France et 0,6 pour le centre hospitalier du Carbet.

Les membres de la délégation ont conjointement saisi Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé, de ce **retard inadmissible**¹ : les dépenses engagées l'ont été sur demande de l'Etat ; à lui de les assumer. On l'a vu, ces établissements connaissent des situations de trésorerie très tendues (le CHU a dû contracter, en juin dernier, un emprunt de trésorerie de 22 millions pour faire face à des charges courantes de 2010). Il est légitime que la solidarité nationale prenne en charge les dépenses liées à l'intervention d'équipes envoyées sur place et à l'hospitalisation de patients haïtiens en France à la suite du tremblement de terre.

b) Périnatalité et petite enfance

La mortalité maternelle est nettement plus fréquente dans les Dom qu'en métropole et la mortalité infantile est deux fois plus élevée en Guadeloupe, Martinique et à La Réunion et presque quatre fois plus en Guyane.

	Taux de mortalité infantile (taux pour mille)*	Taux de mortalité maternelle (taux pour 100 000 naissances vivantes, période 2001-2006)**
Guadeloupe	6,9	38,8
Martinique	7,5	21,5
Guyane	13,6	47,9
La Réunion	8,0	26,4
France entière	3,8	9,6

*Source : Insee

**Source : Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'Institut de veille sanitaire, n° 2-3 du 19 janvier 2010

Face à ce constat, les ARS des Dom ont pour mission d'intégrer, dans les plans régionaux de santé, l'objectif de réduire le taux de mortalité infantile évitable de 50 % en cinq ans.

L'ARS a présenté à la délégation l'état d'avancement de ses travaux en la matière. La situation présente des forces et des faiblesses : un dispositif de prise en charge diversifié, un maillage harmonieux des PMI et des centres de planning familial, un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, une démographie de sages-femmes suffisante, mais aussi des indicateurs préoccupants et des facteurs de risques médicaux et sociaux défavorables, des difficultés de coordination, des informations parcellaires et des freins culturels. Face à cela, la création des ARS doit permettre une meilleure

¹ Voir lettre en annexe.

gouvernance et les acteurs martiniquais ont marqué une volonté de redéploiements du secteur sanitaire vers la prévention.

Le projet de plan stratégique régional de santé affiche trois priorités, déclinées en objectifs :

- agir sur les indicateurs régionaux défavorables de mortalité périnatale, de naissance prématurée et d'IVG : mieux connaître et faire connaître les déterminants et les facteurs de risque à l'origine des indicateurs défavorables, assurer à chaque Martiniquais(e) une connaissance suffisante pour gérer sa vie sexuelle et reproductive, organiser sur les quatre territoires de proximité une approche multidisciplinaire coordonnant les missions des différentes structures et professionnels ;

- développer une politique de dépistage et de suivi des enfants à risque de handicap ;

- piloter, coordonner et évaluer régionalement la politique de périnatalité.

Au total, **ce projet reste de portée générale**. Il témoigne cependant d'une prise de conscience de l'enjeu et il sera nécessaire d'en évaluer à court terme les effets sur les statistiques de mortalité infantile et en couches.

c) Drépanocytose

La drépanocytose, première maladie génétique en France, est **une pathologie de l'hémoglobine** grave et incurable. Elle a pour effet une diminution de la quantité d'oxygène contenue dans le sang (hypoxie) et une augmentation de l'acidité du sang (acidose). Ses symptômes sont très divers d'une personne à l'autre : déshydratation, fatigue, fièvre, inflammation, infection et efforts physiques importants. En effet, les globules rouges drépanocytaires sont déformés, rigides, fragiles, peuvent bloquer les petits vaisseaux en formant des bouchons, transportent des gaz moins bons et vivent nettement moins longtemps que des globules normaux.

C'est une maladie autosomique récessive : les deux parents doivent donner chacun à l'enfant un allèle défectueux pour que la maladie se déclare. Lorsque le gène muté n'existe qu'en un seul exemplaire, il offre au contraire **une protection contre le paludisme**. C'est sans doute la raison pour laquelle il a survécu dans l'évolution génétique ; d'ailleurs, une forte prévalence des gènes mutés est observée dans les zones étant ou ayant été impaludées : Afrique centrale et de l'ouest (15-25 % de porteurs dans la population), Dom d'Amérique (10-12 %) et régions méditerranéennes (1-15 %). On estime qu'en Europe, un individu sur 250 est porteur sain du gène. En France métropolitaine, l'Ile-de-France est la région la plus concernée, avec environ une naissance sur 700¹, une sur 360 en Martinique.

¹ Source : site internet de l'Inserm.

Plus de 12 000 patients sont traités en France, dont environ la moitié d'enfants ; 30 % de ces patients sont originaires des Dom. Un dépistage néonatal a été mis en place de manière systématique depuis 1984 dans les Dom.

Depuis 1999, la Martinique a créé un **centre intégré de la drépanocytose** à l'hôpital du Lamentin pour permettre une prise en charge globale des patients afin de respecter l'égalité dans l'accès aux soins, de repérer les patients aux profils sévères et de gérer les périodes critiques : dépistage, prévention, éducation sanitaire, conseil génétique, information, formation et accompagnement social, professionnel et psychologique. Le seul traitement curatif est la greffe de moelle et il est essentiel d'accompagner les patients pour « gérer » au mieux la maladie, notamment pendant les crises.

La méthode thérapeutique majeure, qui peut toutefois entraîner des complications, consiste en une transfusion sanguine mensuelle tout au long de la vie. Or, aujourd'hui, la Martinique n'est pas encore équipée d'appareil à érythracytaphérèse, qui comporte d'indéniables avantages par rapport à l'échange exclusivement manuel usuellement pratiqué : meilleure tolérance clinique et hémodynamique, absence de surcharge en fer et rapidité de l'opération.

Le centre de référence des syndromes drépanocytaires majeurs du centre hospitalier du Lamentin demande **l'achat de deux appareils** de ce type, proposition soutenue par la délégation dans une lettre qu'elle a envoyée au ministre du travail, de l'emploi et de la santé¹.

La délégation soutient également les autres actions présentées lors de la mission afin de développer les échanges avec les autres centres et experts, mettre en place un registre et améliorer les ressources humaines pour mieux prendre en charge les patients, développer la recherche et amplifier les coopérations. Pour reprendre la conclusion de la présentation qui lui a été faite à l'occasion de sa visite, il s'agit de faire en sorte que le patient ait la vie la plus normale qui soit.

B. L'HABITAT INFORMEL ET L'INSALUBRITÉ

1. Un état des lieux connu et partagé par l'ensemble des acteurs

La question du logement dans les départements d'outre-mer a fait l'objet d'une attention soutenue du Sénat, que ce soit de la part de sa commission des finances, qui a produit ces dernières années deux rapports, ou de la mission commune d'information sur la situation dans les Dom.

La commission des affaires sociales en a fait un point central de ses avis budgétaires depuis plusieurs années et s'est récemment saisie pour avis de la proposition de loi portant dispositions particulières relatives aux quartiers

¹ Voir lettre en annexe.

d'habitat informel et à la lutte contre l'habitat indigne dans les départements et régions d'outre-mer, devenue loi n° 2011-725 du 23 juin 2011¹.

Sans revenir sur le rapport de Serge Larcher, **le constat est unanime : le logement connaît, outre-mer, une crise particulièrement aiguë**. Les explications en sont multiples : des contraintes géographiques et sociales spécifiques, des coûts de construction élevés, un foncier et un aménagement urbain limités, une faible implication des acteurs nationaux...

En outre, l'habitat insalubre y persiste de manière importante. De la même manière que pour les normes hexagonales ou communautaires appliquées trop uniformément, **la lutte contre l'insalubrité est handicapée par une inadéquation des procédures définie nationalement et qui ne sont pas « déclinées » pour l'outre-mer**.

C'est à partir de ce constat que Serge Letchimy, député, président du Conseil régional et ancien maire de Fort-de-France, a présenté un rapport sur ce thème au Gouvernement en septembre 2009 et a déposé la proposition de loi susmentionnée, qui a été adoptée à l'unanimité à l'Assemblée nationale et au Sénat. Elle tend à **apporter des réponses concrètes** à des situations de fait présentes principalement en Martinique et en Guadeloupe : mieux repérer l'habitat informel ; adapter les mesures de police (périmètres d'insalubrité, arrêté d'insalubrité et arrêté de péril) aux situations d'occupation sans droit ni titre ; faciliter l'aménagement urbain et la construction d'équipements publics en versant une aide aux occupants qui quittent leur domicile ; améliorer la procédure de déclaration de parcelle en état d'abandon manifeste et simplifier leur expropriation.

2. Le constat fait par la délégation à Fort-de-France : prendre en compte l'occupation sans droit ni titre

Selon l'article 552 du code civil, « *la propriété du sol emporte la propriété du dessus et du dessous* » : de droit ancien, le propriétaire du terrain est ainsi présumé l'être des constructions édifiées dessus, sauf dispositions contractuelles contraires. Toutefois, la propriété peut être acquise par prescription², dans un délai de trente ans réduit à dix en cas d'acquisition de « *bonne foi et par juste titre* »³. Ce régime de prescription acquisitive, également appelé usucapion, n'est cependant pas utilisé outre-mer, tant par méconnaissance que par impossibilité de la pratiquer sur le domaine public du fait du caractère inaliénable et imprescriptible de tels terrains⁴.

¹ Avis n° 464 (2010-2011) présenté au nom de la commission des affaires sociales par Serge Larcher, sénateur, avril 2011.

² Article 712 du code civil.

³ Articles 2272 et 2273 du code civil.

⁴ Article L. 3111-1 du code général de la propriété des personnes publiques.

Or, de multiples raisons expliquent le nombre très important d'**occupants sans droit ni titre** outre-mer. Ainsi, lors de l'exode rural brutal qui a eu lieu dans les années cinquante et soixante et en présence d'un déficit massif de logements, les « immigrés de l'intérieur » se sont installés sur les seuls terrains restant disponibles, souvent en zone à risque naturel élevé, et ont construit une « case » précaire qu'ils ont peu à peu « durcifiée », notamment lorsque leur famille les rejoignait. Cette urbanisation improvisée est relativement stabilisée en Martinique, en Guadeloupe et à La Réunion, mais elle continue de croître à la Guyane et à Mayotte.

Le rapport de Serge Letchimy estime que, dans les quatre Dom, **environ 50 000 ménages occupent ainsi sans droit ni titre** des locaux ou cases construites sans permis, en dehors de toute réglementation, sur des terrains ne leur appartenant pas et sans autorisation du propriétaire. Il s'agit souvent d'**occupation de bonne foi et ancienne**. Les terrains d'assiette sont fréquemment une emprise publique, comme à Trénelle où la commune est propriétaire, ou à Volga-Plage, autre quartier de Fort-de-France, où l'Etat¹ et la commune sont, chacun, propriétaires de la moitié du quartier environ. Il peut également s'agir de terrains privés, souvent en indivision ou sans propriétaire connu.

a) Le quartier Trénelle-Citron



¹ Zone des cinquante pas géométriques.

La délégation a visité le **quartier Trénelle-Citron**, accompagnée de plusieurs élus locaux, Brunette Belfan, adjointe au maire de Fort-de-France, Catherine Conconne, première vice-présidente du Conseil régional, et Jocelyn Régina, élu conseiller général du canton en 2010, ainsi que de plusieurs représentants des services de l'Etat, de la mairie et de la Semaff, société d'économie mixte d'aménagement de Fort-de-France.

Situé à flanc de colline et coincé entre la rocade, la rivière et le Fort Desaix, ce quartier recouvre plus de trente et un hectares alignés sur près de deux kilomètres ; il compte aujourd'hui environ **huit mille habitants**. Il fait l'objet, depuis de nombreuses années, de plusieurs opérations urbaines, qui ont permis d'améliorer la vie quotidienne des habitants mais qui butent régulièrement sur des problèmes juridiques concrets ne rentrant pas dans le cadre légal métropolitain. Ses handicaps restent **l'insuffisance d'équipements publics**, son **enclavement** malgré l'ouverture récente d'un pont pour enjamber la rivière Madame à partir de la route de Balata, sa **vulnérabilité globale aux risques sismique et naturel** (on peut mentionner la précarité de constructions à flanc de colline en cas de pluies intenses, régulières à la Martinique).

Concrètement, la délégation a particulièrement arpenté le secteur des **Berges de Briant**, classé en zone rouge du plan de prévention des risques et qui subit **un double enclavement** : la rivière qui, si elle est en crue, en restreint fortement l'entrée ; les marches, étroites et pour le moins irrégulières, qui limitent l'accès aux habitations, y compris pour les services de secours en cas de besoin.



Elle a également constaté **le caractère dynamique de la vie locale et l'attachement des habitants à leur quartier**. D'ailleurs, la ville a des difficultés à reloger ailleurs un certain nombre d'entre eux qui ne veulent pas quitter Trénelles, même pour un logement social neuf.

b) Le quartier Volga-Plage

L'agence des cinquante pas géométriques a présenté à la délégation la situation particulière du quartier de Volga-Plage, construit sur la mangrove au bord de la baie de Fort-de-France. Ce secteur compte environ 2 400 habitants sur un foncier réparti entre l'Etat et la commune. Comme à Trénelles, les réseaux, notamment d'assainissement, et la circulation posent d'importantes difficultés en l'absence de programmation de l'urbanisation et d'organisation de l'habitat.

Un diagnostic urbain a été réalisé ; il met en avant la surdensité et l'exiguïté des habitats qui peuvent entraîner des conflits de voisinage, l'accessibilité réduite, la faiblesse des espaces publics, la circulation difficile et le peu de mixité des constructions, presque uniquement réservées au logement. Une étude tendant à réorganiser l'espace et le bâti doit être lancée à l'été 2011.

C. LE SERVICE MILITAIRE ADAPTÉ : UNE RÉUSSITE SUR LE LONG TERME

1. Le service militaire adapté

Le service militaire adapté (SMA) a été créé à l'initiative de Michel Debré, en 1961 aux Antilles et en Guyane, avant d'être étendu à la quasi-totalité des outre-mer. Sa mission première était d'**assurer, dans un environnement à caractère militaire, une formation professionnelle à de jeunes ultramarins volontaires en difficulté** ; il contribue désormais également, par le biais de chantiers d'application, au développement économique des départements et collectivités d'outre-mer, ainsi qu'à la protection civile, notamment lors des catastrophes naturelles.

Le SMA s'adresse à de jeunes ultramarins, garçons ou filles, âgés de dix-huit à vingt-six ans, souvent sans diplôme ou en situation d'échec scolaire et n'ayant que peu de chances de trouver un emploi. Si l'engagement à servir dans le SMA est fondé sur le volontariat, il existe une procédure de sélection afin de vérifier que le candidat répond aux critères fixés, y compris en termes de conditions d'aptitude physique, et qu'il n'a pas eu de démêlés trop lourds avec la justice.

Son objectif est de permettre à un jeune en difficulté de recevoir une formation de base, afin de lui permettre ensuite d'obtenir un diplôme ou de trouver un emploi. Ce dispositif constitue pour ce profil de jeunes le « *chaînon manquant* » entre la formation initiale et la vie professionnelle.

Au total, plus de 120 000 jeunes sont passés par le SMA depuis sa création en 1961. Aujourd'hui, trente-sept métiers sont proposés dans des secteurs de forte demande de main-d'œuvre tels que le bâtiment, la restauration, la sécurité, la pêche ou le tourisme.

2. Un dispositif qui a fait ses preuves

Le service militaire adapté peut se prévaloir d'un incontestable succès : le bilan 2008 fait ainsi apparaître **un taux d'insertion de 80 %** pour l'ensemble des jeunes incorporés.

En 2008, le SMA a concerné 2 900 ultramarins volontaires (dont un quart de jeunes filles) répartis dans les sept unités situées à la Martinique, en Guadeloupe, en Guyane, à La Réunion, à Mayotte, en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, auxquelles s'ajoute une unité en métropole située à Périgueux. Entre 30 % et 40 % peuvent être considérés comme illettrés et 75 % ne sont pas titulaires du brevet des collèges.

Le SMA dispose actuellement d'environ sept cents personnels d'encadrement, en majorité des militaires détachés par le ministère de la défense, ainsi que d'un état-major. Son budget total est de 124 millions d'euros en 2009, comprenant des dotations de l'Etat, des subventions de l'Union européenne et des collectivités d'outre-mer.

Au-delà du bilan quantitatif en termes d'insertion professionnelle, il est important de souligner que le SMA joue un rôle notable pour **insérer le volontaire dans la société** et l'accent est mis durant l'année de stage, non seulement sur la formation mais aussi sur **le comportement et les règles de vie à respecter en société**. La formation globale proposée par le SMA est ainsi fondée sur la rupture que supposent l'acte d'engagement et la vie en internat dans une enceinte militaire. D'ailleurs, le SMA met plus l'accent sur « l'employabilité » des jeunes volontaires que sur l'accès direct à un emploi précis.

3. Le régiment de la Martinique

Depuis sa création en 1961, le régiment de la Martinique a dispensé une formation militaire et professionnelle à plus de 20 000 jeunes, contribuant à leur insertion, ainsi qu'à la mise en valeur du département par de nombreux chantiers d'application, dont des travaux routiers de très grande ampleur dans le sud de l'île. Il est régulièrement sollicité lors des passages des cyclones sur les Antilles ou dans la zone Caraïbes ; il est dernièrement intervenu en Haïti à la suite du terrible tremblement de terre de janvier 2010.

En 2010, son budget s'élève à 5,8 millions d'euros, dont 3 en provenance du fonds social européen, et il emploie 127 personnes, militaires et civils.

Le SMA dispose de trois voies de recrutement :

- les **volontaires stagiaires**, au nombre de 410 à la Martinique, ont entre dix-huit et vingt-cinq ans, sont sans qualification ; ils sont nourris, logés et rétribués 315 euros par mois. Pendant leur premier mois, ils suivent une formation militaire initiale ; ensuite, le processus d'insertion comporte quatre modules : la formation professionnelle proprement dite, une formation citoyenne, une remise à niveau scolaire, qui leur permet de valider un niveau équivalent à la fin du collège environ, et une formation aux premiers secours. 41 % d'entre eux sont illettrés au départ ;

- les **volontaires techniciens**, au nombre de 123 à la Martinique, ont le même âge mais sont titulaires d'un diplôme niveau CAP, BEP ou Bac Pro. Un contrat d'un an renouvelable quatre fois leur permet d'acquérir une première expérience professionnelle ; ils sont nourris, logés et rémunérés 850 euros par mois ;

- les **engagés volontaires**, au nombre de 19 à la Martinique, sont titulaires d'un Bac Pro ou plus et, avec un contrat de deux à cinq ans, assurent un rôle d'encadrement et de formation. Ils sont rémunérés 1 250 euros par mois.

Le taux de sélection est de un sur deux, parmi les demandes correspondant aux critères (âge, physique, absence de casier judiciaire...). En 2010, le régiment comprend 26 % de volontaires féminines.

Les formations sont diverses : métiers de la terre, du bois, de la sécurité, du transport de personnes, mais aussi mécanique automobile ou conduite d'engins de voirie. En outre, la délégation a pu tester directement la qualité du travail des volontaires de la **filière restauration**, le régiment disposant en effet d'un restaurant d'application ; elle souhaite remercier le colonel Pierre Heinzmeier, chef de corps, de son invitation et féliciter les jeunes et leurs formateurs.

Ces formations débouchent sur des attestations ou des certificats qui, sans être reconnus comme des diplômes ou des titres, sont appréciés des acteurs économiques locaux, si bien que le taux d'insertion est élevé : 82 %. Parmi ces jeunes considérés comme insérés, 49 % ont trouvé un emploi en CDD ou en CDI, 36 % poursuivent une autre formation en Martinique ou en métropole et 15 % sont entrés dans l'armée.



Dans le cadre du plan de doublement du SMA annoncé par le Président de la République en 2009, le régiment de Martinique doit acquérir de nouvelles infrastructures, mettre en œuvre une ingénierie de formation différenciée entre les stagiaires, dont la durée d'engagement variera entre six et douze mois, garantir le flux de recrutement et maintenir le rayonnement social du SMA. Il doit également maintenir sa capacité d'intervention, notamment en cas de catastrophe. Pour cela, il a programmé la construction de trois bâtiments, de cinq ateliers techniques et d'un restaurant de huit cents couverts. Il souhaite également diversifier les formations, en créant quatre nouvelles filières en 2013 : énergies renouvelables, maraîchers option banane, élagage et charpente métallique.

Le SMA affiche un succès reconnu ; il permet d'insérer des jeunes ultramarins en grande difficulté. **2011 est l'année de son cinquantième** et de nombreux volontaires, notamment issus du régiment de Martinique, vont défiler sur les Champs-Élysées pour le 14 juillet afin de fêter comme il se doit cet anniversaire. Le plan de doublement des effectifs engagé doit avoir pour résultat de conforter le bilan du SMA, sans affecter le niveau de qualité des formations.

IV. LA GUYANE : PRENDRE LA MESURE DE L'EFFORT À FOURNIR

Une seule de nos colonies, la Guyane, peut devenir un jour importante. La nature lui a fait part de tous ses dons ; mais cette colonie est, pour ainsi dire, abandonnée... Il dépend entièrement du Ministre de la marine et des colonies, d'élever à un point d'opulence prodigieux la Guyane française, de consoler ainsi la nation de la perte de Saint-Domingue.

Pierre-Charles Fournier de Saint-Amant, secrétaire du Gouverneur de la Guyane, 1822

A. UN TERRITOIRE ET UNE POPULATION AUX CARACTÉRISTIQUES EXCEPTIONNELLES

1. Un espace hors du commun

L'espace guyanais présente des caractéristiques qui handicapent le développement du territoire :

- **un grand espace peu disponible.** Seule la bande côtière est aménagée où sont implantés trois bassins isolés les uns des autres (Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni). Les trois quarts sud, qui abritent néanmoins environ 7 % de la population, ne sont accessibles que par voie aérienne ou fluviale¹.

Avec 91 000 kilomètres carrés, la Guyane représente le triple de la Belgique et a la même superficie que le Portugal ou que quinze départements métropolitains ;

- **un climat chaud et humide.** Si la région est exempte de risque cyclonique ou sismique, elle est soumise aux aléas liés à son climat (présence de parasites, développement des épidémies...). Elle est également régulièrement frappée par de fortes inondations, qui peuvent notamment provoquer des mouvements de terrain : en avril 2000, dix personnes sont mortes dans le quartier du Mont Cabassou à Cayenne en raison d'un effondrement.

Au total, **la logistique est nécessairement coûteuse** ; le cloisonnement et l'éloignement renchérissent à la fois les investissements et les charges de fonctionnement.

La Guyane est également riche de ce territoire, qui recèle de formidables atouts naturels (biodiversité, forêt, minerais...), peu mis en valeur aujourd'hui. Leur exploitation est entravée par plusieurs facteurs exogènes d'origines diverses : pression de l'orpaillage clandestin, dont les conséquences sont très néfastes sur l'environnement et l'état de santé de la population en

¹ *Quelques jours avant le déplacement de la délégation, le sous-préfet de Saint-Laurent-du-Maroni a effectué une visite dans son arrondissement, en remontant le fleuve en pirogue durant une semaine.*

raison des produits toxiques déversés dans les rivières ; contexte international plus enclin à la conservation du milieu naturel qu'à son exploitation par l'être humain.

2. Une population jeune, diverse et en grande précarité

La population guyanaise, **environ 230 000 habitants en 2010**, est jeune et en forte croissance : son taux de variation annuelle est de l'ordre de 3,9 % dont les trois quarts proviennent du solde naturel entre les décès et les naissances et un quart du solde migratoire. En 2007, l'âge moyen y est de 26,4 ans et les moins de vingt ans représentent 44 % de la population. Celle-ci a quasiment doublé en vingt ans et, selon l'Insee¹, elle atteindra **574 000 habitants en 2040**, si les tendances démographiques récentes en termes de fécondité, de mortalité et de migrations se prolongent. L'excédent naturel expliquerait 80 % de l'augmentation de la population sur cette période.

La Guyane est la région française où la part de la population immigrée est la plus forte (30 %) ; elle est principalement originaire de trois pays : le Surinam, Haïti et le Brésil.

Les Français y sont eux-mêmes **une mosaïque d'ethnies**, avec six groupes communautaires amérindiens, quatre groupes de Bushinenge² et des minorités d'origine chinoise, libanaise, sud-américaine ou Hmong.

Enfin, nul n'est besoin d'insister sur le **faible niveau de vie** :

- 26,9 % des ménages guyanais vivaient, en 2006, en dessous du seuil de pauvreté monétaire contre 16,4 % à la Martinique ou 11,7 % en métropole ;

- le revenu disponible brut des ménages est inférieur de moitié à celui de la métropole ;

- la part de bénéficiaires du RMI³ est de 16 % dans la population active contre 3,5 % dans l'hexagone ;

- le taux de chômage s'élève à 21 %.

3. L'illusion de la frontière

A l'est, la Guyane possède 520 kilomètres de frontières avec le Surinam ; à l'ouest, 700 kilomètres avec le Brésil. Or, ces frontières sont constituées de fleuves peu larges et navigables, qui ne sont pas perçus par les populations comme une frontière mais comme **une voie d'échanges et de communications**. Les Amérindiens ou les Bushinenge vivent naturellement de

¹ « Projections de population à l'horizon 2040 », Insee Antilles-Guyane, Premiers résultats, n° 71, janvier 2011.

² Les Noirs-marrons ou « Bushinenge » sont les descendants des populations qui se sont installées dans l'arrière pays surinamien et sur le fleuve Maroni afin de fuir l'esclavage.

³ Le RSA n'est appliqué dans les Dom que depuis le 1^{er} janvier 2011.

part et d'autre ; le fleuve est leur « bassin de vie ». Il est donc nécessaire de distinguer ce qui relève du transit habituel entre deux lieux proches et de l'immigration clandestine.

Le préfet de Guyane a ainsi précisé à la délégation qu'aux habitants recensés, il est nécessaire d'ajouter entre 30 000 et 60 000 personnes non comptabilisées. **Environ 9 000 étrangers sont reconduits effectivement à la frontière chaque année.** Cet effort est indispensable pour que le département puisse « rester à flot » et stabiliser sa situation, mais nul ne peut croire que ces mouvements pourront s'arrêter voire s'atténuer à court ou moyen terme.

La porosité naturelle des frontières explique d'ailleurs que des ressortissants étrangers, non résidents en Guyane de manière permanente, perçoivent des **prestations sociales**.

A Saint-Laurent-du-Maroni, divers interlocuteurs ont évidemment cité le cas des Surinamaises qui viennent accoucher en France, laissent leur enfant sur place, dans la famille - cette notion étant extensive -, et font ensuite régulièrement des allers-retours entre les deux rives. De ce fait, elles touchent des allocations familiales qui permettent de faire vivre ladite famille. La délégation a également vu le nombre élevé de boîtes aux lettres à l'entrée des quartiers ou îlots insalubres, le total des noms inscrits étant nettement supérieur aux capacités d'hébergement, si indécentes soient-elles. Ces boîtes aux lettres ne sont souvent vidées par leur propriétaire que le jour où arrivent les notifications de la caisse d'allocations familiales... Jour où les bureaux de poste connaissent des files d'attente extravagantes.



Cette situation singulière aboutit naturellement à se poser la question de la pertinence du respect du « droit du sol » et du droit à la scolarisation dans ces territoires, bien qu'elle ne relève pas du champ de compétences de la délégation. Prendre le temps du débat sur ce sujet constitue peut-être l'une des réponses à apporter au développement de départements comme la Guyane et Mayotte, qui restera affecté par les écarts de richesse criants avec des voisins si proches.

B. LA SANTÉ : UNE SITUATION INTOLÉRABLE

1. Une offre de soins nettement insuffisante pour des besoins croissants

Le projet régional de santé préparé par l'ARS dresse un état des lieux lucide, mais inquiétant, de la situation sanitaire et de l'offre de soins en Guyane.

Comparaison des taux de mortalité de cinq principales causes de décès

	Guyane	Métropole
Accident vasculaire cérébral	29,9	17,7
Accident (hors transport)	22,4	9,3
Infection périnatale	19,6	5,4
Sida	15,9	1,0
Diabète	14,1	6,6

*Source : projet régionale de santé de l'ARS de Guyane,
taux standardisés exprimés pour 100 000 habitants
et calculés avec les décès intervenus entre 2005 et 2007.*

L'examen comparatif des causes de **surmortalité** observée en Guyane identifie trois secteurs particulièrement sensibles : les maladies infectieuses, notamment le sida et les infections périnatales, les causes externes de traumatisme et les maladies vasculaires. En outre, certaines pathologies sont spécifiques par rapport à la métropole, ne serait-ce que par leur prévalence : drépanocytose, paludisme ou dengue.

On a rappelé, dans la partie relative à la Martinique, l'acuité du problème de la **mortalité infantile** en outre-mer : sur la période 2000-2008, elle est **trois fois supérieure en Guyane par rapport à la métropole**. Plus généralement, en raison du taux de natalité élevé et de l'importance des complications, 26,5 % des séjours à l'hôpital sont liés, dans ce département, à la grossesse ou à la périnatalité.

Qui plus est, la part des **publics fragiles ou accédant tardivement aux soins**, ce qui complique et alourdit la prise en charge, est plus importante qu'en moyenne nationale :

- les bénéficiaires de la CMU complémentaire constituent près du tiers de la population en 2010 ;

- les recettes liées aux patients couverts par l'**aide médicale d'Etat** représentent presque 21 % des recettes de l'hôpital de Cayenne et 40 % pour celui de Saint-Laurent-du-Maroni, où 40 % des arrivées aux urgences relèvent de l'AME. A cet égard, plusieurs professionnels ont fait part à la délégation des difficultés que **la réforme de l'AME** adoptée en loi de finances pour 2011 (instauration d'un forfait de 30 euros par an¹ et apposition d'une photographie sur la carte du bénéficiaire) risque d'engendrer pour les hôpitaux de Guyane. La nouvelle tarification hospitalière applicable pour l'accueil des patients AME dès le 1^{er} décembre 2011, adoptée sans étude d'impact dans le récent

¹ Article 188 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010.

collectif budgétaire¹, ne pourra que fragiliser encore les finances des établissements de santé guyanais.

Le système de soins est donc confronté à plusieurs handicaps : une population longtemps insuffisante pour permettre l'implantation d'une offre variée, notamment en spécialistes, une offre quantitativement insuffisante et des moyens inégalement répartis sur le territoire, concentrés sur Cayenne et Kourou.

• Les professionnels de santé

Même si on peut estimer qu'une population jeune a moins besoin de recourir à un médecin qu'une population vieillissante comme en métropole, **la densité de médecins reste très faible en Guyane** : 176 médecins pour 100 000 habitants en 2009 contre 339 en métropole. En outre, ces médecins sont peu spécialisés et certaines spécialités n'existent pas (certaines chirurgies, l'endocrinologie, la génétique, l'hématologie, la neurochirurgie, l'oncologie ou la radiothérapie...) ou quasiment pas (l'anatomie pathologie, la neurologie, la pneumologie, la rhumatologie...). Sur les 465 médecins inscrits à l'ordre départemental en 2011, 234 sont salariés, 163 libéraux et 68 possèdent un diplôme non européen.

Qui plus est, alors même que la densité est déjà faible pour satisfaire les besoins existants et que les difficultés de recrutement de professionnels de santé sont importantes, l'accroissement rapide de la population crée de nouveaux besoins.

Au-delà des seuls médecins, la densité des professionnels de santé est **deux à cinq fois moindre qu'en métropole**.

Comparaison de densité des professions de santé (en 2009, taux pour 100 000 habitants)

	Guyane	Métropole
Médecins généralistes	105	165
Médecins spécialistes	71	174
Pharmaciens	42	118
Chirurgiens dentistes	19	67
Infirmiers	426	803
Sages femmes	38	130
Masseurs kinésithérapeutes	27	108

Source : projet régional de santé de l'ARS de Guyane.

¹ Article 50 du projet de loi de finances rectificative pour 2011 (en cours d'examen par le Conseil constitutionnel).

• Les établissements de santé

Le déficit est également patent pour les structures d'hospitalisation : **le taux d'équipement en lits de médecine, chirurgie et obstétrique est inférieur de 38 % à celui de la métropole**, 2,8 lits pour 1 000 habitants contre 4,07. Le nombre de lits autorisés est certes passé de 595 en 1990 à 647 en 2010, mais la population a crû dans des proportions bien supérieures.

En outre, les deux établissements publics (Cayenne et Saint-Laurent-du-Maroni) et les quatre privés, dont un participant au service public (Kourou), n'offrent pas l'ensemble des spécialités : par exemple, le département ne dispose pas d'unité de soins intensifs cardio ou neuro-vasculaires. Cette absence totale ou la faiblesse du nombre de praticiens participe de l'importance des coûts d'évacuation sanitaire.

Comme en Martinique, les différents responsables rencontrés ont mis en avant le nécessaire ajustement du coefficient géographique qui s'applique à une partie de la tarification hospitalière.

2. Un succès à exporter : la télémédecine

On l'a vu, une partie de la population guyanaise vit dans des villages isolés, reliés uniquement par voie fluviale ou aérienne. Ces moyens de communication limités engendrent une inégalité d'accès aux soins pour ces populations de l'intérieur. C'est pourquoi le centre hospitalier de Cayenne a créé et gère vingt et un centres délocalisés de prévention et de soins, dont huit ne sont pas accessibles par voie terrestre. Quatorze d'entre eux ne bénéficient pas de la présence quotidienne d'un médecin.

A partir d'octobre 2000, une première expérimentation a permis de valider l'intérêt et la faisabilité du développement de la télémédecine pour faire face aux caractéristiques guyanaises ; elle concernait quatre sites (Maripasoula, Antécume Pata, Saint-Georges et Trois-Sauts) et trois spécialités (parasitologie, dermatologie et cardiologie). Le réseau a été étendu aux autres centres délocalisés et à trois nouvelles spécialités (ophtalmologie, gynéco-obstétrique et pédiatrie).

En pratique, le professionnel de santé présent dans le centre délocalisé dispose d'**une valise de télémédecine** contenant un ordinateur portable, un appareil photo numérique, un électrocardiogramme numérique, un microscope et une webcam. Il peut ainsi **transmettre des photos ou des analyses** faites sur place au Samu de Cayenne qui centralise les demandes ; ces informations sont alors soumises à un spécialiste pour qu'il puisse poser un diagnostic et proposer un traitement adapté.

Depuis dix ans, plus de trois mille téléconsultations et téléexpertises ont transité par le serveur informatique dédié, dont 477 pour l'année 2010. Cofinancé par le centre hospitalier, le centre national d'études spatiales, le ministère de la santé, des fonds européens et la Datar, ce projet a coûté

1,7 million d'euros entre 2001 et 2010. Depuis 2010, une dotation au sein des Migac assure une part de financement.

Le réseau de télémédecine permet d'éviter des déplacements pour les patients et leur famille, des consultations, des hospitalisations, ainsi que des évacuations sanitaires. Une étude réalisée en mars 2011 estime les économies ainsi réalisées à 1,9 millions d'euros.

La télémédecine en Guyane a donc permis **une amélioration sensible de l'accès aux soins** pour les populations isolées pour un coût globalement équilibré par les économies réalisées.

Le centre hospitalier de Cayenne a lancé deux nouveaux projets de développement très intéressants :

- la **télé-échographie** pour réaliser en direct des échographies depuis le service de radiologie de l'hôpital sur des patients distants de plusieurs centaines de kilomètres, par l'intermédiaire d'un robot porte-sonde, manœuvré à distance grâce à une liaison satellitaire ;

- la **télé-dialyse** pour pratiquer des dialyses rénales au centre hospitalier de Saint-Laurent-du-Maroni sous surveillance continue visuelle des patients et de leurs constantes médicales par le service d'hémodialyse de Cayenne, grâce à un dispositif de visioconférence, conforté par la présence d'un médecin et d'un infirmier auprès du patient et en relation constante avec le néphrologue à Cayenne. Ce procédé innovant évitera aux vingt-cinq patients atteints d'insuffisance rénale chronique trois allers-retours par semaine entre Saint-Laurent et Cayenne, soit environ sept ou huit heures de route à chaque fois... Il permet ainsi **des économies substantielles en transports sanitaires** tout en procurant au patient **une qualité de vie nettement améliorée**.

La délégation a notamment visité la salle de régulation du Samu du centre hospitalier de Cayenne qui reçoit les demandes transmises par les centres délocalisés et qui en assure le suivi. Les techniques développées en Guyane, à l'initiative des acteurs locaux, révèlent le dynamisme des professionnels de santé et leur implication dans le territoire. La loi HPST¹ a fourni une base légale à la télémédecine et a intégré son développement comme un programme dans les projets régionaux de santé. Il est certain qu'elle constitue une réponse à un certain nombre de questions actuelles d'accès aux soins et de répartition territoriale des professionnels ; **la métropole aurait tout intérêt à suivre le modèle de la Guyane, particulièrement novateur et réussi.**

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

3. Un investissement nécessaire : la reconstruction du centre hospitalier de Saint-Laurent-du-Maroni, saturé et vieillissant

La délégation s'est rendue au centre hospitalier Franck Joly de l'Ouest guyanais et souhaite relayer, de la manière la plus solennelle possible, le sentiment d'**urgence** que l'on ressent sur place. Abrisé dans les anciens locaux du bain, avec quelques bâtiments plus modernes, **l'hôpital ne peut plus accueillir décemment ses patients**, par ailleurs de plus en plus nombreux. La vétusté des locaux ne permet pas d'assurer la sécurité des professionnels et des malades et leur exigüité interdit l'installation de lits supplémentaires rendus pourtant nécessaires par l'accroissement de l'activité.

Le déficit de surfaces se traduit notamment par **un taux d'occupation** égal globalement à 113 % : 121 % en néonatalogie et **163 % en obstétrique**. Gabriel Carles, président de la commission médicale d'établissement et chef du service maternité et du pôle femme-mère-enfant, a témoigné auprès de la délégation **des conditions inacceptables de travail pour les personnels et d'accueil pour les patientes**. Alors que l'hôpital ne dispose que de quarante-cinq lits en obstétrique, dix en pédiatrie et neuf en néonatalogie (y compris les soins intensifs), **il s'y pratique en moyenne six accouchements par jour, dans deux salles dédiées...** Qui plus est, plusieurs lits de pédiatrie sont occupés par des enfants handicapés qui ne peuvent être ni accueillis à l'extérieur en l'absence de centres spécialisés ni mis à la rue !

La prise en charge par l'hôpital des femmes enceintes est souvent tardive, notamment si elles viennent du Surinam pour accoucher à Saint-Laurent, et le suivi médical de la grossesse est alors sommaire voire inexistant ; fait révélateur, **le nombre d'éclampsies est extrêmement élevé** et constitue un record en Europe. En outre, les difficultés sociales et des raisons historiques et culturelles aboutissent à des grossesses précoces nombreuses ; elles sont relativement fréquentes pour des jeunes filles de moins de quinze ans.

Un interlocuteur a indiqué à la délégation que l'on avait atteint « *le terme du supportable à Saint-Laurent* » et celle-ci en convient aisément. C'est pourquoi **le projet de construction d'un nouvel hôpital, lancé en 2005, doit impérativement aboutir** : son coût est estimé à 112 millions d'euros, dont 89 % seraient financés par l'hôpital lui-même, par autofinancement ou par emprunt. Une subvention de l'Etat resterait nécessaire à hauteur de 12,5 millions, soit 11 % du projet. Surtout, les diverses procédures administratives doivent être facilitées et accélérées. L'hôpital neuf permettra de quasiment doubler la capacité d'accueil (de 110 à 204 lits) et de créer enfin un véritable hôpital de jour favorisant la prise en charge ambulatoire.

Le centre hospitalier souhaite, pour faire face à l'embolie actuelle et alors que la date d'ouverture du nouveau bâtiment est estimée à fin 2016,

construire d'ores et déjà une structure modulable. La délégation a soutenu cette demande et l'a relayée auprès du ministre de la santé¹.

C. BIDONVILLES, FAVELAS : À SITUATION EXCEPTIONNELLE, MESURES EXCEPTIONNELLES

1. Une insalubrité endémique non maîtrisée

En 2010, le nombre de **logements insalubres** est estimé à près de 10 000 en Guyane ; ils sont répartis sur **soixante-neuf sites** répertoriés, principalement dans les secteurs de Cayenne et de Saint-Laurent-du-Maroni, et regroupent plus de 32 000 personnes², soit environ **15 % de la population totale**. Qui plus est, les données récentes montrent **une augmentation significative du phénomène**.

Son ampleur exceptionnelle résulte de plusieurs facteurs : une croissance démographique forte, un niveau très faible de ressources et une précarité des populations, une production de logements sociaux insuffisante, un manque chronique de foncier aménagé, une situation financière des collectivités territoriales très dégradée³ et un déficit d'opérateurs d'aménagement.

¹ Voir lettre en annexe.

² Ces chiffres sont indicatifs. Dans les différents documents fournis à la délégation, le nombre d'habitants concernés par l'insalubrité de leur logement varie de 29 000 à 40 000.

³ Voir le rapport de la Cour des comptes, « La situation financière des communes des départements d'outre-mer », juillet 2011 : « En 2009, les communes de Cayenne, Matoury, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni connaissent des situations financières alarmantes » (p. 82).



Au total, la Guyane présente donc, dans des proportions massives, un habitat dit spontané ou autoconstruit, sur des terrains principalement publics mais en tout état de cause sans droit ni titre d'occupation. Contrairement à la Martinique, il est plutôt le fait de populations d'origine étrangère. D'ailleurs, nombre de logements insalubres disposent d'une parabole pour la télévision. Ces cahutes ne sont pas reliées aux divers réseaux d'eau ou d'assainissement et le sont parfois, de manière sauvage, à celui d'électricité, ce qui ne va pas sans poser des problèmes de sécurité importants, y compris pour les voisins régulièrement raccordés.

Malgré l'abondance des ressources hydriques, plus de 15 % de la population guyanaise n'a **pas accès à l'eau potable**, y compris dans les agglomérations urbaines. Ainsi, au début des années 90, une épidémie de choléra a provoqué un décès dans le département. Encore aujourd'hui, on recense chaque année au moins un foyer concerné par une maladie entérique comme la typhoïde.

Face aux risques épidémiques élevés, l'ARS promeut le développement de dispositifs alternatifs à la connexion au réseau d'eau : vingt-deux pompes à motricité manuelle sont en service en 2011, cent trente dispositifs de récupération des eaux de pluie et dix-neuf bornes fontaines monétiques. La délégation a constaté, à Cayenne et à Saint-Laurent, tout l'intérêt de ces **bornes fontaines** qui permettent, pour un investissement modique (11 500 euros), de fournir de l'eau potable aux habitants, dans l'attente de l'extension du réseau. La nécessité d'acheter, auprès du distributeur, des cartes prépayées permet en outre de solvabiliser le dispositif et d'accompagner les habitants dans leurs habitudes de consommation.



L'Etat tente de faire face à cette situation globale d'insalubrité mais avec **des moyens et des procédures inadaptées** : le fonds régional d'aménagement foncier et urbain (Frafu), spécifique aux départements d'outre-mer, s'élève à 7 millions d'euros par an entre 2010 et 2013 en Guyane, mais les services déconcentrés de l'Etat estiment le besoin complémentaire annuel de financement à 10 millions ; les crédits permettent aujourd'hui de financer ou d'agréer un peu plus de mille logements sociaux ou intermédiaires par an, dont seule la moitié sort véritablement de terre et qui sont de toute façon bien loin des besoins.

Surtout, les mises en chantier ou les programmes sont handicapés par des procédures définies nationalement et insuffisamment adaptées au territoire, notamment en termes de montage juridique et financier : les collectivités territoriales peuvent très difficilement participer ou même apporter leur garantie d'emprunt, les banques n'accordent quasiment pas de prêts à taux zéro, le département ne dispose pas de collecteur du 1 % logement, etc.

2. Quels éléments de réponse ?

Accompagnée de Léon Bertrand, maire de la commune, la délégation a visité plusieurs quartiers insalubres de **Saint-Laurent-du-Maroni** :

- le Village chinois à la lisière du centre ville et en bordure du fleuve ;
- Djakarta, où habitent plus de quatre cents personnes et qui est la conséquence du relogement, temporaire à l'origine en 2001, d'un autre quartier d'habitat spontané installé sur le terrain d'un futur groupe scolaire ;
- les écoles, où plusieurs bâtiments locatifs ont été récemment construits et les réseaux sont peu à peu installés, mais qui manque maintenant d'équipements publics ;
- Charbonnière, quartier en bord de fleuve et plate-forme d'échanges pour les populations du Saint-Laurent.

Elle a fait de même à **Cayenne** avec Marie-Claude Phinera-Horth, maire, et Alain Tien-Liong, président du conseil général, dans les quartiers du Village chinois, de l'Ilet-Malouin, de la cité Capulo et du Mont Baduel.

Elle a tout d'abord été marquée par **le formidable dynamisme des élus locaux** rencontrés, alors que les situations qu'ils ont à gérer pourraient les porter au désespoir... Au contraire, ils prennent les dossiers à bras le corps et, malgré les moyens financiers et humains limités de leurs collectivités, tentent d'apporter des réponses concrètes aux habitants. On le voit par exemple sur la photo ci-dessous avec la construction de logements neufs à Saint-Laurent. De son côté, la mairie de Cayenne a notamment lancé une action pour déloger les squats.



Dans un premier temps, on peut se sentir découragé face à l'immensité des enjeux : par quoi commencer ? Comment sortir de la spirale ? La délégation n'a ni la prétention, ni les moyens de trouver une solution miracle ; elle souhaite simplement avancer quelques pistes de réflexion.

- **Améliorer le financement des collectivités locales**

Alors que les élus sont engagés dans des dynamiques de projets, il serait temps de mettre à plat les modalités de financement des collectivités territoriales de Guyane, pour leur **donner plus de marges de manœuvre** notamment en termes d'investissement : le sénateur Georges Patient nous a par exemple interrogés sur la pertinence des critères de calcul de la dotation globale de fonctionnement, qui dépend partiellement du nombre de kilomètres de voirie, alors que certaines communes de Guyane, parfois aussi grandes qu'un département métropolitain, n'ont pas de route... De même, la dotation superficière de la DGF est plafonnée pour les communes de Guyane et, comme le demandait en 2009 le rapport de la mission commune d'information du Sénat sur la situation des Dom, il est indispensable de faire un bilan et une évaluation de cette mesure.

Par ailleurs, il faut tenir compte de **l'accroissement des charges incombant aux collectivités du fait de l'importance du nombre d'étrangers résidant en situation irrégulière sur le territoire guyanais** : on l'a vu, le Préfet de Guyane a estimé ce nombre entre 30 000 et 60 000 pour l'ensemble du département ; la maire de Cayenne aboutit à un chiffre

d'environ 20 000 pour sa ville dont la population recensée est de 57 000 habitants. A ce niveau, l'impact sur les services publics est déterminant, notamment en termes de **scolarisation** : le maire de Saint-Laurent-du Maroni a précisé à la délégation que, dans sa commune qui construit une école par an, les demandes de nouvelles inscriptions sont proches d'un millier à chaque rentrée, alors que la population compte officiellement un peu plus de 30 000 habitants !

● Adapter les politiques et procédures suivies

Face à une situation exceptionnelle, l'adoption de mesures exceptionnelles doit être envisagée ; il serait pertinent, encore plus en Guyane qu'en Martinique, d'adapter les procédures nationales aux spécificités du territoire. La loi résultant de la proposition de loi de Serge Letchimy, qui va dans le sens d'une meilleure prise en compte de la situation locale, n'est cependant pas appropriée pour la Guyane, dont les poches d'insalubrité sont d'une autre nature et ampleur qu'en Martinique.

Lors d'une réunion de la délégation avec les services de l'Etat compétents en matière d'habitat ou de lutte contre l'insalubrité, de nombreuses propositions sortant quelque peu des sentiers battus ont été avancées ; il serait utile de les inventorier et d'en expertiser la faisabilité : interconnexion des fichiers, application des taxes locales, niveau des loyers des logements sociaux, modalités d'attribution des allocations familiales, mutualisation des moyens et des procédures, modification des règles de protection du domicile même lorsqu'il est constitué de quelques tôles et édifié de manière illégale etc.

● Lutter contre les violences et restaurer l'action de la justice

Une première étape minimale consiste à ce que l'Etat lutte plus efficacement contre les violences, endémiques, et restaure l'action de la justice en Guyane.

La délégation a été interpellée à plusieurs reprises sur **le niveau inacceptable de la délinquance** dans le département ; les agressions et cambriolages très fréquents obèrent le développement économique et social, augmentent les difficultés de recrutements externes au territoire et entraînent des surcoûts élevés pour les personnes, les entreprises et les collectivités (protection des bâtiments, gardiennage...).

Dans leur rapport établi au nom de la commission des lois du Sénat¹, Christian Cointat et Bernard Frimat ont également mis en avant **la défaillance de l'exécution des jugements** du fait de l'engorgement et de l'insuffisance de moyens humains du greffe ; ils en sont arrivés à parler de « *justice virtuelle* ».

Il a été confirmé sur place à la délégation qu'aucun jugement ordonnant la destruction d'une construction illégale n'a été exécuté depuis cinq ans dans le département, alors que les procédures sont bien poursuivies

¹ « *Guyane, Martinique, Guadeloupe : l'évolution institutionnelle, une opportunité, pas une solution miracle* », rapport d'information Sénat n° 410 (2010-2011), avril 2011.

par le parquet et les décisions prises par les magistrats. De véritables filières se sont d'ailleurs organisées pour « louer » des terrains, sans aucun droit pour le faire, et pour y construire, par des étrangers en situation irrégulière et à la va-vite, des cahutes précaires. **Ces pseudo-proprétaires**, qui se font aussi construire par les mêmes ouvriers une « *villa* », selon l'expression entendue sur place, à des conditions défiant toute concurrence, **ont certainement intérêt au statu quo, mais pas la majorité de la population guyanaise** qui subit une situation inadmissible.

*

La commission des affaires sociales, très sensible à la situation sanitaire et sociale de l'ensemble des Français, suivra, avec la plus grande attention, les décisions qui seront prises et mises en œuvre, notamment à la suite des observations de sa délégation.

Réunie le mardi 12 juillet 2011, elle a autorisé la publication du présent rapport.

TRAVAUX DE COMMISSION

Réunie le mardi 12 juillet 2011 sous la présidence de Muguette Dini, présidente, la commission entend une communication de celle-ci sur la santé et le logement en Martinique et en Guyane.

Muguette Dini, présidente. - Le bureau de notre commission a décidé, en novembre dernier, de conduire une mission d'études sur la santé et le logement en Martinique et en Guyane. La délégation, que je présidais, était composée de Brigitte Bout, Annie David, André Lardeux, Jacky Le Menn, Raymonde Le Texier et Alain Vasselle ; elle a passé cinq journées très denses dans ces deux départements, du 17 au 23 avril. Notre commission travaille régulièrement sur l'outre-mer, en particulier à l'initiative d'Anne-Marie Payet, notre rapporteur budgétaire depuis 2004. En outre, le Sénat a constitué il y a deux ans une mission commune d'information sur la situation des Dom, dont le rapport a été approuvé à l'unanimité. Notre mission a souhaité se concentrer sur quelques thèmes, et son rapport n'a pas pour ambition de dresser un état des lieux complet des deux départements.

Une remarque liminaire : les normes conçues pour la métropole ou l'Europe sont inadaptées outre-mer, et surtout en Guyane et à Mayotte. En métropole, nous dénonçons souvent l'inflation normative. La délégation du Sénat aux collectivités territoriales parlait récemment de « maladie de la norme » et notre collègue Eric Doligé, qui connaît bien l'outre-mer puisqu'il est rapporteur spécial de la commission des finances, a publié il y a quelques semaines un rapport à ce sujet. Le problème prend en outre-mer des proportions aberrantes. On nous a cité des exemples ubuesques concernant la construction, l'installation électrique et téléphonique ou le traitement des déchets : en Guyane, dans la plus grande zone forestière de France, il n'est pas possible d'utiliser le bois local pour fabriquer des poteaux électriques, parce qu'une norme européenne impose un certain ciment qu'il faut importer ! De l'autre côté de l'Oyapock, au Brésil, les poteaux sont en bois ! Lorsque nous étions en Guyane, des discussions tendues avaient lieu entre la communauté de communes de l'Ouest guyanais et le préfet au sujet du traitement des déchets : une directive européenne impose des règles extravagantes pour ce territoire et son application stricte aurait des conséquences financières désastreuses, pour un gain écologique limité. Nous n'avons pas de solution miracle, mais la France devrait prendre en compte les spécificités ultramarines très en amont, notamment lors des négociations communautaires. Cela vaut surtout pour la Guyane et Mayotte, voisins de pays très pauvres.

On a longtemps considéré que le statut de département, attribué en 1946 dans un contexte mondial de pression sur les pays colonisateurs, entraînait obligatoirement une application stricte, pleine et entière de toute la législation nationale. Or l'article 73 de la Constitution autorise des adaptations, et il est urgent d'en tirer tout le parti : si le principe de l'égalité républicaine est intangible, il doit s'apprécier au vu des différences de situations.

En Martinique, nous nous sommes d'abord intéressés aux hôpitaux. La recomposition de l'offre hospitalière est en cours, puisque les trois établissements publics de médecine, chirurgie et obstétrique - les centres hospitaliers de Trinité et du Lamentin et le CHU de Fort-de-France - fusionneront le 1^{er} janvier 2012. Leur situation financière est catastrophique : leur déficit consolidé s'élève à 55 millions d'euros en 2010, soit 14 % de leurs produits. Le seul CHU affiche un déficit de 28 millions en 2010 ; un plan de redressement a été conclu avec l'agence régionale de santé et nous avons constaté l'engagement du directeur général et des autres responsables pour maîtriser les effectifs par un arrêt des recrutements, augmenter les recettes par un meilleur codage des actes, améliorer les prises en charge par de nouvelles modalités d'hospitalisation et d'utilisation des plateaux techniques, mutualiser les fonctions « support », etc. La maîtrise des effectifs est indispensable : au Lamentin, il y a vingt sages-femmes pour quatre cents accouchements par an ! L'emploi public a longtemps servi d'« amortisseur social » dans les Dom et les hôpitaux en souffrent aujourd'hui ; je comprends que la population et les élus peinent à l'entendre, mais nous devons en être conscients. Il est encourageant de constater que les responsables de l'ARS et du CHU ne manient pas la langue de bois. La période de transition sera difficile car beaucoup de décisions ne peuvent avoir d'effets qu'à moyen terme.

L'Etat ne tient pas assez compte de ces efforts et applique aux hôpitaux de Martinique les mêmes gels de crédits qu'aux autres : ce printemps, le CHU de Fort-de-France s'est vu notifier une baisse de ses dotations liées aux missions d'intérêt général (Migac) de près de 13 millions d'euros pour l'exercice en cours. Cette décision aveugle risque d'être contre-productive. Comment motiver le personnel si l'on change les règles en cours de route ? Il faut laisser aux établissements qui ont conclu un plan de redressement pluriannuel avec leur ARS le temps de se remettre à flot, en déclarant un moratoire des gels et baisses de dotations.

On nous a signalé que l'Etat, qui avait demandé aux établissements et aux professionnels de santé des départements français d'Amérique de se mobiliser pour aider la population haïtienne après le tremblement de terre de janvier 2010, n'avait toujours pas remboursé leurs frais. La Martinique seule a déboursé 1,3 million d'euros ! L'Etat doit les prendre en charge. J'ai cosigné une lettre en ce sens au ministre de la santé ; il m'a répondu qu'il suivait ce dossier de près. Il doit d'ailleurs partir le 20 juillet pour la Martinique.

Depuis la mise en place de la tarification à l'activité, l'Ile-de-France, la Corse et les Dom bénéficient de coefficients géographiques tenant compte des facteurs spécifiques qui modifient le prix de revient de certaines prestations. Pour les Antilles et la Guyane, ce coefficient est de 25 %. Les ARS de Martinique et de Guyane estiment qu'il devrait être relevé ; la première a avancé le chiffre de 29 %. Il n'est évidemment pas possible pour notre commission de procéder aux calculs nécessaires, mais il est urgent que le ministère actualise le coefficient.

Nous avons visité la nouvelle cité hospitalière Mangot-Vulcin, qui remplace l'ancien hôpital du Lamentin. Ce magnifique bâtiment - qui devrait être inauguré par Xavier Bertrand avant la fin de l'été - n'est pas encore complètement financé en raison de surcoûts importants. Des services pourront y être regroupés, pour le plus grand bénéfice de la population ; je rappelle que les communes du Lamentin et de Fort-de-France sont limitrophes.

Enfin, nous avons évoqué des questions spécifiques de santé publique comme la périnatalité ou la drépanocytose : nous y reviendrons plus longuement dans notre rapport écrit.

J'en viens au thème du logement. Peu de temps après notre retour, le Sénat devait examiner la proposition de loi portant dispositions particulières relatives aux quartiers d'habitat informel et à la lutte contre l'habitat indigne dans les départements et régions d'outre-mer et notre collègue Serge Larcher nous a présenté son rapport pour avis. Il ne faut pas voir la situation locale avec nos yeux de métropolitains. A Fort-de-France, il existe de grands quartiers où l'habitat, dit-on, est « informel » : dans les années 1950 et 1960, beaucoup de paysans ruinés par le déclin de la canne à sucre se sont installés sans droit sur des terrains et y ont construit des logements, devenus au fil des années de véritables maisons. Ces logements sont mal accessibles, en raison du terrain - le quartier Trénelle est construit à flanc de colline - ou d'une voirie inadaptée - comme à Volga-Place - et les conditions de vie y sont difficiles. Mais ils ne sont pas tous insalubres : il y a parfois l'eau courante et l'électricité. En nous promenant à Trénelle, nous avons pu apprécier la vie de quartier et le fort sentiment d'appartenance et de solidarité au sein de la population. La proposition de loi, dont l'initiative revenait à Serge Letchimy, ancien maire de Fort-de-France et actuel président du conseil régional, tentait de résoudre les problèmes concrets que cette situation pose à des milliers de gens et aux collectivités locales : c'est un exemple de la nécessaire adaptation de notre législation au contexte particulier de l'outre-mer. Elle a été adoptée à l'unanimité dans les deux assemblées et promulguée le 23 juin dernier. Cet exemple révèle aussi que, dans ces territoires, l'Etat est resté longtemps inerte, de peur de créer des troubles. La population en a pâti.

En Guyane, la situation est tout autre. C'est un territoire immense, grand comme trois fois la France, presque entièrement couvert de forêts tropicales, frontalier du Brésil et du Surinam. Sa population est jeune et augmente d'environ 4 % par an : cette croissance est due pour les trois quarts au solde naturel et pour un quart au solde migratoire. Elle a presque doublé

en vingt ans et devrait tripler d'ici 2040. La Guyane a des atouts formidables, naturels en particulier - forêts, minerais... - mais ils sont mal mis en valeur ; or, elle ne subit ni cyclones, ni tremblements de terre.

Tous, nous avons été frappés par l'écart entre la Guyane et la métropole, mais aussi la Martinique, pour ce qui est du développement et des services publics. Une autre différence avec la Martinique est moins apparente mais symptomatique : nous n'avons guère vu de Guyanais à des postes de responsabilité. Nous avons rencontré de nombreux élus : la maire de Cayenne, le président du conseil général, le maire de Saint-Laurent-du-Maroni, notre collègue Georges Patient... Quel dynamisme ! En Guyane, adversité ne rime pas avec morosité. Pourtant, il y a parfois de quoi être désespéré. Je pense à la pression migratoire : le préfet nous disait que c'est un peu comme écopper, c'est nécessaire pour ne pas couler mais la barque se remplit toujours.

Les professionnels de santé font preuve d'un dynamisme remarquable. Malgré des conditions de travail épouvantables, ils sont passionnés par leur métier et ont développé des solutions innovantes comme la télé-médecine. Le centre hospitalier de Cayenne gère ainsi plusieurs centres délocalisés de prévention et de soins dans des villages isolés, accessibles uniquement par bateau ou avion ; ils représentent presque 10 % de son budget. Le professionnel, qui y réside ou y passe quelques jours, emporte une « valise » avec un ordinateur, un appareil photo, un électrocardiogramme numérique, un microscope et une webcam. Grâce à ce matériel, il peut communiquer des informations essentielles au diagnostic ou à la définition d'un traitement à des spécialistes établis à Cayenne ou ailleurs : dermatologues, cardiologues, ophtalmologues, gynéco-obstétriciens ou pédiatres. Cette technique est un magnifique succès, obtenu avec le soutien financier du centre spatial et exportable dans l'hexagone ; elle permet d'apporter toute l'offre de soins aux patients qui ne peuvent se déplacer et évite certaines évacuations sanitaires.

Dans la partie du rapport consacrée au logement, nous devons parler de véritables bidonvilles : des quartiers entiers, assez peuplés, où les habitations sont composées de tôles, ne sont pas raccordées au réseau d'eau potable ou d'assainissement et où les habitants opèrent des connexions sauvages, très dangereuses, au réseau électrique. Un gendarme a utilisé le mot de « favelas ». Les collectivités construisent des logements sociaux, réhabilitent ou étendent les réseaux dans la mesure de leurs faibles moyens. Mais la pression démographique, notamment migratoire, est telle que certains parlent d'un tonneau des Danaïdes.

Le rôle de l'Etat est primordial : il est propriétaire de 90 % du foncier du département. Pendant longtemps, sa politique n'a pas été très active. Des équipes spéciales de gendarmerie ont été mises en place, mais la très mauvaise application des décisions de justice empêche de lutter efficacement contre les marchands de sommeil et l'insalubrité. Ces graves défaillances ont été dénoncées par nos collègues Christian Cointat et Bernard Frimat lors d'une mission pour la commission des lois en février :

l'engorgement et l'insuffisance des moyens humains du greffe du tribunal de grande instance de Cayenne les conduisent à parler de « justice virtuelle ». Les responsables de la gendarmerie nous ont confirmé qu'aucun jugement ordonnant la destruction d'une construction illégale n'a été exécuté depuis cinq ans en Guyane. Le conseil des prud'hommes ne rendrait plus de jugement depuis trois ans faute de personnel ! On dit que certaines personnes ont intérêt à organiser ce désordre ; des procédures seraient bloquées par des collusions. Il est vrai que des gens s'enrichissent en revendant des parcelles sur lesquelles ils n'ont pourtant aucun droit. Il faut restaurer au plus vite ce chaînon manquant de l'action de l'Etat en Guyane : la justice.

Nous sous sommes également rendus à Saint-Laurent-du-Maroni, dans l'ouest du département. La frontière y est une illusion, car la facilité de navigation empêche de maîtriser complètement les flux migratoires : en déjeunant chez le sous-préfet, nous apercevions la rive opposée du fleuve, c'est-à-dire le Surinam, l'un des pays les plus pauvres du monde. Les mêmes populations amérindiennes ou bushinenges vivent sur les deux rives, et l'on peut parler d'une « culture du fleuve ».

La région de Saint-Laurent-du-Maroni connaît une expansion démographique incroyable ; la ville sera la première du département dans quelques années. La pression migratoire y est particulièrement forte, comme à la frontière brésilienne. Les défis sont immenses en termes de logement, d'éducation, de santé, de services publics... Saint-Laurent, dont la population officielle dépasse légèrement 35 000 habitants selon l'Insee, compte vingt-six écoles maternelles et primaires et cinq collèges, on y construit chaque année plusieurs centaines de logements et une école primaire.

Lors de notre entretien, la directrice adjointe de l'hôpital a d'abord dénoncé la violence urbaine : son appartement a été cambriolé plusieurs fois et les infractions violentes sont trois fois plus fréquentes en Guyane qu'en métropole.

Au centre hospitalier, nous avons rencontré des professionnels là aussi passionnés mais on peut vraiment s'étonner qu'ils ne soient pas plus découragés ! Les responsables sont confrontés à un problème de recrutement : faire venir quelqu'un à Saint-Laurent est déjà difficile, mais avec la violence et la faiblesse des moyens, c'est presque mission impossible ! Depuis le début de l'année, six accouchements en moyenne ont lieu chaque jour dans cet hôpital, qui ne dispose que de deux salles. Il y a six berceaux de néonatalogie et dix lits en pédiatrie, occupés en grande partie et pour longtemps par des enfants handicapés qui ne peuvent être accueillis ailleurs, faute de centre spécialisé... Beaucoup de consultations ou d'arrivées en maternité sont tardives, si bien que les cas sont souvent complexes et graves ; un médecin nous a dit : « Ici, des enfants meurent encore du fait de diarrhées. »

Or la structure actuelle de l'établissement ne permet plus de répondre à la demande croissante : il est impossible d'hospitaliser certains patients faute de places, les conditions de travail sont accablantes et la

sécurité des malades est compromise. A notre retour, nous avons écrit à Xavier Bertrand pour soutenir la construction d'un nouvel établissement. Les travaux n'ayant pas encore commencé, les responsables réclament à juste titre des locaux provisoires pour faire face à la saturation du bâtiment actuel. En Guyane, l'Etat doit donner un véritable « coup de collier ». Je n'ose parler de « plan Marshall », tant l'expression est galvaudée, mais c'est précisément ce qu'il faudrait à ce territoire.

Cette mission a été passionnante et parfois déroutante. Nous espérons que notre rapport fera obtenir quelques avancées au bénéfice de la population.

André Lardeux. - *Vous avez dit que les Guyanais étaient rares à occuper des postes à responsabilité, mais les élus sont bien des gens du pays. La maire de Cayenne, le président du conseil général sont dynamiques et motivés. En accordant le statut de département à ce territoire, ne lui a-t-on pas rendu un bien mauvais service ? Comment les normes métropolitaines pourraient-elles s'y appliquer ? Des adaptations législatives sont nécessaires.*

Catherine Deroche. - *Au-delà du diagnostic, quelles mesures sont-elles envisagées ? Faut-il revoir le statut de département ? Qu'en pensent les services de l'Etat ?*

Muguette Dini, présidente. - *Le sous-préfet de Saint-Laurent-du-Maroni a admis sans ambages les difficultés de sa tâche. Les préfets de Martinique et de Guyane disent faire au mieux. Il faudrait également soulever la question du droit du sol. Beaucoup d'habitantes du Surinam, enceintes, traversent le fleuve pour accoucher en France, puis s'y installent ou rentrent chez elles, revenant chaque mois chercher les allocations familiales... Quand les familles restent ou justifient d'une résidence, elles prétendent au RSA. C'est une « pompe aspirante ». Le constat est le même pour les Haïtiens. On pourrait sans doute prendre en charge les gens installés, mais l'afflux doit s'arrêter.*

Guy Fischer. - *Je me suis rendu ces dernières années en Guyane et j'ai moi aussi constaté des écarts inimaginables avec la métropole. Je connais le responsable de la distribution d'eau à Cayenne, qui m'a révélé comment des discriminations dignes d'un Etat néocolonial se perpétuaient. Mais comparée au Surinam ou à Haïti, la Guyane apparaît comme une région riche, qui attire les étrangers. Les Guyanais ont du mal à imaginer leur avenir. A Maripasoula, les écarts avec la métropole sont encore plus criants. Il faudra des décennies pour les rattraper !*

René Teulade. - *Il y vingt ans déjà, j'avais constaté la misère des Guyanais. La loi sur l'habitat informel résoudra-t-elle certains problèmes ?*

Muguette Dini, présidente. - *La loi concerne en fait la Martinique et la Guadeloupe, pas la Guyane. Il fallait faciliter la régularisation de la situation des gens installés depuis des décennies sur des terrains appartenant à l'Etat ou à des collectivités ; la loi permettra l'aménagement urbain de ces*

quartiers. En revanche, elle ne s'applique pas en métropole, où des installations côtières illégales auraient pu être concernées. L'expansion démographique a cessé dans les villes martiniquaises, ce qui autorise de telles opérations. Mais en Guyane, les bidonvilles s'étendent ; des gens s'installent même dans la forêt. C'est vrai aussi à Mayotte. Il faut à ces départements un statut spécial : peut-on leur appliquer les mêmes règles qu'aux Dom insulaires de Guadeloupe, de Martinique et de La Réunion ?

André Lardeux. - *A Maripasoula, on applique les normes européennes de traitement des déchets, et l'on exige que les poteaux électriques soient en ciment ! C'est absurde. La commune reçoit une dotation globale de fonctionnement plus faible, parce qu'elle n'a pas de route... Il faut envisager d'autres critères.*

Catherine Deroche. - *Mais l'idée de revoir le statut de ces territoires restera-t-elle un vœu pieux ?*

Muguette Dini, présidente. - *MM. Frimat et Cointat ont fait des propositions auxquelles les parlementaires seraient sans doute favorables. Le Gouvernement est-il prêt à se lancer dans une telle entreprise ? Ne se heurterait-on pas au droit européen ? Il faut s'en remettre aux initiatives des élus ultramarins : la proposition de loi de Serge Letchimy, adoptée à l'unanimité des deux assemblées, en est un exemple. Certains espèrent que la fusion du conseil général et du conseil régional, en Guyane et en Martinique, facilitera la gestion.*

La commission autorise la publication du rapport d'information.

ANNEXE 1

PROGRAMME DE LA MISSION DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES EN MARTINIQUE ET EN GUYANE DU 17 AU 23 AVRIL 2011

Dimanche 17 avril 2011	
	Arrivée à Fort-de-France

Lundi 18 avril 2011	
<i>8 h 30 - 10 h 00</i>	Visite du centre hospitalier Mangot-Vulcin au Lamentin (nouveau centre hospitalier qui doit ouvrir en mai prochain par transfert et regroupement de services entre le CHU de Fort-de-France, l'actuel centre hospitalier du Lamentin et avec l'implantation de services de psychiatrie du CHS Colson de Fort-de-France). <i>Directeur du CH du Lamentin, M. Jacques Lahely, Dr Marie-Laurence Jean-Baptiste, présidente de la CME, M. Elie Bourgeois (ARS) et Dr Christian Lassalle (ARS)</i>
<i>10 h 30 - 13 h 15</i>	Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Fort-de-France <ul style="list-style-type: none">• Problématique de la périnatalité : Dr Serge Chalons - responsable du réseau « périnatalité »• Problématique de la drépanocytose : Dr Volumenie (CHU) et Dr Gylna Loko (Le Lamentin)• Projet médical de territoire, problématique de la fusion de trois établissements de santé avec leurs directeurs (M. Daniel Riam, CHU, M. Jacques Lahely, Le Lamentin, et M. Roland Toussaint, Trinité) et les trois présidents de CME (Dr Patrick René-Corail, CHU, Dr Marie-Laurence Jean-Baptiste, Le Lamentin, et Dr Brigitte Rigou, Trinité) + M. Elie Bourgeois (ARS) + Dr Christian Lassalle (ARS)
<i>13 h 30 - 14 h 30</i>	Déjeuner organisé par le directeur du CHU de Fort-de-France

Lundi 18 avril 2011	
<i>15 h 00 - 17 h 30</i>	Rencontre avec le directeur général de l' Agence régionale de santé (ARS) : M. Christian Ursulet, accompagné de Mme Patricia Vienne (DGA) et de M. Joseph Baltide (conseiller technique du DG) : missions et problématiques de l'ARS Martinique, notamment la lutte antivectorielle et gestion de crise sanitaire

Mardi 19 avril 2011	
<i>9 h 00</i>	Visite du quartier d'habitat spontané Trénelle de Fort-de-France
<i>11 h 30</i>	Régiment du service militaire adapté (présentation du SMA)
<i>12 h 30</i>	Déjeuner au restaurant d'application du SMA
<i>14 h 30 - 17 h 00</i>	Réunion sur le thème de l'habitat spontané et de l'insalubrité (présentation de la problématique du quartier de Volga-Plage)
<i>20 h 00</i>	Dîner à la résidence du Préfet avec des responsables locaux dans le domaine de la santé et du logement

Mercredi 20 avril 2011	
<i>8 h 30</i>	Décollage de Fort-de-France à destination de Cayenne
<i>11 h 35</i>	Arrivée à Cayenne, accueil par M. Philippe Loos, directeur de cabinet du Préfet
	Déjeuner à l'invitation du Préfet, M. Daniel Ferey
<i>14 h 00 - 16 h</i>	Enjeux de santé publique en Guyane , présentation par M. Philippe Damie, directeur général de l'ARS Présentation de la plate-forme de veille et d'alerte sanitaire par le Dr. Françoise Eltges (ARS)
<i>16 h 30 - 18 h</i>	Centre hospitalier André Rosemond (CHAR) de Cayenne Visite du Samu et présentation/démonstration de l'unité de télé médecine

Jeudi 21 avril 2011	
<i>Déplacement à Saint-Laurent-du-Maroni</i>	
<i>8 h 30</i>	Départ de Cayenne
	Déjeuner à l'invitation de M. Hamel-Francis Mekachera, sous-préfet , en présence de M. Léon Bertrand, ancien ministre, maire de Saint-Laurent , et de M. Georges Patient, maire de Mana, sénateur
<i>14 h 00 - 16 h 00</i>	Visites de plusieurs quartiers organisée par M. Léon Bertrand
<i>16 h 00 - 18 h 00</i>	Visite du centre hospitalier Franck Joly de l'Ouest guyanais
<i>Soirée</i>	Retour à Cayenne

Vendredi 22 avril 2011	
<i>8 h 00</i>	Rencontre avec Mme Marie-Laure Phinera Horth, maire de Cayenne (hôtel de ville) et M. Alain Tien-Liong, président du conseil général
<i>8 h 30 - 10 h 30</i>	Visite de plusieurs quartiers d'habitat spontané et dégradé à Cayenne (Matine [opération de RHI], Mont Baduel, La Crique, Village chinois), rencontre avec les acteurs locaux
<i>10 h 45</i>	Réunion à la préfecture sur la question de l'habitat insalubre : M. Ambroise Devaux, sous-préfet chargé de mission cohésion sociale et jeunesse, et autres services de l'Etat concernés (gendarmerie, ARS, services de la préfecture...)
<i>13 h 00</i>	Déjeuner à la résidence de M. Daniel Ferey, Préfet de région Guyane , et réunion conclusive
<i>16 h 15</i>	Départ pour l'aéroport
<i>17 h 50</i>	Décollage de Cayenne à destination de Paris Orly

Samedi 23 avril 2011	
<i>7 h 20</i>	Arrivée à Paris Orly

ANNEXE 2

**COURRIER ADRESSÉ À M. XAVIER BERTRAND,
MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI
ET DE LA SANTÉ**



COMMISSION
DES
AFFAIRES SOCIALES

Monsieur Xavier BERTRAND
Ministre du travail, de l'emploi
et de la santé
127 rue de Grenelle
75700 PARIS

Paris, le 7 juin 2011

Réf. : S/2011.064.7

Monsieur le Ministre,

La commission des affaires sociales a organisé, en avril dernier, une mission d'études en Martinique et en Guyane sur les thèmes de la santé et du logement. Nous y avons particulièrement apprécié la qualité de l'accueil qui nous a été réservé par les agences régionales de santé de ces deux départements et par les responsables et collaborateurs des établissements de santé que nous avons visités (centre hospitalier Mangot-Vulcin au Lamentin, centre hospitalier universitaire de Fort-de-France, centre hospitalier André Rosemond de Cayenne et centre hospitalier de l'Ouest guyanais Franck Joly). Nous leur adressons, par votre intermédiaire, nos sincères remerciements pour cet accueil et pour les informations qu'ils nous ont fournies.

Nous présenterons notre rapport d'information d'ensemble en juillet prochain mais souhaitons d'ores et déjà attirer votre attention sur trois points précis qui méritent à notre avis un traitement rapide.

- Nombre de professionnels ou d'institutions des départements français d'Amérique ont été mobilisés pour aider les populations d'Haïti victimes du terrible séisme de janvier 2010 et nous tenons à saluer le travail et l'engagement de ces personnes dans des conditions très difficiles. Mais lors de notre déplacement en Martinique, nous avons été extrêmement surpris d'apprendre que l'Etat n'avait pas remboursé les frais engagés à cette occasion par les établissements de santé. Ces frais s'élèvent à environ 1 million d'euros et ce montant fait gravement défaut aux établissements qui souffrent déjà d'une situation financière délicate.

Est-il admissible que l'Etat n'assume pas une charge qu'il a lui-même décidée et qui relève manifestement de la solidarité nationale ?



• Toujours en Martinique, nous avons écouté avec un grand intérêt un exposé très complet sur les syndromes drépanocytaires et nous soutenons la décision du Gouvernement, inscrite dans le plan santé outre-mer présenté il y a deux ans, d'équiper la filière de soins qui s'est constituée pour prendre en charge cette pathologie d'un ou deux appareils à érythracytaphérèse. Ce type d'appareil présente en effet des avantages reconnus en termes de traitements transfusionnels. Nous nous étonnons que cet engagement pris il y a deux ans n'ait pas encore été tenu. Il y a pourtant urgence à répondre à cette demande.

• Enfin, en ce qui concerne la Guyane, nous avons visité le centre hospitalier de Saint-Laurent-du-Maroni qui fait face à des tensions dont nous n'imaginions pas l'ampleur et qui se trouve en complète sous-capacité essentiellement en maternité et en pédiatrie. Un projet de construction neuve est sur le point d'être engagé mais les équipes et les patients ne pourront pas attendre sa réalisation : il est donc indispensable de prévoir également - et dès maintenant - des bâtiments provisoires pour mettre à niveau cet établissement que les professionnels font fonctionner grâce à leur énergie et à leur engagement ; sans une action décisive, nous risquons de les décourager complètement, ce qui serait dramatique pour l'ensemble de la population.

Pourriez-vous, sur ces trois points, engager les démarches permettant de trouver des solutions rapidement visibles sur le terrain ?

En vous remerciant de l'intérêt que vous porterez à nos requêtes, nous vous prions de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de notre meilleure considération.

Muguette DINI
Présidente

Alain VASSELLE
Rapporteur général

Brigitte BOUT

Annie DAVID

André LARDEUX

Jacky LE MENN

Raymonde LE TEXIER