



LA SANTE A SAINT PIERRE-ET-MIQUELON

Mars 2016

Introduction

La situation de l'archipel de Saint-Pierre et Miquelon en matière de santé est caractérisée par :

- une insularité, voire une « double insularité » pour Miquelon ;
- une faible dimension de la population, environ 6 000 habitants ;
- une offre de soins spécialisés limitée ;
- une adaptation nécessaire des structures de prise en charge pour les personnes dépendantes, notamment absence de lits d'hospitalisation à domicile (HAD), absence de maison d'accueil spécialisée pour personnes handicapées (MAS), absence d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)... la situation actuelle est critique et va se dégrader dans les années à venir ;
- un isolement (bien plus qu'un éloignement) vis-à-vis de la métropole, dû notamment à l'absence de liaison aérienne directe ;
- une proximité géographique des provinces atlantiques du Canada où voyagent très fréquemment, voire résident une partie de l'année, les habitants de l'archipel.

La combinaison de ces différents facteurs, insularité/petit nombre d'habitants/isolement de la métropole/proximité du Canada, rend l'archipel naturellement dépendant des provinces atlantiques canadiennes en matière de prises en charge médicales spécialisées et d'évacuations sanitaires.

Les objectifs majeurs sont :

- Egalité de tous devant l'accès au soin ;
- Patient au cœur du système de santé : le parcours de soins ;
- Faire face au vieillissement de la population : l'anticipation et l'adaptation ;
- Répondre au défi que constituent les maladies chroniques et le cancer ;
- Rationaliser les coûts et opérer des contrôles ;
- Connaissance des besoins, adosements, normalisation et efficacité informatique.

1- Egalité de tous devant l'accès au soin

1.1 Egalité réelle des chances

Un Français, qu'il réside en Outre-mer ou en Métropole, devrait avoir les mêmes chances d'être soigné. Concrètement, des disparités existent en Outre-mer, notamment à Saint-Pierre-et-Miquelon, au détriment des patients.

Pour compenser l'offre de soins limitée, des missions de spécialistes métropolitains sont menées par le CHFD. Au total 320 journées de mission ont eu lieu en 2014. Elles ont été augmentées de 145 journées en 2015.

Ces effets sont exacerbés à Miquelon, où la double insularité pénalise la population pour l'ensemble des spécialités déjà mentionnées, mais aussi pour la gynécologie et l'orthodontie. En effet, les Miquelonnais ne disposent d'aucune mission de spécialistes et doivent, en fonction de leurs congés et des conditions météorologiques et techniques, se rendre à Saint-Pierre pour consulter. Peu de structures d'accueil pour les personnes âgées ou handicapées existent à Miquelon. Les conditions de travail du médecin du Centre de Santé, d'astreinte 24/24, pose aussi question.

De nombreux exemples nous ont été rapportés, certains sont criants d'injustice et de négligence.

Le turnover des médecins généralistes dans l'Archipel empêche la mise en place du système de médecin traitant. Ce dispositif national permet aux patients de bénéficier d'un suivi médical coordonné. Pour mémoire, le médecin traitant en métropole coordonne les soins et oriente son patient dans le parcours de soins, gère le dossier médical. Il est l'interlocuteur privilégié avec les autres professionnels de santé, il établit le protocole de soins dans le cas d'une Affection de Longue Durée. Il permet aussi une prévention personnalisée et effectue le suivi pour prévenir les risques de santé (suivi de la vaccination, examens de dépistages...).

Cette lacune renforce l'inégalité face à la maladie et à la prise en charge.

1.2 Soins dentaires

Les besoins urgents concernent notamment les soins dentaires. En effet, le manque cruel de dentistes dans l'Archipel entraîne un déficit de soins très important. La disparition d'un praticien libéral au début 2015 (il soignait 30% des patients) et la vacance du poste au Centre de Santé, jusqu'à récemment, ont accru le problème. Le retard accumulé dans les soins a

contraint le cabinet mutualiste, disposant de deux ETP, à refuser toute nouvelle prise de rendez-vous à l'automne.

En Métropole le ratio est d'un dentiste pour 1200 habitants. A SPM, il faudrait donc 4 dentistes. A ceci s'ajoute le fait que, selon les praticiens, la santé bucco-dentaire de la population est très médiocre, en raison notamment du manque de soins conservateurs dans le passé. Par voie de conséquence, de nombreuses prothèses sont posées créant une activité débordante au laboratoire de prothèses du Centre de Santé.

Un système de "permanence de soins urgents" devrait être instauré afin de pouvoir répondre aux demandes urgentes de la patientèle. Ainsi, des tarifs d'urgence devraient être appliqués (conformément au Code de la Sécurité Sociale).

1.3 Pédiatrie

Le secteur de la pédiatrie est aussi inquiétant. Un accès très partiel aux spécialistes de la santé des enfants ne permet pas d'avoir un suivi pédiatrique continu et fluide.

On peut se demander si 51 Evasan pédiatriques annuelles (donnée 2014) combinées à 4 missions pédiatriques (donnée 2013), soit 20 jours de mission, ne suffiraient pas à justifier l'embauche d'un médecin pédiatre permanent au sein du CHFD.

Outre le fait que certains enfants ne sont pas ou peu consultés à l'occasion de ces missions, elles ne couvrent pas les besoins de PMI dans l'Archipel : pas de visite à domicile en sortie de maternité, absence de bilans de santé pour les 3 - 4 ans, dépistage tardif des handicaps psychomoteurs, pas de contrôles des établissements accueillant des jeunes enfants, observation de la santé et mise en place d'une planification familiale... L'absence de clarification des compétences nuit à la bonne organisation d'une PMI digne de ce nom. Or, le domaine de la PMI est sans aucun doute un des points primordiaux du travail à entreprendre sur l'évolution de notre système de santé.

1.4 Ophtalmologie

L'ophtalmologie est dans le même cas de figure : les longs délais d'attente d'un rendez-vous, les 8 missions d'ophtalmologues (donnée 2013) et les 124 Evasan (donnée 2012) peuvent-ils justifier l'embauche d'un spécialiste permanent par le CHFD ?

Pour mémoire, il y a quelques années, les missions de gynécologies étaient saturées et l'embauche d'un gynécologue permanent à temps plein a été nécessaire et bienvenue.

1.5 Maladie d'Alzheimer

La prise en compte de la maladie d'Alzheimer est inexistante dans l'Archipel. Aucune évaluation ou prise en charge organisée n'est avérée. Les patients et leurs aidants sont souvent démunis et désorientés, sans accompagnement psychologique, dans un système inadéquat. Toutefois, la Maison Territoriale de l'Autonomie offre un service guichet unique pour les personnes âgées et handicapées.

Le CHFD envisage une mise à niveau des équipements d'accueil des personnes âgées pour installer une unité pour résidents Alzheimer disposant d'un accueil de jour et d'une aide aux aidants. L'unique gériatre, dont le travail est partagé entre l'USLD et la Maison Eglantine, dispose de très peu de temps pour mettre en place ce type de suivi.

1.6 Santé mentale et addictologie

Le champ de la santé mentale est peu structuré et manque aussi de coordination, or les besoins sont importants, à tous les âges de la vie, et les possibilités de prise en charge sont très insuffisantes. Au CHFD, un seul psychiatre et 0,25 ETP de psychologue sont disponibles alors que le besoin de plusieurs ETP est avéré afin de répondre à des publics différenciés. A ceci s'ajoutent quelques modestes missions en pédopsychiatrie.

L'isolement aggrave cette situation.

Des efforts ont été faits par les instances locales, notamment par l'ouverture d'un CMP (Centre Médico-Psychologique) contrairement dépourvu de psychologue et n'accueillant pas les mineurs (la création d'un CMPP doit être envisagée).

La refonte de l'APS (Association Action Prévention Santé) en mutant le CCAA (Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie) en CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) devrait permettre une meilleure prise en charge des addictions. Un temps médical doit être nécessairement envisagé dans ce cadre.

La création récente d'un PAEJ (Point Accueil et Ecoute Jeunes) permettra-t-elle de pallier aux manques dans le champ de la santé mentale des jeunes ?

Cette offre de soins manque là aussi de cohérence et de concertation entre les acteurs. La population, notamment les jeunes, semble avoir du mal à s'approprier ces dispositifs dispersés et parfois éloignés de leurs préoccupations et besoins. Un plan coordonné incluant prévention/dépistage/prise en charge est nécessaire.

L'APS a vu la demande de consultations thérapeutiques « exploser ». Le tarif, fixé à 50€ pour équilibrer les frais de déplacement des thérapeutes, ne permet pas à tous les publics d'accéder

à la thérapie. Ces consultations sont trop peu nombreuses pour répondre à la demande sans cesse croissante.

2014 et 2015 ont été des années funestes pour l'Archipel qui a connu 5 suicides, dont 2 de jeunes de moins de 25 ans, plus un meurtre par arme à feu, suivi du suicide de l'auteur des faits. Ces événements tragiques, survenus dans une petite communauté comme la nôtre, ont véritablement traumatisé la population, et l'absence d'une cellule psychologique pour la prise en charge des familles et des témoins s'est faite cruellement sentir.

Trop peu de moyens financiers et humains coordonnés sont débloqués localement pour faire face à la détresse d'une population.

La santé mentale au travail est aussi mal appréhendée localement.

1.7 Adaptation de la société au handicap

L'accompagnement des personnes porteuses de handicap pose question dans l'Archipel.

Le Centre Georges Gaspard, seul établissement hébergeant des personnes porteuses de handicap, géré par une association, accueille des publics dont les disparités d'âges et de handicaps entraînent une gestion complexe et une adaptation permanente pour les personnels. Le nouveau Conseil d'Administration, tout juste installé, promet une nouvelle dynamique pour ce secteur. Les aidants, souvent en état d'épuisement, n'ont aucun recours pour être accompagnés et soulagés. Un accueil de jour serait souhaitable.

Le Centre d'Aide pour le Travail (Etablissement et Service d'Aide au Travail) et le Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile assurent des missions parallèles.

Le problème de l'accessibilité et la circulation à Saint-Pierre-et-Miquelon reste entier et l'implication des collectivités dans le domaine du handicap reste faible (même si la politique de la Maison Territoriale de l'Autonomie est volontariste).

La notion d'analyse des pratiques - méthode de formation ou de perfectionnement fondée sur l'analyse d'expériences professionnelles présentées par leurs acteurs, dans le cadre d'un groupe composé de personnes exerçant la même profession - n'est pas répandue à Saint-Pierre-et-Miquelon. Ce retour d'expérience, source de construction de savoirs, permettrait une remise en cause des pratiques et une meilleure adaptation aux publics porteurs de handicaps.

Localement, les employeurs peinent à embaucher des travailleurs en situation de handicap ce qui accroît leur précarité.

Le dépistage précoce du handicap (absence de PMI 1.3) et l'annonce du handicap sont aussi hasardeux.

2- Patient au cœur du système de santé : le parcours de soins

2.1 Dysfonctionnements et incohérence du système actuel au détriment du patient

Le système de soins à Saint-Pierre-et-Miquelon est composé de la Caisse de Prévoyance Sociale, dans le cadre de son Centre de Santé (CdS), et du Centre Hospitalier François Dunan (CHFD).

Le CdS a ouvert en 2006 pour servir de sas à une installation libérale. Jusqu'alors la médecine de premier recours était assurée par le CHFD. Force est de constater que l'attractivité des conditions de travail et de rémunération offerte par le CdS n'a pas permis d'atteindre cet objectif, puisqu'aucun médecin libéral supplémentaire ne s'est installé dans l'Archipel. La création du CdS a simplement déplacé les médecins du CHFD vers la nouvelle entité.

Dans ce contexte, la CPS « assureur » peut-elle être également une CPS « offreur de soins » ?

L'instauration d'un parcours de soins normé est une priorité.

La continuité des soins est rendue difficile par un exercice cloisonné des acteurs, dispersé et peu coordonné. L'établissement d'un projet médical global à l'échelle du territoire est indispensable. L'objectif est d'accroître l'offre de soins et d'hébergement et d'en assurer la qualité et la sécurité.

Le manque de communication et de cohérence entre les institutions rend le parcours de soins compliqué et illisible. Une clarification des compétences et une politique de soins concertée permettraient, enfin, de simplifier et d'éviter des manquements. Remettre le patient au cœur du système de soin est primordial.

Une convention lie le Centre de Santé et le Centre Hospitalier François Dunan. La Permanence de Soins est assurée de manière découpée par le Centre de Santé (lundi au vendredi de 8h30 à 12h et de 14h à 20h, 9h à 12h le samedi) et le CHFD (en dehors de ces horaires). Les urgences sont passées du CHFD au CdS, puis du CdS au CHFD ... Cet historique explique que les relations sont parfois conflictuelles.

À ce stade, les patients ont du mal à s'orienter dans un parcours de soins chaotique et non intuitif. Les visites à domicile programmées sont menées par le CdS, le CHFD, lui, se rend à domicile lorsqu'un patient contacte le centre 15. Des dysfonctionnements ont déjà eu lieu dans le passé, au risque de mettre en péril des vies humaines.

La question du « qui fait quoi ? » interpelle les patients et leurs familles.

2.2 Evacuations Sanitaires

Les Evacuations Sanitaires (Evasan) sont elles aussi conventionnées. La CPS organise les Evasan programmées, le CHFD les évacuations en urgence.

Dans le 1^{er} cas, une demande est formulée par le médecin généraliste au Médecin Conseil de la CPS. Il saisit alors la Commission Médicale qui statue en fonction du cas.

Dans le 2^e cas, le CHFD statue selon le degré d'urgence et le cas du patient.

Aucun protocole transparent et lisible par tous n'a été mis en place, ce qui engendre des doutes et de la méfiance compréhensibles de la part des patients. Nous avons rencontré plusieurs patients désorientés et décontenancés par des décisions de la Commission Médicale. La plupart ne comprennent pas pourquoi on leur refuse désormais une Evasan en Métropole où ils sont suivis, parfois depuis de nombreuses années, pour la même pathologie.

L'incohérence du système actuel est poussée à son paroxysme dans le parcours d'un patient que voici : celui-ci souffre d'une pathologie orthopédique. Il consulte son médecin généraliste (CdS) qui fait une demande de rendez-vous auprès d'un orthopédiste. Le délai de rendez-vous, au gré des missions, est très long. Le patient est traité avec des antidouleurs durant un an (!!!), dans l'attente de cette consultation de spécialiste métropolitain. Il consulte enfin l'orthopédiste (CHFD) qui lui signifie qu'il a besoin d'une intervention chirurgicale rapidement (euphémisme compte tenu du délai déjà écoulé) et qu'il le prendra en charge dans son service en Métropole où il sera opéré dans les 3 mois qui suivent. Le patient, soulagé, consulte à nouveau son médecin généraliste pour qu'il effectue une demande d'Evasan auprès du Médecin Conseil de la CPS et de la Commission Médicale. La commission statue : l'Evasan sur la Métropole est refusée et le patient est orienté vers St-John's où il devra revoir un orthopédiste canadien, refaire certainement tout un tas d'exams, pour envisager ultérieurement une hypothétique intervention.

Pourquoi alors lui avoir fait attendre un an pour consulter un spécialiste français et au final refuser sa prise en charge en Métropole ? Il s'agit ici d'un problème orthopédique non vital, qu'en est-il pour un cancer ? Quelle est la cohérence entre les institutions ? Quelle rationalisation des coûts et continuité dans le parcours de soins ? Un habitant de Saint-Pierre-et-Miquelon dispose-t-il des mêmes chances qu'un compatriote métropolitain ?

En outre, le choix de St-John's à Terre-Neuve, imposé par la CPS pose certaines questions :

- Comment être soigné et accompagné par des personnels anglophones ? Un dispositif de traducteurs a été mis en place, mais il reste léger et souvent inadapté.
- Le libre choix du patient (article R.4127-6 du code de la santé publique) peut-il s'exercer alors que l'option est déterminée par cette commission ?
- Les patients qui sont victimes au Canada d'accidents médicaux, notamment les infections nosocomiales, ne bénéficient pas à ce jour de protocole de déclaration ni d'indemnisation.

Article L1142-13

"Pour leur application à la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon, les compétences dévolues par l'article L. 1142-5 à la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales sont exercées par la commission régionale de Basse-Normandie."

Fixer des règles claires, limitant les risques d'interprétation, notamment pour le choix des destinations d'évacuation sanitaire, pour les critères de prise en charge d'un accompagnant et pour le traitement des dossiers de soins inopinés au Canada, est un objectif à atteindre.

L'absence d'évaluation du dispositif pénalise son efficacité et ne permet pas l'adaptation de l'offre aux besoins réels de la population. Ce manque d'analyse et d'adaptabilité met à jour des systèmes distincts et sans cohérence. En adaptant l'offre de soins sur l'Archipel, les inconvénients des déplacements pour les patients et leurs accompagnants, ainsi que les coûts de prise de charge seraient minorés.

Une étude médico-économique est requise. Elle doit permettre d'analyser les besoins, ce qui peut être traité localement ou par le biais de la télémédecine. Un ajustement corrélé des missions de spécialistes aux besoins de la population permettrait une meilleure efficacité.

Les Indemnités Journalières ne prennent pas en compte les frais de transport inhérents au séjour (hormis Aéroport-hébergement aller/retour) et les frais de bouche. Il est évident que l'utilisation des transports en commun pour se rendre du lieu d'hébergement au centre de soins (tant pour le malade que pour l'accompagnateur) et le fait de se nourrir hors de son domicile engendrent des frais supplémentaires indéniables pour les patients et leurs familles.

Une meilleure information aux patients et aux accompagnateurs est incontestablement nécessaire. Le stress de la maladie et de l'inconnu ne doit pas être augmenté par une mésinformation ou désinformation. Il est impératif que les personnes évacuées puissent être au fait des procédures à accomplir une fois sur place. L'aspect humain est primordial dans ces circonstances difficiles.

2.3 Accords régionaux

Il est impératif de :

- Négocier avec chaque province atlantique canadienne des accords de Sécurité Sociale identiques à celui existant entre la France et le Québec. Ces accords apporteraient plus de mobilité pour les résidents de l'Archipel (y compris les étudiants) et permettraient aux travailleurs saisonniers de trouver de l'emploi à certaines périodes de l'année sans perdre les avantages de leurs prestations pour eux ou pour les familles restées sur l'Archipel.

- Obtenir des provinces atlantiques recevant des patients de l'Archipel (Terre-Neuve et Labrador, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick) des tarifs préférentiels, afin de ne pas être considérés comme des étrangers, pour faciliter la prise en charge au plus près des pathologies ne pouvant pas être soignées localement. Pour chaque province canadienne, il existe trois niveaux de tarifs : le premier pour les résidents de la province, le second pour les Canadiens résidents d'une autre province et le dernier pour les étrangers, beaucoup plus onéreux. Chaque province fixe ses tarifs. Les tarifs appliqués aux patients de l'Archipel sont ceux réservés aux étrangers, avec parfois un aménagement. La province du Nouveau-Brunswick étudie la possibilité d'appliquer aux patients de Saint-Pierre-et-Miquelon les tarifs des résidents d'une autre province. Ce qui serait une économie importante pour l'assurance maladie.
- Permettre à la CPS, sous réserve de l'avis du Médecin Conseil, de prendre en charge, à hauteur des tarifs négociés avec chaque province atlantique canadienne, les soins inopinés pour des urgences avérées survenant dans ces provinces. En effet, beaucoup d'habitants de l'archipel y possèdent une résidence secondaire et y résident une partie de l'année, ou encore vont y passer les fins de semaine en bateau.

3- Faire face au vieillissement de la population : l'anticipation et l'adaptation

Le CHFD a été entièrement reconstruit et son ouverture en 2013 a modernisé l'offre hospitalière de manière conséquente. Il dispose notamment d'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD).

Toutefois, la maison de retraite dite « Eglantine » jouxte toujours l'ancien CHFD désaffecté. Même si quelques efforts ont été faits, l'état vétuste de la Maison Eglantine nous interpelle. Le constat accablant des conditions d'accueil et de vie des résidents rapporte la vétusté des équipements, des normes d'hygiène et de sécurité insatisfaisantes.

L'avenir de cette maison de retraite, qui a accusé un déficit structurel de plus de 500 000€ pour 2015, est une question primordiale. Il est de notre devoir de se préoccuper de nos aînés, et ce, de manière urgente.

Des travaux devaient être menés pour améliorer les conditions de vie à la « Maison Eglantine » en attendant qu'une option définitive ne soit choisie. Plusieurs alternatives et évolutions sont possibles : reconstruction sur le site actuel ou sur le nouveau site du CHFD, passage en EPHAD...

L'association Restons Chez Nous intervient sur l'ensemble du territoire. Elle permet aux personnes âgées et handicapées de rester à domicile le plus longtemps possible en proposant l'aide à domicile, le portage des repas, la téléassistance...

4- Répondre au défi que constituent les maladies chroniques et le cancer

Une meilleure appréhension des données statistiques (6.1) permettrait une meilleure gestion des risques et adaptation du dispositif sanitaire aux affections chroniques avec pour point de mire :

- l'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques : il conviendra de développer des actions destinées à soutenir la personne dans son projet de vie, social ou professionnel, et limiter les complications potentielles notamment par le développement de l'éducation thérapeutique. Enfin, les actions de prévention sur des déterminants de santé et les stratégies de dépistage doivent permettre également d'atteindre l'objectif.
- le renforcement de la lutte contre les maladies chroniques ayant le plus fort impact en termes de mortalité et de morbidité : les cancers, les maladies cardiovasculaires, et le diabète sont ici concernés en priorité, compte tenu du poids que ces maladies représentent, comparativement aux données nationales, en termes de mortalité (notamment prématurée) et de morbidité. La télémédecine a ici toute sa place et doit être encouragée.

En 2012, la CPS recensait 779 patients exonérés du ticket modérateur pour une Affection de Longue Durée (ALD) contre 700 en 2014. Le différentiel peut être lié à la gestion des ALD. Des efforts ont été soutenus et le suivi s'est nettement amélioré.

Par ordre de fréquence, les motifs sont : les tumeurs malignes, le diabète sucré, les maladies coronariennes, les affections mentales.

5- Rationaliser les coûts et opérer des contrôles

5.1 Coûts et efficacité

Compte tenu du faible nombre d'habitants, le coût de l'offre de santé à Saint-Pierre-et-Miquelon est élevé. Rapporté au nombre d'habitants, c'est le plus élevé d'Outre-mer (5 861 €/an/habitant en 2012) : l'inefficacité du système actuel en est d'autant plus alarmante.

L'enjeu du maintien de la qualité des soins est primordial en dépit d'un faible niveau d'activité, notamment pour la chirurgie ou le service des urgences.

L'optimisation des missions de spécialistes en cohérence avec la télémédecine est aussi un axe à approfondir.

Le CHFD, de par l'importation de produits pharmaceutiques et d'équipements biomédicaux, est le premier contributeur de l'Archipel en matière de droits de douanes et d'octroi de mer. Une demande aux autorités territoriales d'exonération de frais de douanes pour certains produits et matériels qui sont exonérés en métropole aurait pour effet de diminuer les coûts du CHFD, mais d'impacter d'autant les budgets des collectivités locales à fiscalité propre.

Par ailleurs, des travaux immobiliers dissociés sont envisagés :

- CHFD : travaux d'amélioration des locaux existants et travaux d'aménagement de locaux pour y loger des professionnels ;
- CPS : travaux conséquents de mise aux normes du bâtiment ;
- CdS : travaux d'entretien et travaux d'aménagement.

5.2 Contrôles et partenariats

La rationalisation des coûts et la maîtrise des dépenses de la CPS et du CHFD devraient faire l'objet d'une attention et de contrôles plus accrus.

Seule la CNAMTS vient compenser le déficit sans cesse croissant de la CPS par le versement d'une subvention. 31 804 883 € ont ainsi été versés par la CNAMTS en 2014.

L'Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses (EPRD) du CHFD pour 2015 laisse apparaître un déficit de 2,8 millions d'euros au compte financier 2014.

Prenons l'exemple des frais de personnels qui sont significatifs (7 247 436 € pour la CPS en 2014 et 16 964 617€ pour le CHFD en 2015). Une prospective sur les besoins des structures permettrait une sensibilisation aux métiers et une formation professionnelle anticipée. L'embauche de personnels issus du tissu local impacterait positivement l'emploi dans l'Archipel et éviterait des frais conséquents afférents à la précarité des emplois à durée déterminée, au transport et à l'hébergement des personnels venus de Métropole. La stabilisation de la ressource humaine dégagerait des crédits, assurerait aux patients d'avoir les mêmes interlocuteurs et permettrait aux personnels administratifs des services de ressources humaines de se consacrer à d'autres tâches qu'à la gestion exponentielle de plannings et de la paie.

La mise en place d'un Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens territorial est-il envisageable à l'échelle de l'Archipel ?

L'extension de la compétence de la Mission Nationale de Contrôle (MNC) à la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon est indispensable dans le cadre de la « mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale ». Sans ce rattachement à la MNC, la fragilité du contrôle exercé sur les actes pris par la Caisse de Prévoyance Sociale est évidente.

Le Préfet de l'Archipel a adressé des courriers à Mme Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, à ce sujet.

Par ailleurs, des conventions et partenariats avec des organismes de formation métropolitains doivent impérativement voir le jour afin de faciliter les démarches d'inscription et l'organisation d'épreuves à distance, aujourd'hui compliquées ou impossibles, pour les Saint-Pierrais et Miquelonnais.

Actuellement, certains candidats doivent assumer les frais de transport et d'hébergement sur la Métropole pour se présenter à un oral de sélection ou à un concours d'entrée.

La coordination des acteurs est indispensable pour éviter les doublons et assurer des économies d'échelle.

Le domaine de la prévention en est un exemple. La forte implication de la CPS dans le domaine de la prévention (qui s'affranchit le plus souvent de concertation avec l'ATS) et sa capacité à financer ses propres programmes ont pu être source de conflits avec l'ATS, dont le champ de compétence affirmé recouvre aussi celui de la prévention et de la promotion de la santé.

La faiblesse des crédits de l'Etat mis à disposition de l'ATS sur ce champ d'activité ne lui permet pas d'accomplir ses missions. Un schéma unique de prévention, associant l'ensemble des acteurs, est indispensable à une action de prévention percutante et lisible. Un travail collaboratif a été initié et un programme global des interventions en milieu scolaire a été établi par les services de l'Education Nationale.

Il est nécessaire de renforcer la prévention des facteurs de risque auprès des jeunes (tabagisme, alcoolisme, addictions en tous genres, hygiène alimentaire...). La mise en place des examens de santé gratuits proposés à la population à des dates clés est aussi un axe à développer (à 15/16 ans pour les adolescents un peu avant la fin des études dans l'archipel et leur départ au Canada ou en Métropole ; à 40/45 ans au milieu de vie ; à environ 60 ans au moment du départ en retraite).

6 - Connaissance des besoins, adossements, normalisation et efficience informatique

6.1 Base de données statistiques

Les données de santé sont éparses, peu accessibles ou produites partiellement, voire même non produites.

La tenue de statistiques globales et leur étude approfondie permettraient l'anticipation, la prévention et la gestion des risques, l'adaptation du système de soins aux pathologies les plus présentes actuellement ou dans le futur et la formation des personnels de santé en adéquation.

L'absence de ces données pénalise gravement le pilotage de la santé dans l'Archipel.

6.2 Instances représentatives et coordination

La création d'un Observatoire de la Santé dans l'Archipel qui permettrait de connaître les différentes pathologies rencontrées, leur apparition par sexe et par âge, leur incidence et leur prévalence, les différences par rapport à la métropole et aux autres Outre-mer, est indéniablement nécessaire. En découleraient l'établissement des priorités adaptées à la situation de l'Archipel en matière de prévention, de dépistage et d'amélioration de la prise en charge, les capacités humaines et techniques à développer, tous secteurs confondus, pour étendre et améliorer les possibilités de prise en charge spécialisées sur l'Archipel.

La Conférence Territoriale de la Santé et de l'Autonomie (CTSA) peine à exercer ses missions. Elle comprend 32 membres et rend un avis sur le projet territorial de santé, les différents schémas et le rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé. Installée le 28 juin 2012, elle s'est depuis réunie moins de 5 fois et l'implication des nombreux membres est insuffisante.

La Commission Territoriale de Coordination des Politiques Publiques de Santé (CTCPPS) a été installée le 26 juin 2012. Elle comprend 12 membres et est présidée par le Préfet. Elle associe les services de l'Etat (Education Nationale, cohésion sociale, territoires), les collectivités territoriales, la CPS, les Affaires Maritimes représentant l'ENIM. Compétente pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres dans le domaine de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail, de la PMI et de la prise en charge des accompagnements médico-sociaux. Même constat : cet organe ne s'est pas réuni depuis début 2014.

La création d'un poste médical de coordination au CHFD devrait contribuer à filtrer, en concertation avec le Médecin Conseil qui reste maître de la décision finale, les demandes d'Evasan des médecins généralistes.

Concrètement, les médecins généralistes ne feraient plus de demandes d'Evasan directement, mais adresseraient leurs patients aux spécialistes qui sont au CHFD et qui rempliraient ainsi une mission de premier recours supérieur ou de second recours. Cette option parviendra-t-elle à simplifier et accélérer le processus ?

Actuellement, les prises de rendez-vous sont réparties comme suit, en fonction du motif, du régime d'origine de l'assuré et de la destination de l'Evasan :

- Missions de spécialistes : transmises par le médecin généraliste (CdS ou libéral) au CHFD qui transmet au spécialiste pour déterminer le caractère d'urgence du rendez-vous ;
- Evasan :
 - Ressortissants ENIM (toutes destinations) : prise de rendez-vous par le CdS ;
 - Destinations Métropole, Halifax : prise de rendez-vous par le CdS ;
 - St-John's : prise de rendez-vous par le Service Médical de la CPS.

Un exemple de coordination urgente et concrète à mettre en place : le Centre Pénitentiaire de Saint-Pierre où les agents de surveillance distribuent les médicaments aux détenus, et ce, depuis des années. Des alertes ont été données... Faut-il un incident majeur pour espérer une réaction et la fin de cette situation inacceptable ? Chacun doit retrouver la place qui est la sienne dans le respect du secret médical et de l'éthique.

La prise en charge des détenus n'est pas non plus optimale avec l'intervention de multiples structures à savoir : un médecin généraliste du CdS, un praticien du CHFD, la prise en charge mentale par le CMP... Jusqu'en 2015, la dispensation des traitements médicamenteux (piluliers) était assurée par les infirmières du CdS, charge aux gardiens de distribuer les médicaments. Depuis ce sont les infirmiers du CHFD via le SSIAD la journée, mais la distribution des médicaments pour la nuit est toujours à la charge des gardiens. Cela démontre encore une fois l'absence de clarification des rôles : ne serait-il pas plus facile de confier l'ensemble de ces tâches au centre hospitalier ?

6.3 Dossier Médical Partagé

Aucun partage des comptes-rendus médicaux établis par les médecins spécialistes en mission ou lors d'Evasan, n'a été instauré et protocolarisé. Cette pratique faciliterait considérablement le transfert de l'information entre praticiens du CdS et du CHFD.

L'absence d'un dossier médical partagé entre les acteurs de santé, malgré la petitesse de l'Archipel, vient compliquer davantage le parcours du patient. La mise en place d'un tel dossier médical partagé est indispensable et il serait souhaitable que cette mise en place soit pilotée par l'ATS et non pas par les offreurs de soins.

Cela implique évidemment une obligation pour les praticiens d'incrémenter ce dossier lors des consultations.

6.4 Informatisation et télétransmission des soins

La dématérialisation des feuilles de soins est une réalité en Métropole depuis bien longtemps alors qu'à Saint-Pierre-et-Miquelon c'est loin d'être le cas.

La télétransmission des feuilles soins et la mise en place de la Carte Vitale, ne serait-ce que localement, permettrait des économies substantielles de temps sur les personnels en charge de la saisie manuelle des soins, du contrôle non automatisé des opérations et du recouvrement.

Le retour sur l'investissement conséquent que représente une mutation informatique est immédiat : la récupération des sommes auprès des complémentaires santé serait instantanée.

A l'heure où la complémentaire santé obligatoire a été votée dans le cadre du PLFSS 2016 et est applicable depuis le 1^{er} janvier, et où la généralisation du tiers payant est évoquée au niveau national, l'automatisation des processus apparaît indispensable.

6.5 Adossements informatiques et logistiques

L'adossement de l'ensemble des institutions permettrait, entre autres, de dynamiser, faciliter et accélérer les processus. Une rationalisation en termes de soutien consisterait en un adossement de tous les services publics administratifs à une seule région métropolitaine afin d'éviter les éparpillements et de simplifier les échanges. Pour les acteurs du soin (CPS, CHFD, ATS) un travail avec la région Bretagne est enclenché. Il serait souhaitable d'encourager toutes les institutions à faire de même.

Désigner le CHU de Rennes comme établissement hospitalier métropolitain de référence, correspondant privilégié du centre hospitalier de Saint-Pierre et des médecins généralistes de l'Archipel permettrait une prise en charge des pathologies ne pouvant être traitées ni localement ni au Canada, la mise à disposition au profit des praticiens de l'Archipel d'un réseau de référents par spécialités médicales afin de réduire leur isolement et le développement avec ces référents de la télémedecine.

En outre, un adossement informatique adapté éviterait des structures lourdes et inefficaces. Ce sujet est abordé de manière récurrente depuis de nombreuses années : une solution doit être trouvée en urgence.

6.6 Actualisation statutaire et réglementaire

Une remise à plat du statut de la CPS en actualisant le décret 91-306 du 25 mars 1991 permettrait de lever certaines difficultés et de mieux prendre en compte les contraintes particulières à l'Archipel, au premier rang desquelles la petite taille, l'insularité et surtout l'isolement par rapport à la Métropole, ainsi que la proximité et la dépendance des structures canadiennes.

Cette modification statutaire engendrerait-elle des conséquences sur la gestion du Centre de Santé par un organisme assureur ? Quelles modalités seraient alors mises en place ?

L'accession de Saint-Pierre-et-Miquelon aux moyens du Fonds d'Intervention Régional (FIR) accompagnerait les changements structurels nécessaires en terme d'offre de soins. Divers courriers en ce sens ont été adressés à Mme Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

Pour mémoire, dans le cadre du vote de l'article 56 de la LFSS pour 2015, le FIR a vu ses missions réorganisées en cinq axes stratégiques qui s'inscrivent dans le cadre de la stratégie nationale de la santé :

- promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;
- organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;
- permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;
- efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- développement de la démocratie sanitaire.

L'accréditation du CHFD par la Haute Autorité de Santé est amorcée. La démarche d'accréditation auprès de la HAS du CHFD est à encourager. Il serait souhaitable que le CdS s'engage dans cette voie et que l'inspection par le Médecin Inspecteur soit étendue à tous les offreurs de soins sur l'Archipel.

6.7 Protection Maladie Universelle

L'extension à l'Archipel la Protection Maladie Universelle, mesure mise en place par le PLFSS 2016, est souhaitable.

La couverture maladie universelle (CMU) n'est pas applicable dans l'Archipel. L'assurance personnelle, supprimée en métropole, y est toujours applicable, mais les articles de la Sécurité Sociale qui y font référence sont abrogés.

Conclusion

Cette note, non exhaustive, n'a pas pour objectif la stigmatisation ou la polémique, mais d'attirer l'attention de l'Etat et des différents acteurs du secteur sur les dysfonctionnements du système de santé à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Il s'agit ici de faire un constat, certainement imparfait, qui, nous l'espérons, alertera et fera réagir ceux qui président à l'organisation de la santé dans l'Archipel, en vue de faire évoluer cette situation que nous jugeons, comme beaucoup de nos compatriotes, indigne de notre territoire.

L'organisation du système de soins dans son ensemble (offre de soins, missions de spécialistes, Evasan, parcours de soins, service d'urgence...) et la coordination de tous les acteurs (ATS, CHFD, CPS-CdS) ainsi que des partenaires (collectivités, Education Nationale, acteurs de la formation professionnelle, ENIM...) sont indispensables pour servir aux Saint-Pierrais et Miquelonnais les prestations de qualité en matière de santé auxquelles ils ont droit en tant que citoyens Français. Trop de confusion et d'inefficience sont actuellement à déplorer malgré des moyens financiers pourtant conséquents.

Les Saint-Pierrais et Miquelonnais subissent aujourd'hui cette inefficacité au détriment de leur santé. Or, le bien-être et la prise en charge de la population dans de meilleures conditions doivent être remis au cœur de l'organisation locale du parcours médical et des préoccupations des institutions de santé.



Sources :

Rapport d'information de la Délégation aux Outre-Mer de l'Assemblée Nationale : La Santé Outre-mer : des réformes urgentes pour résorber les inégalités, Février 2015 (Monique Orphé, Rapporteuse)

Mission d'appui à l'Administration Territoriale de Santé de Saint-Pierre-et-Miquelon, Christian Favier, Mars 2014

Rapport d'activité 2014, Caisse de Prévoyance Sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon

Plan Stratégique de Santé de Saint-Pierre et Miquelon, 2014

EPRD 2015 : Note sur la situation financière du CHFD

Eléments de réflexion pour une stratégie de santé à Saint Pierre et Miquelon, Caisse de Prévoyance Sociale, nov 2015

Propositions, Stratégie Outre-mer, égalité des chances SPM, 2/11/15, ATS

Courriers adressés à Marisol Touraine par le Préfet de Saint-Pierre-et-Miquelon (MNC : 8/1/15-2/11/15)

Courriers adressés à Marisol Touraine par l'ATS (FIR : 10/12/12 – 2/11/15)

www.ch-fdunan.fr, site du CHFD

www.secuspm.com, site de la CPS et du CdS

www.sante.gouv.fr, site du Ministère des Affaires sociales, de la santé et des Droits des femmes

www.ameli.fr, site de l'Assurance Maladie