

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Délégation aux outre-mer

- Examen du rapport d'information de Mme Monique Orphé sur le projet de loi relatif à la santé (n° 2302)..... 2

Mercredi

11 février 2015

Séance de 16 heures 30

Compte rendu n° 8

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

Présidence
de M. Jean-Claude
Fruteau, Président



La séance est ouverte à 10 heures 30.

Présidence de M. Jean-Claude Fruteau, Président.

La Délégation procède à l'examen du rapport d'information de Mme Monique Orphé sur le projet de loi relatif à la santé (n° 2302).

M. le président Jean-Claude Fruteau. Mes chers collègues, nous sommes réunis aujourd'hui pour entendre Mme Monique Orphé, notre rapporteure d'information sur le projet de loi relatif à la santé.

Je rappelle que ce projet de loi a été déposé par Mme Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, à l'Assemblée nationale, le 15 octobre 2014. Notre collègue, Mme Monique Orphé, a été désignée rapporteure sur ce texte par la Délégation, le 4 novembre 2014. Mme Orphé a procédé à un cycle d'auditions en novembre et en décembre. Puis, la Délégation a entendu hier les deux ministres les plus concernés par les questions de santé outre-mer, c'est-à-dire la ministre des Affaires sociales elle-même, Mme Touraine, et Mme Pau Langevin. Enfin, nous examinons aujourd'hui le rapport d'information préparé par Mme Orphé.

Le projet de loi devrait être discuté en commission des Affaires sociales le 3 mars prochain et en première lecture, en séance publique, au cours du mois d'avril 2015.

Comme nous l'avons indiqué hier à la ministre, Mme Touraine, il nous a paru dommage que le projet de loi ne comporte pas de volet outre-mer.

Nous avons bien compris que bon nombre de mesures contenues dans le projet de loi « santé » avaient vocation à s'appliquer directement dans les Outre-mer, du moins dans les DOM, sans qu'il soit nécessaire de prévoir des aménagements distincts.

Néanmoins, nous pensons que tous les problèmes sanitaires qui sont présents au sein des Outre-mer ne sont pas totalement traités dans le projet de loi et, à défaut de « volet outre-mer », nous voudrions réinsérer dans le texte des mesures de nature à apporter quelques remèdes aux dysfonctionnements les plus sensibles.

Je passe maintenant la parole à Mme Orphé pour qu'elle puisse nous faire part de ses analyses et de ses propositions d'amendement.

Mme Monique Orphé, rapporteure. Monsieur le président, mes chers collègues, vous avez pu prendre connaissance de mon rapport la semaine dernière, ce dernier vous ayant été adressé par courrier électronique.

Le rapport comporte trois parties. La première est une analyse des différents problèmes posés par la santé publique dans les Outre-mer. La seconde est une analyse des dispositions du projet de loi qui concernent le plus les territoires ultramarins. Comme le président vous l'a indiqué, le texte – sauf l'article 56 qui renvoie à des ordonnances pour la mise en œuvre de certaines mesures dans les DOM et à Saint-Pierre-et-Miquelon – ne comporte pas de volet outre-mer ; cependant un certain nombre de dispositifs, sans viser directement les collectivités ultramarines, trouvent à s'y appliquer. Enfin, la troisième partie concerne les modifications qui pourraient être apportées au projet de loi.

J'aborde la première partie du rapport.

En fait, cette première partie a pour ambition de montrer qu'il existe bon nombre de secteurs, dans le domaine de la santé, où les Outre-mer sont en retard et où, par conséquent, la différence entre la situation sanitaire des collectivités ultramarines et celle de la métropole est très significative, au détriment des DOM et des COM.

Je distinguerai sept points.

Il y a tout d'abord la question de la mortalité maternelle, néonatale, périnatale et infantile. Les taux sont deux fois plus élevés dans les DOM qu'en métropole, alors que les moyens médicaux déployés sont sensiblement les mêmes.

En particulier, les taux de mortalité infantile sont préoccupants. En 2012, pour quelques 50 000 naissances annuelles dans les DOM et en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et à Wallis-et-Futuna, alors que le nombre d'enfants nés vivants et décédés dans l'année en métropole est de 3, il est de 4 en Nouvelle-Calédonie, de 5 à Wallis-et-Futuna, de 7 en Polynésie française, de 8 en Martinique et à La Réunion, et de 9 en Guadeloupe et en Guyane.

Il y a ensuite la question de la surexposition des jeunes filles ultramarines aux risques de grossesse précoce.

Selon une enquête conduite en 2011-2012 par l'INPES (l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) en Martinique, en Guadeloupe et en Guyane et qui vient de paraître à la Documentation française, sur un échantillon représentatif d'environ 700 femmes de 18 à 54 ans dans chacun de ces DOM, ce sont 21 femmes de 18 à 24 ans en Guadeloupe et 29 femmes de la même tranche d'âge en Martinique et en Guyane qui ont eu à affronter une grossesse imprévue sur les cinq dernières années.

Le risque de grossesse précoce est donc important outre-mer.

Par ailleurs, toujours selon la même enquête, lorsque l'on demande aux femmes quelle a été l'issue de cette grossesse non prévue, 42 % des femmes (de 18 à 24 ans) répondent qu'elle s'est terminée par une interruption volontaire de grossesse.

C'est ainsi que, dans les DOM, le taux d'IVG est très nettement supérieur à celui de la métropole.

En 2012, le taux d'IVG dans l'hexagone est de 14,5 pour 1000 femmes (entre 15 et 49 ans), mais il passe à 25,3 pour 1000 femmes dans les Outre-mer.

Par ailleurs, le taux d'IVG des jeunes filles de 15 à 19 ans dans les DOM représente plus du double de celui qui prévaut pour les jeunes filles dans l'hexagone. Ainsi, toujours en 2012, en métropole, le taux d'IVG pour les jeunes filles de 15-19 ans est de 14 pour 1000, mais, dans les Outre-mer, ce taux passe à 33 pour 1000.

Cette situation est évidemment préoccupante.

Le troisième point que l'on peut mettre en exergue est le manque de trésorerie dont souffrent les centres hospitaliers des DOM.

D'après les informations que j'ai pu recueillir, la majeure partie des centres hospitaliers des DOM (soit 19 sur 29) ne disposent, en fait, que de quelques jours de fonds de roulement. Si leur situation comptable paraît parfois plus favorable, c'est à cause des aides exceptionnelles de trésorerie allouées par l'assurance maladie.

Par ailleurs, à des degrés divers, les capitaux propres cumulés des 10 plus grands centres hospitaliers des DOM sont négatifs en 2012. C'est le cas du CHU de Martinique (- 181 millions d'euros), du CHU de Guadeloupe (- 44 millions d'euros), du Centre hospitalier de Mayotte (- 3 millions d'euros) ou du centre hospitalier de Cayenne (- 1 million d'euros).

Cette situation provient, en particulier, du poids souvent trop important des personnels – spécialement des personnels non soignants – et également, dans une moindre mesure, des facturations impayées. Elle est, bien évidemment, défavorable aux investissements et à la rénovation des plateaux techniques hospitaliers.

Le quatrième point – qui est lié au précédent – consiste à affirmer que la politique d'investissement dans les centres hospitaliers n'est pas à la hauteur des enjeux. Ainsi, le nombre de lits dans les centres hospitaliers ultramarins reste toujours inférieur, par 100 000 habitants, au niveau atteint en métropole. Il est ainsi de 654 lits par 100 000 habitants dans l'hexagone en 2010, mais de 175 lits à Mayotte, de 355 lits à La Réunion, de 380 lits en Guyane, de 606 lits en Guadeloupe et de 639 lits en Martinique. Un plan de rattrapage s'impose, notamment à Mayotte et en Guyane, deux territoires qui reçoivent beaucoup de ressortissants étrangers.

Le cinquième point à signaler est la plus faible densité médicale constatée dans les DOM par rapport à la métropole.

Cela est valable pour les praticiens hospitaliers (puisqu'il y a moins d'hôpitaux dans les Outre-mer que dans l'hexagone), mais aussi pour les médecins exerçant de manière libérale.

Ainsi, en 2012, alors que les médecins libéraux généralistes s'élèvent, en moyenne, à 106 praticiens pour 100 000 habitants en métropole, ces derniers s'élèvent à 80 médecins pour 100 000 habitants en Guadeloupe, à 81 médecins pour 100 000 habitants en Martinique, à 47 médecins pour 100 000 habitants en Guyane et à 13 médecins pour 100 000 habitants à Mayotte.

Seule La Réunion enregistre un chiffre plus élevé qu'en métropole : 117 médecins généralistes pour 100 000 habitants ; mais ce chiffre est à mettre en balance avec un plus faible taux de médecins spécialistes que dans l'hexagone (94 spécialistes pour 100 000 habitants en métropole et seulement 63 spécialistes pour 100 000 habitants à La Réunion).

La question de l'accès des patients aux soins prodigués par la médecine de ville est ainsi une question qui s'avère tout à fait préoccupante en Guyane et à Mayotte.

Le sixième point est la faiblesse du nombre des centres de long séjour, alors que le vieillissement de la population réunionnaise, martiniquaise et guadeloupéenne est bien plus accéléré qu'en métropole. Ainsi, d'ici 2030, la part des personnes de plus de 60 ans est appelée à doubler en Martinique et en Guadeloupe, et le nombre des Réunionnais de plus de 75 ans devrait tripler. Or, la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion manquent de capacités

d'accueil pour les personnes âgées, notamment en aval des services hospitaliers de soins aigus, ce qui crée des perturbations dans le fonctionnement de ces services.

Enfin, le dernier domaine où l'on note des différences notables entre l'hexagone et les Outre-mer est celui des pathologies.

Certaines pathologies sont inconnues en métropole ; d'autres présentent des prévalences différentes.

Parmi les pathologies inconnues en métropole, on peut citer la dengue qui touche les Antilles et la Guyane et le chikungunya qui frappe la Martinique, la Guadeloupe, La Réunion et Mayotte. Par ailleurs, le paludisme reste présent à l'état endémique en Guyane.

Parmi les pathologies présentant une prévalence particulière, on peut recenser l'infection au VIH qui est plus développée qu'en métropole, ainsi que le diabète et l'hypertension artérielle qui sont souvent des conséquences du surpoids ou de l'obésité.

En outre, de nombreux phénomènes addictologiques (drogue, alcool, tabac...) sont plus importants dans les DOM et doivent être considérés comme des priorités de santé publique.

Face à l'ensemble de ces fléaux, le projet de loi relatif à la santé comporte un certain nombre de réponses.

J'aborde ainsi la seconde partie du rapport – partie qui présente les principales mesures contenues dans le projet de loi et susceptibles d'intéresser les Outre-mer, même si, comme je l'ai dit plus haut, la plupart de ces mesures (sauf l'article 56) ne sont pas spécifiquement dédiées aux collectivités ultramarines.

Parmi les mesures les plus importantes pour les Outre-mer, indépendamment de l'article 56, je citerai les articles 3, 4, 5, 7, 12, 18, 26, 37 et 38.

L'article 3 lève les restrictions qui pouvaient encore exister s'agissant de l'accès à la contraception d'urgence (ou « *pilule du lendemain* ») délivrée au sein de l'infirmerie scolaire pour les élèves du second degré.

L'article 4 renforce les dispositifs permettant de lutter contre l'alcoolisation des jeunes.

L'article 5 améliore l'information nutritionnelle des consommateurs en prévoyant la possibilité de placer des logos « en face-avant » des emballages des produits alimentaires.

L'article 7 conforte la pratique des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), ainsi que des autotests, pour le dépistage des maladies infectieuses transmissibles ; les TROD seront disponibles chez les médecins libéraux et les autotests en pharmacie – et non plus seulement dans certains lieux, tels que les structures de prévention.

L'article 12 institue un service territorial de santé au public ; il place le patient au centre du dispositif et prévoit l'organisation de « parcours de santé coordonnés », parcours qui joueront un rôle essentiel en cas de maladies supposant à la fois des traitements en hôpital et des soins ambulatoires.

L'article 18 prévoit la généralisation de la procédure du tiers-payant pour les consultations médicales en ville. Ce système fonctionnait déjà à La Réunion.

L'article 26 redéfinit la notion de service public hospitalier, ainsi que les obligations des établissements qui y sont associés.

L'article 37 a pour objet de développer la recherche et l'innovation en matière de médicaments dans le cadre des établissements de santé ; il s'appuie pour cela sur le « contrat unique de recherche » qui est un document unique devant régler l'ensemble des rapports entre le commanditaire et le centre hospitalier.

L'article 38 favorise la territorialisation des Agences régionales de santé, en simplifiant la réglementation concernant les projets régionaux de santé.

Enfin, l'article 56 prévoit le recours à des ordonnances pour la mise en œuvre de certaines modalités d'application de la loi dans les Outre-mer ; pour harmoniser le fonctionnement de la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSS) et celui de la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon (CPS) avec le fonctionnement des CGSS des DOM ; et aussi pour harmoniser certains points de la réglementation concernant les prestations de sécurité sociale ou les prestations familiales avec la réglementation en usage au sein de la métropole ou au sein des DOM.

J'en viens enfin à la troisième partie du rapport et aux propositions qui pourraient être faites pour apporter des remèdes aux problèmes rencontrés dans les territoires et pour résorber les inégalités.

Le rapport propose 15 mesures que je vais vous présenter succinctement.

La proposition 1 vise à faire en sorte que la stratégie nationale de santé, prévue à l'article 1^{er} du projet de loi, puisse se décliner en une programmation spécifique pour les Outre-mer et à instituer, dans les différentes administrations centrales et dans les agences sanitaires nationales, des chargés de mission « outre-mer » pour exercer le suivi de cette programmation.

Cette programmation doit permettre, dans l'avenir, que la prévention et l'offre de soins outre-mer progressent au même rythme que dans l'hexagone.

La proposition 2 prévoit la mise en place immédiate d'un plan de rattrapage décliné par territoires pour mettre fin aux dysfonctionnements les plus criants.

Ce plan – qui constitue, en quelque sorte, le préambule de la programmation pluriannuelle dont on vient de parler – pourrait être établi en recourant à une ordonnance prise sur le fondement de l'article 56 du projet de loi. Il servirait de cadre permettant d'arrêter les mesures les plus urgentes (par exemple, l'augmentation du nombre de lits dans les hôpitaux des DOM ou la réalisation d'un programme d'investissements en équipements de santé pour Mayotte et pour la Guyane).

La proposition 3 a pour objet de diminuer de moitié la surface de l'affichage publicitaire lorsque cet affichage concerne les boissons alcoolisées.

Dans les DOM, on est bien obligé de constater que les affiches publicitaires consacrées aux boissons alcoolisées – au format standard de 12 m² de surface, compte tenu de

la réglementation – se multiplient en tous lieux. Ce phénomène ne peut que pousser à la consommation.

Il n'est pas question ici de remettre en cause la pérennité de la filière sucre, mais, de même qu'il y a des dispositions obligatoires à respecter pour l'affichage quand la publicité concerne des boissons alcoolisées (« *l'abus est dangereux* »), de même, il devrait être possible, dans un but de prévention, de diminuer le format des panneaux publicitaires qui, par ailleurs, dénaturent nos sites.

Par ailleurs, la mesure préconisée pourrait s'accompagner d'une interdiction de faire de la publicité en faveur des boissons alcoolisées par voie d'affichage à moins de quarante mètres des établissements scolaires.

La proposition 4 vise à créer des logos pour les boissons alcoolisées et sucrées.

De même que le projet de loi propose de créer des pictogrammes sur les emballages des produits alimentaires pour informer les consommateurs de la qualité nutritionnelle de ces produits, de même on pourrait créer des pictogrammes sur les bouteilles d'alcool et sur celles des boissons sucrées pour informer les acheteurs des risques encourus avec la consommation excessive de telles boissons.

La proposition 5 tend à sensibiliser sur les questions nutritionnelles – et notamment sur les liens entretenus entre une alimentation trop riche en sucre et la survenance éventuelle du diabète – les élèves de l'enseignement primaire dans les classes de CE 1 et de CE 2.

Cette possibilité est évoquée dans l'exposé des motifs du projet de loi, à propos de l'article 5 du texte. Néanmoins, dans l'article 5, il n'existe pas de disposition spécifique sur ce sujet. La question d'une alimentation saine pour répondre aux enjeux préventifs et thérapeutiques des maladies chroniques se posant aujourd'hui d'une manière particulièrement aiguë, non seulement dans l'hexagone, mais aussi au sein des Outre-mer, il est donc proposé de compléter l'article 5 du projet dans le sens indiqué par l'exposé des motifs.

La proposition 6 ouvre la possibilité de procéder à des expérimentations spécifiques en matière de dépistage et de recherche clinique pour certaines maladies infectieuses ou tropicales.

Cette proposition a pour objet de permettre au ministère chargé de la santé et aux ARS – notamment en cas de crise sanitaire grave – de mettre en œuvre des expérimentations spécifiques en matière de programmes de dépistage (maladies infectieuses transmissibles, maladies tropicales...), en matière d'organisation de soins (délégations de compétence, protocoles de coopération professionnelle...) et en matière de recherche (recherche clinique pouvant contribuer à une mise sur le marché plus rapide de certains types de vaccins dans les zones touchées par une épidémie, mise au point de médicaments innovants...).

La proposition 7 prévoit la mise en œuvre obligatoire par les ARS ultramarines de programmes particuliers de prévention ou de promotion de la santé.

Conformément à une recommandation de la Cour des comptes, dans son rapport thématique de juin 2014, il serait intéressant que la pratique financière des ARS, au sein des DOM, soit rééquilibrée, afin que cette dernière soit orientée vers plus de prévention.

Ainsi, il pourrait être instauré une mesure prévoyant que, dans les DOM, les ARS établissent obligatoirement des programmes spécifiques de prévention ou de promotion de la santé et que l'évaluation de ces programmes comporte nécessairement une appréciation de leurs volets financiers.

La proposition 8 vise à développer, outre-mer, des protocoles de coopération entre professionnels de santé.

Comme je l'ai indiqué précédemment, l'article 12 du projet de loi organise un service territorial de santé au public qui place le malade au centre de toutes les préoccupations et qui assure à ce dernier – notamment en cas de maladie grave supposant un certain nombre d'allers et retours entre les hôpitaux et les cabinets des praticiens libéraux – une prise en charge coordonnée par des équipes pluridisciplinaires.

Pour faciliter ce parcours de soins, il serait souhaitable, outre-mer, que les professionnels de santé libéraux concluent des protocoles de coopération.

Néanmoins, actuellement, on recense très peu de protocoles actifs dans les collectivités ultramarines.

La proposition a donc pour objet d'inciter l'État à encourager la conclusion de tels protocoles, soit que ces accords soient tout à fait nouveaux, soit qu'ils résultent de l'extension de protocoles déjà existants dans l'hexagone, comme ceux qui concernent les infirmiers, les sages-femmes ou les orthoptistes.

La proposition 9 prévoit l'institution d'un organisme unique, outre-mer, qui coordonne tous les paiements des mutuelles pour le remboursement aux médecins de leurs honoraires de consultation.

Comme cela a été dit dans la présentation de la seconde partie du rapport, l'article 18 du projet de loi prévoit la généralisation du tiers payant pour les consultations médicales en ville.

Dans les DOM, pour les remboursements, les médecins n'ont affaire qu'à une seule caisse de sécurité sociale : la CGSS pour la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane et La Réunion et la CSS pour Mayotte. En revanche, ils peuvent avoir affaire à de nombreuses mutuelles.

Aussi, pour éviter que les médecins n'attendent trop longtemps les remboursements de la part des mutuelles, la proposition a pour objet de faire en sorte qu'ils ne dépendent plus, dans les DOM, que d'un seul organisme coordonnant tous les paiements.

La proposition 10 a pour objet d'instaurer la CMU-c à Mayotte.

Mayotte ne dispose pas de la CMU-c. En effet, l'île n'était pas un département au moment où cette couverture complémentaire a été instituée, c'est-à-dire en 1999. Néanmoins, les besoins actuels de Mayotte, en ce domaine, sont tout aussi importants que ceux des autres départements d'outre-mer.

Il est donc proposé que le Gouvernement réalise une étude pour déterminer les modalités selon lesquelles Mayotte pourrait bénéficier de la CMU-c.

La proposition 11 prévoit la création de postes supplémentaires de chefs de clinique dans les CHU des départements d'outre-mer.

L'un des reproches les plus fréquemment adressés aux hôpitaux publics dans les départements d'outre-mer – et tout particulièrement aux CHU – est que ces derniers ne disposent pas d'équipes médicales suffisamment importantes pour assurer toutes les activités de formation – et même de consultation (pour les patients qui viennent consulter en ambulatoire) – auxquelles ils devraient faire face normalement.

Pour améliorer les possibilités de formation, ainsi que de consultation ou d'offre de soins, il est donc proposé de créer des postes supplémentaires de chefs de clinique dans les CHU d'outre-mer – le cas échéant obtenus par redéploiement à partir d'autres CHU. Les postes seraient pourvus par détachement soit d'internes, soit de chefs de clinique exerçant en métropole. Les internes – une fois écoulée une période de trois ans par exemple – pourraient conserver le titre de chef de clinique, même s'ils retournent dans l'hexagone.

Il convient de relever que cette proposition se situe dans la droite ligne des préoccupations actuelles du Gouvernement visant à accroître le nombre des praticiens-hospitaliers dans les Outre-mer.

À ce titre d'ailleurs, la Délégation aux outre-mer a pris note avec intérêt de la déclaration interministérielle du 27 janvier dernier indiquant que 7 nouveaux postes de praticiens hospitaliers seraient créés prochainement dans les CHU des Antilles, de La Réunion et de la Guyane. Il s'agit de 5 postes de professeur des universités (3 postes aux Antilles et 2 à La Réunion) et de 2 postes de maître de conférences (un en Guyane et un à La Réunion).

Bien entendu, la création de ces 7 postes de praticiens-hospitaliers dans les CHU des DOM – si elle revêt une grande importance dans le cadre du renforcement de la qualité des soins, de la formation médicale et de la recherche outre-mer – ne saurait suffire pour répondre à tous les besoins. D'où la proposition de la Délégation qui est complémentaire.

La proposition 12 instaure l'obligation, pour les centres hospitaliers, de fournir des tableaux d'emplois en annexe de leurs budgets annuels.

Une autre critique souvent formulée à l'égard des hôpitaux publics outre-mer est que ces derniers ne contrôlent pas toujours assez bien la quantité de leurs effectifs, et spécialement le nombre des personnels qui ne participent pas directement aux activités de soins.

Il est vrai aussi que les contraintes pesant sur les emplois dans les budgets des centres hospitaliers sont relativement faibles, car ces organismes – contrairement aux autres établissements publics – ne disposent pas de tableaux d'emplois. Il serait donc souhaitable que les hôpitaux établissent désormais de tels documents.

La proposition 13 tend à favoriser la création de pôles d'excellence en matière de recherche et de médecine tropicale dans les territoires ultramarins.

Il pourrait être intéressant que le Gouvernement favorise l'émergence de pôles d'excellence en matière de recherche et de médecine tropicale dans une ou deux zones géographiques concernant tout particulièrement les Outre-mer, par exemple l'océan Indien ou les Caraïbes.

En effet, une fois mis en place, ces pôles pourraient contribuer puissamment – par le biais de la découverte de thérapies innovantes – au développement de l’offre des soins.

La proposition 14 encourage la coopération régionale internationale dans le domaine de la santé.

Pour favoriser la solidarité internationale et pour accroître l’offre de soins dans les DOM (les infrastructures destinées à la coopération internationale servant aussi aux ultramarins), il serait bon d’encourager la coopération régionale internationale dans le domaine de la santé.

Dans les DROM, actuellement, de tels accords de coopération peuvent être conclus aussi bien par le Gouvernement que par les présidents des conseils généraux ou régionaux. Après les élections de décembre 2015, le pouvoir de négocier et de conclure ces accords appartiendra conjointement au Gouvernement, aux présidents de département ou de région et – pour la Martinique et la Guyane qui ont opté pour le statut de collectivité unique – aux présidents des nouvelles assemblées délibérantes qui devront remplacer les conseils généraux et les conseils régionaux.

Dans l’avenir, il serait souhaitable que le nombre de ces accords augmente sensiblement. De plus, le Gouvernement devrait faire le point, de manière régulière, avec les collectivités territoriales concernées sur l’application de ces conventions ainsi que sur leur accompagnement financier.

Enfin, la proposition 15 incite les étudiants en médecine à effectuer leur stage de troisième cycle dans les DOM.

Il s’agirait de créer des contrats tripartites entre les étudiants, les collectivités locales et les hôpitaux ou les cabinets médicaux.

La mesure permettrait d’augmenter la densité médicale dans les DOM car les étudiants seraient sans doute portés à revenir dans ces territoires, une fois leurs diplômes obtenus, pour avoir connu ces collectivités au moment de leurs stages.

Monsieur le président, mes chers collègues, je vous remercie pour votre attention et je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions.

M. le président Jean-Claude Fruteau. Merci, Madame la rapporteure, pour ce travail très sérieux.

Mme Gabrielle Louis-Carabin. Merci, Madame la rapporteure, pour cet excellent rapport.

L’alcool est un fléau à la Guadeloupe, où des jeunes arrivent ivres au lycée dès le matin ! La drogue est également un fléau pour notre jeunesse, qui s’approvisionne auprès de vendeurs de drogue aux abords des collèges et des lycées ! La drogue chez nous, c’est le cannabis, le crack, la cocaïne – après le « macaque », c’est-à-dire quelques gouttes d’essence ajoutées à du vin blanc ! Cette situation dramatique entraîne des violences dans les collèges et les lycées.

Votre quatrième proposition sur les logos pour les boissons alcoolisées et sucrées est intéressante. Mais un volet prévention, en lien avec les ARS, pour la consommation d'alcool et de drogue outre-mer, me semble indispensable.

Mme Ericka Bareigts. Merci, Madame la rapporteure, pour votre travail. Le sujet est compliqué car les réalités sont différentes suivant les territoires.

Concernant l'alcool, il s'agit de faire en sorte que les personnes qui s'y adonnent n'aient pas une consommation violente. À La Réunion, il y a beaucoup d'abstinents, mais aussi un grand nombre de personnes qui consomment des boissons très fortement alcoolisées. Le problème est donc de savoir comment agir face à cette consommation hors norme qui a pour effet non seulement de mettre en danger sa santé, mais aussi de faire du mal, car des violences intrafamiliales peuvent en découler.

À La Réunion, les panneaux d'affichage font la promotion du whisky, du champagne, du vin, du rhum, surtout pendant les périodes de fêtes. Je pense donc indispensable de prendre une mesure interdisant de telles offres promotionnelles sous forme publicitaire. L'enjeu est de faire prendre conscience que l'alcool n'est pas un bien de consommation courant.

Par ailleurs, la communication autour de l'alcool est souvent une communication identitaire. Le slogan « *La Réunion, une île, un rhum* » incite à s'identifier à un produit qui fait du mal. Je pense donc nécessaire de poser des limites réglementaires en matière de publicité.

S'agissant du tabac, je voudrais vous faire part d'une expérience. En Irlande, les paquets de cigarettes ne sont absolument pas visibles dans les lieux de vente du tabac, c'est-à-dire les supérettes et les supermarchés. À La Réunion, en revanche, en entrant dans une supérette ou une station-service, on trouve un étal de paquets de cigarettes. Une mesure qui empêcherait cette visibilité permettrait de limiter la tentation, en particulier des jeunes, vis-à-vis de ces produits nocifs.

Enfin, s'agissant des grossesses précoces, les associations manquent de moyens. À La Réunion, en particulier, le taux d'IVG est élevé et le taux de grossesse précoce n'a pas évolué au cours des dernières années. La prévention, avec de vrais moyens, est donc cruciale.

Mme Gabrielle Louis-Carabin. À la Guadeloupe, j'assiste à un phénomène inquiétant : les grossesses précoces utilisées par des jeunes en décrochage scolaire en vue d'obtenir un revenu ! En effet, des jeunes hommes, déscolarisés et sans emploi, mettent enceintes des jeunes filles, elles-mêmes en décrochage scolaire ; puis, sans reconnaître l'enfant, ils voient en celui-ci une source de revenu, car les mères de moins de vingt-cinq ans touchent le RMI !

M. Boinali Said. Je remercie Mme la rapporteure pour ce travail très important.

L'addiction à l'alcool et à la drogue a été abordée. Mais il existe aussi des boissons non alcoolisées tout aussi dangereuses que les boissons alcoolisées.

La coopération régionale me semble très importante du fait de la problématique de la démographie médicale, en particulier à Mayotte. Il serait donc utile de faire venir chez nous des médecins stagiaires pour renforcer les équipes.

En outre, la création de maisons de santé serait une bonne chose dans la mesure où certains dispensaires ont été supprimés dans nos régions rurales.

Enfin, les jeunes diplômés en médecine originaires de Mayotte qui ont suivi des études en dehors du territoire national ne peuvent exercer leur métier, faute de pouvoir être inscrits à l'Ordre des médecins. Il faudrait résoudre ce problème.

M. Gabriel Serville. Je félicite Mme Orphé pour la qualité de son travail.

Je partage l'inquiétude de Mme Louis-Carabin sur l'accès trop facile à certaines drogues, ainsi que celle de Mme Bareigts pour ce qui est des cigarettes vendues dans les commerces de proximité.

Les propositions du rapport vont dans le bon sens, mais celle concernant l'interdiction de l'installation de panneaux publicitaires à moins de 40 mètres des établissements scolaires me semble difficile à mettre en œuvre. En effet, il y a fort à parier que ces panneaux seront installés à 41 mètres, à 40,5 mètres ou à 40,3 mètres desdits établissements, ce qui engendra une foire d'empoigne ! Sans compter que les élèves qui se rendent à l'école à pied – le transport scolaire n'existe pas toujours en dessous de trois kilomètres entre le domicile et l'école – auront de multiples occasions, pendant 2,9 km, de voir ces panneaux vantant les boissons alcoolisées. Si la proposition relève d'une très bonne intention, sa mise en œuvre opérationnelle doit être examinée.

Dans la continuité de cette proposition, il me semble essentiel d'interdire la représentation de mineurs sur les affiches publicitaires qui vantent les mérites de l'alcool. Je me suis battu pour cette cause en Guyane, après qu'un hypermarché ait mis en scène une jeune fille déguisée en *superwoman* vantant les mérites d'une bière ! On le sait : l'alcool est un fléau chez nos jeunes, pour qui la consommation est devenue un comportement quotidien, un nouveau mode d'existence. D'où l'intérêt de poser cette interdiction.

Mme Chantal Berthelot. Je salue le travail de Mme Orphé.

Pour ce projet de loi de santé, un titre relatif aux Outre-mer aurait été beaucoup plus pertinent car, il faut le redire, les territoires ultramarins présentent des spécificités, notamment géographiques.

La prise en charge des personnes en situation irrégulière est une vraie problématique en Guyane et à Mayotte. Le PLFSS 2015 a modifié la prise en charge des soins urgents applicables à ces personnes ; il faudra en étudier l'impact sur le budget de nos hôpitaux.

Le projet de loi comprend un chapitre sur la « territorialisation ». Or, s'il est bon, en général, de parler de mutualisation des établissements hospitaliers, c'est-à-dire de regroupements, cela n'a aucun sens en Guyane où 250 kilomètres séparent l'hôpital de Cayenne de celui de Saint-Laurent. Malheureusement, l'ARS, trop souvent, tend à formuler les questions d'une manière globale et uniformisée.

Le projet de loi vise aussi à garantir l'accessibilité des soins. Or, la télémédecine n'est pas une réalité en Guyane, notamment à Maripasoula, car la couverture numérique n'est pas parfaite. L'accessibilité des soins dans un territoire de 90 000 mètres carrés demande ainsi une vraie réflexion.

Par ailleurs, il faut souligner que la drogue circule facilement et ne coûte pas cher en Guyane et donc aussi aux Antilles. C'est là un problème très grave.

Enfin, la santé publique en Guyane passe également par l'amélioration des réseaux d'assainissement des eaux usées et l'accès de la population à l'eau potable.

M. Jean-Philippe Nilor. Dans nos territoires, le diabète fait des ravages en entraînant de nombreuses amputations. Cette maladie coûte très cher d'un point de vue budgétaire bien sûr, mais surtout elle entraîne des souffrances morales très importantes. Peu de familles à la Martinique, à la Guadeloupe et en Guyane sont épargnées par cette maladie.

Or, à Cuba, les laboratoires ont mis au point un médicament, le Heberprot-P, qui a fait ses preuves après avoir été expérimenté dans de nombreux pays, y compris en Europe, en l'occurrence en Espagne. Le bon sens voudrait donc que ce produit soit expérimenté dans nos territoires dans la mesure où c'est le seul médicament au monde qui permet des miracles en évitant des amputations. Certes, les procédures de mise sur le marché des médicaments, très longues en France, sont une bonne chose, mais il faut savoir accélérer les procédures lorsque cela s'avère nécessaire.

Sur cette question majeure de santé publique, nous avons l'opportunité, au sein de cette Délégation, de démontrer, au-delà de nos familles politiques, que nous sommes capables de nous unir dans l'intérêt de la population – ce qui permettrait, par la même occasion, de revaloriser l'image des politiques, largement écornée chez nous comme en métropole. Ce beau combat, nous pouvons le mener ensemble, en commençant par poser cette problématique dans le cadre du projet de loi de santé. Plus largement, il est impératif, pour la représentation nationale, de s'emparer de cette question, dont l'issue favorable aura des conséquences heureuses en termes de santé publique, mais aussi d'un point de vue économique et en termes de coopération avec un pays qui n'est plus aussi banni que par le passé.

M. le président Jean-Claude Fruteau. La Délégation ne peut évidemment pas se prononcer sur l'efficacité du médicament qui suppose une expertise scientifique. Néanmoins, votre proposition peut trouver sa place dans le cadre de la sixième proposition de Mme la rapporteure, à propos de la conduite d'expérimentations spécifiques en matière de dépistage et de recherche, pour certaines pathologies ou certaines maladies infectieuses ou tropicales.

Mme Monique Orphé, rapporteure. Hier, Mme la ministre nous a indiqué que cette loi, qui ne comporte pas de volet « outre-mer », serait déclinée par territoire. Aussi avons-nous demandé que le principe de cette programmation par collectivité figure à l'article 1^{er}.

Madame Louis-Carabin, Madame Bareigts, l'alcool est effectivement un fléau qui touche nos jeunes à la Martinique et à La Réunion, laquelle arrive en deuxième position après la région Nord-Pas-de-Calais en termes de mortalité due à l'alcool. La drogue est également un fléau, et nous allons intégrer cette problématique dans nos propositions relatives au volet prévention. Il conviendrait, en outre, de relancer le plan de prévention des drogues et des toxicomanies, mis en place par la MILDECA et qui a pris fin en 2011.

En matière de publicité, il faut mettre un terme aux dérapages. Il faut aussi revenir sur toutes les dérogations qui peuvent exister outre-mer sur l'affichage publicitaire concernant les boissons alcoolisées. Je m'étais moi-même battue, de même que la ville de Saint-Denis, pour protéger l'image de la femme à La Réunion. D'où l'importance, à côté de la

réglementation nationale, d'une action conjointe avec les maires pour accentuer la prévention, y compris à destination des non-lecteurs.

Monsieur Said, les boissons sucrées comptent évidemment parmi les fléaux qui touchent nos territoires. Il faut naturellement accentuer la prévention en la matière.

S'agissant de l'offre de soins, Mme de Singly, directrice générale de l'ARS océan Indien, m'a fait part de propositions concernant Mayotte où l'essentiel des dispositifs médicaux sont actuellement organisés autour de l'hôpital, alors qu'il existe très peu de médecins libéraux, la couverture maladie universelle n'étant pas applicable.

Il serait en outre utile de favoriser la coopération entre La Réunion et Mayotte, notamment pour l'installation des jeunes médecins.

S'agissant de l'installation de médecins étrangers, les syndicats émettent des réticences ; il conviendrait, en la matière, de fixer un cadre précis pour ne pas priver les autres territoires, comme Madagascar, de leur matière grise.

Pour Mayotte, il faut donc réfléchir aux solutions pour les décliner dans la programmation par territoire.

Madame Berthelot, nous devons faire des propositions concernant la Guyane, notamment sur les soins d'urgence. La télémédecine a été déployée en Guyane, c'est pourquoi nous l'avons demandée pour Wallis-et-Futuna. Tout n'est pas parfait cependant, il faut donc sensibiliser Mme la ministre sur les problèmes de réseaux et les moyens à mettre en place pour les résoudre.

S'agissant de la territorialisation, l'article en question sera revu par le ministère car il pose problème, même dans son intitulé. Néanmoins, cet aspect de la loi aura une faible incidence outre-mer.

Monsieur Nilor, le diabète est une problématique sur laquelle La Réunion est très en pointe. Je crois en une coopération entre les ARS pour favoriser la recherche et échanger des expériences entre territoires sur les pathologies qui nous touchent plus particulièrement. En effet, si l'épidémie de chikungunya a été éradiquée plus facilement à la Martinique et en Guadeloupe, c'est parce que La Réunion avait une expérience en la matière.

Mes chers collègues, vous pouvez, bien sûr, déposer des amendements, que nous essaierons de porter au niveau du ministère.

M. Jean-Philippe Nilor. Ne devrions-nous pas demander la création d'une commission d'enquête sur le trafic de drogues dans nos territoires ? Sans cela, toutes les propositions que nous ferons resteront vaines.

M. le président Jean-Claude Fruteau. Ce sont les groupes qui doivent se mettre d'accord sur la création d'une commission d'enquête. La Délégation aux outre-mer n'a pas le pouvoir d'en décider.

M. Jean-Philippe Nilor. Mais elle peut être porte-parole en ce sens.

M. le président Jean-Claude Fruteau. Je suis d'accord. Agissons chacun de notre côté au niveau de nos groupes politiques.

Mme Gabrielle Louis-Carabin. Le trafic de drogue est un problème crucial. Comme maire depuis vingt-cinq ans, j'ai vu la drogue entrer dans mon département, j'ai vu et je vois encore les jeunes basculer, je constate que la violence se développe, y compris dans les écoles et dans les cars scolaires ! Je m'en plains aux forces de police et de gendarmerie, mais rien ne se passe !

Qu'allons-nous devenir ? Que va devenir notre jeunesse ? Nous sommes impuissants, car la prévention ne suffit pas ! Le ministère de l'Intérieur doit nous aider ! C'est un cri du désespoir que je lance !

M. le président Jean-Claude Fruteau. Vous avez raison, chère collègue. Agissons chacun au niveau de notre groupe pour plaider cette cause.

M. Gabriel Serville. Je souscris totalement au propos de Mme Louis-Carabin, mais le temps ne joue pas en notre faveur. Je préconise plutôt, Monsieur le président, que vous invitiez les présidents de groupe à porter cette inquiétude au niveau du Bureau de l'Assemblée. Cela nous permettra de gagner quelques mois.

M. le président Jean-Claude Fruteau. Je le ferai volontiers, mais cela ne nous exonérera pas de passer par la procédure habituelle pour la création d'une commission d'enquête.

M. Philippe Houillon. Ne faut-il pas commencer par rédiger une proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête et, ensuite seulement, entamer la démarche qui vient d'être évoquée pour convaincre les groupes politiques de la nécessité d'inscrire ce texte à l'ordre du jour de l'Assemblée ?

M. le président Jean-Claude Fruteau. Je n'y vois pas d'obstacles.

M. Boinali Said. Mme la rapporteure n'a pas répondu sur la question des jeunes français ayant suivi des études dans des territoires étrangers et qui se retrouvent sans solution une fois revenus sur le territoire national, ce qui est le cas à Mayotte.

Mme Monique Orphé, rapporteure. Les syndicats de médecins, que nous avons auditionnés, sont réticents sur la validation des diplômes obtenus à l'étranger. Il existe une procédure particulière pour rattraper des modules et obtenir la validation au niveau de la France. J'ai bien peur qu'il n'y ait donc pas de solution, cher collègue, pour valider les diplômes obtenus à l'étranger, mais ce sujet peut faire l'objet d'un amendement d'appel, qui sera expertisé par les services du ministère des Affaires sociales.

M. le président Jean-Claude Fruteau. Nous sommes maintenant arrivés à la fin de nos débats. Je vous propose de passer aux votes. Pour faire suite aux remarques de M. Serville, je propose de compléter la proposition 3 concernant la limitation des possibilités d'affichage, lorsque les affiches ont trait à des boissons alcoolisées, par une phrase indiquant que la présence d'enfants sur ces affiches est interdite. De même, pour répondre aux remarques de Mme Louis-Carabin, je propose d'ajouter une phrase à la proposition 7 qui prévoit la mise en œuvre obligatoire par les ARS de programmes particuliers de prévention ou de promotion de la santé. Cette phrase a pour objet de préciser que les ARS, dans le cadre de leurs différentes campagnes de sensibilisation, devront conduire, de manière systématique, des actions de prévention contre la drogue.

Ces propositions sont adoptées à l'unanimité.

M. le président Jean-Claude Fruteau. Je vous propose également d'adopter deux recommandations – devenant les propositions 16 et 17 dans l'économie du rapport – recommandations qui nous sont suggérées par M. Polutélé. Notre collègue, en effet, n'a pu assister à notre réunion d'aujourd'hui, mais il nous a fait part de ses préconisations, il y a quelques jours.

La proposition 16 s'énonce de la manière suivante : « *Mieux informer, à Wallis-et-Futuna, les personnes susceptibles de faire l'objet d'une évacuation sanitaire en soumettant à leur signature un document ayant trait aux modalités et aux conséquences, notamment financières, de leur transfert. Le document devra traiter aussi de la situation des accompagnateurs* ».

La proposition 17, pour sa part, est la suivante : « *Réaliser, dès que possible, une expérimentation de télémédecine à Wallis-et-Futuna* ».

Ces propositions sont adoptées à l'unanimité.

M. le président Jean-Claude Fruteau. Enfin, mes chers collègues, je vous propose d'adopter le rapport ainsi modifié.

Le rapport est adopté à l'unanimité.

La séance est levée à 18 heures.