

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 21 décembre 2023.

COMMUNICATION

FAITE

AU NOM DE LA DÉLÉGATION AUX OUTRE-MER

Dans le cadre de la mission flash sur le **coefficient géographique** appliqué aux établissements de santé en outre-mer

PAR

MME NATHALIE BASSIRE, M. ÉLIE CALIFER, M. JOHNNY HAJJAR,

MME ÉMELINE K/BIDI ET M. JEAN-PHILIPPE NILOR

Députés

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
PREMIÈRE PARTIE : LES FONDEMENTS DU COEFFICIENT GÉOGRAPHIQUE.....	7
A. UNE CONSÉQUENCE DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A).....	7
1. Un principe valable sur l'ensemble du territoire national.....	7
2. ...avec une adaptation dans les DROM.....	7
3. Des réévaluations censées être régulières.....	8
B. DES COEFFICIENTS GÉOGRAPHIQUES DEVENUS INSUFFISANTS	9
1. Un rythme de réévaluations devenu illisible.....	9
2. D'importantes divergences entre les différents territoires.....	11
C. « OBJECTIVER » LE CALCUL DES COÉFFICIENTS.....	11
1. Une méthode de calcul largement critiquée.....	11
2. La nécessité de réviser le mode de calcul	12
3. Trouver un mode de calcul équitable pour tous les territoires.....	13
DEUXIÈME PARTIE : LE RAPPORT PUBLIÉ PAR LA DREES	15
A. UNE ACTUALISATION DEVENUE INDISPENSABLE.....	15
1. Les calculs de 2016 comportaient trop de biais.....	15
2. Une enquête dite « externalisée »	15
3. Des dates qui interrogent	16
B. UNE ÉTUDE BASÉE SUR LA NOMENCLATURE BUDGÉTAIRE	17
1. Objectifs et postes de dépenses.....	17
2. Comparer objectivement malgré des structures de coût différentes et des réalités différentes.....	17
C. DES RÉSULTATS CONTROVERSÉS	18
1. Des conclusions qui diffèrent selon les territoires	18
2. Certains biais sont de nature à remettre en cause les résultats.....	19
3. L'absence de distinction entre secteur public et secteur privé.....	20

TROISIÈME PARTIE : LA MÉTHODE DOIT ÊTRE QUESTIONNÉE	21
A. DES RECETTES MINORÉES PAR « L'ÉTROITESSE DES MARCHÉS » ...	21
1. L'impossible « rentabilité » des activités spécialisées en outre-mer	21
2. Un manque évident de concurrence	22
B. UNE IDENTIFICATION DES POSTES DE SURCÔÛT NON-EXHAUSTIVE	23
1. Activités externes minorées et tarification journalière inadaptée	23
2. Le prix de l'autonomie en eau des établissements de santé.....	24
3. Le manque d'accessibilité des établissements de santé	24
4. Des coûts de construction bien plus élevés.....	25
C. TEMPORALITÉ CRITIQUABLE ET ABSENCE DE CONTRADICTOIRE.....	25
1. La périodicité du calcul du coefficient géographique pose question.....	25
2. L'absence de procédure contradictoire	26
QUATRIÈME PARTIE : LA PHILOSOPHIE MÊME DU COEFFICIENT GÉOGRAPHIQUE EN QUESTION	27
A. DES SITUATIONS DISPARATES SELON LES TERRITOIRES	27
1. Le rôle « d'amortisseur social », selon certains, des hôpitaux ultramarins	27
2. La forte augmentation des évacuations de Mayotte vers La Réunion	28
3. Les spécificités du Centre hospitalier de Mayotte	28
B. LE COEFFICIENT GÉOGRAPHIQUE REPLACÉ DANS SON CONTEXTE.	29
1. Les hôpitaux ultramarins bénéficient d'autres aides.....	29
2. ...mais restent insuffisamment financés	30
3. La prime de vie chère financée hors coefficient géographique	31
4. Une application « souple » des textes règlementaires	32
5. Une distinction entre le secteur public et le secteur privé	33
C. UNE RÉFLEXION GLOBALE SUR UNE ÉVOLUTION DE LA T2A.....	33
1. Des établissements structurellement déficitaires	33
2. Le poids de l'endettement des établissements de santé ultramarins	34
3. Des délais de paiement démesurés.....	35
4. Vers une expérimentation de modèles alternatifs ?	35
CONCLUSION.....	38
RÉCAPITULATIF DES PRÉCONISATIONS DES RAPPORTEURS.....	39
EXAMEN PAR LA DÉLÉGATION	40
ANNEXES	41
LISTE DES AUDITIONS	41

INTRODUCTION

La volonté unitaire et le respect du droit à l'égalité humain, issus de la déclaration des droits de l'Homme, en France, imposent une continuité territoriale dans tous les domaines, ce qui conduit à garantir à tous les Français la même qualité d'offre de santé publique au même prix, qu'ils habitent à Paris, à Limoges, à Mamoudzou ou dans la forêt guyanaise.

Pourtant, cette égalité d'accès et d'offre de soins ne va pas de soi, en raison des réalités et des singularités propres à chaque territoire dit ultramarin.

En effet, aux contraintes structurelles (éloignement, insularité, exiguïté des marchés intérieures), s'ajoutent des réalités culturelles propres à chaque territoire, de même qu'un mal-développement historique, lié notamment à des modèles socioéconomiques issus de l'histoire coloniale, générateur de chômage, de précarité et d'extrême pauvreté importants et donc d'un niveau de vie inférieur à celui des Français de l'hexagone

Toutefois, la réalité ultramarine rend beaucoup plus onéreux l'exercice d'une médecine performante dans les outre-mer : le transport des matériels de pointe depuis l'Europe est coûteux ; le climat humide et la salinité dégradent ces matériels plus rapidement qu'ailleurs et les réparations y sont difficiles ; les salaires des praticiens doivent être plus élevés qu'ailleurs pour faire face à une vie chère historique, et aussi pour inciter médecins, infirmiers et techniciens à servir dans ces territoires, etc.

De même, le niveau des revenus des peuples et populations des outre-mer est inférieur à celui des Français de l'hexagone. Le rapport de la Commission d'enquête sur le coût de la vie dans les outre-mer¹ fait état d'un niveau de vie médian, qui partage la population en deux parties égales, en Martinique et en Guadeloupe respectivement à 1 360 et 1 310 euros mensuels, soit 20 % et 23 % de moins que la moyenne nationale (1 700 euros par mois). Celui de La Réunion (1 160 euros mensuels) est inférieur d'un tiers à la moyenne et celui de la Guyane de moitié. À Mayotte (260 euros), il ne représente qu'un sixième de la valeur nationale. Ces niveaux incluent l'ensemble des revenus, y compris les prestations, et les prélèvements directs en sont déduits.

Ce niveau de pauvreté a des répercussions sur l'activité médicale. Les patients en situation de précarité ou d'exclusion sociale qui tardent à recourir aux soins développent des pathologies plus graves, conduisant à des durées de séjour plus longues, des créances irrécouvrables et une morbidité accrue.

¹ Rapport n° 1549 du 20 juillet 2023 fait au nom de la commission d'enquête sur le coût de la vie dans les collectivités territoriales régies par les articles 73 et 74 de la Constitution. M. Guillaume Vuilletet président, M. Johnny Hajjar rapporteur.

En outre, les outre-mer sont aussi des territoires où la population est globalement en moins bonne santé que la moyenne nationale. En 2019, un autre rapport parlementaire¹ a mis en évidence une plus forte prévalence du surpoids et de l'obésité dans les outre-mer par rapport à la moyenne nationale. De la même manière, les ultramarins sont davantage confrontés à des comorbidités, des accidents vasculaires cérébraux, au diabète, à l'hypertension, etc.

Dans ces circonstances structurelles et conjoncturelles, des mesures financières d'adaptation ont dû être prises pour couvrir le financement des établissements de santé ultramarins, en particulier lorsque les dotations globales attribuées annuellement ont été remplacées, en 2004, par une tarification basée sur le nombre d'actes réalisés. Il a été admis que, confrontés à des circonstances spécifiques, les établissements ultramarins – comme leurs homologues corses et franciliens, par ailleurs – devaient voir leurs ressources affectées d'un coefficient multiplicateur, de manière à réduire leurs contraintes.

Si cette méthode a pu réduire quelque peu ces inégalités, il apparaît qu'elle n'est plus adaptée : les centres hospitaliers universitaires (CHU) ultramarins sont chroniquement déficitaires, endettés et paient leurs fournisseurs avec difficultés.

La Délégation aux outre-mer de l'Assemblée nationale a donc décidé de se saisir du sujet pour retracer l'évolution et – surtout – la non progression du coefficient géographique et lancer une réflexion sur l'adaptation (ou le remplacement) de ce dispositif qui, de toute évidence, ne donne pas entièrement satisfaction.

C'est dans cette optique que la présente mission flash a été créée le 18 octobre dernier. Entre temps, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a publié un rapport actualisant de façon partielle et pas du tout satisfaisante le niveau du coefficient géographique pour de nombreux territoires ultramarins. Il n'est donc pas illogique que le présent document accorde une place toute particulière à cette étude et à sa critique.

¹ *Rapport d'information n° 2502 du 12 décembre 2019 fait au nom de la Délégation aux outre-mer sur le sport et la santé dans les outre-mer, par Mme Maud Petit et M. Jean-Philippe Nilor*

PREMIÈRE PARTIE : LES FONDEMENTS DU COEFFICIENT GÉOGRAPHIQUE

A. UNE CONSÉQUENCE DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A)

1. Un principe valable sur l'ensemble du territoire national...

Si les hôpitaux publics sont autonomes financièrement – bien que sous le contrôle des agences régionales de santé (ARS) représentant l'État – 90 % de leurs ressources proviennent de la prise en charge, par l'assurance maladie, des soins qu'ils dispensent¹. La question du financement des établissements publics de santé est donc étroitement liée à celle de la tarification de ces actes, c'est-à-dire de la détermination, acte par acte, du montant de leur remboursement.

En la matière, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004² a remplacé l'ancien système de dotation globale par celui de la tarification à l'activité (T2A) : les ressources des hôpitaux dépendent désormais très largement de la nature et du nombre des actes qu'ils réalisent. Il existe en effet une typologie très fine de l'ensemble des actes médicaux pouvant être réalisés, chacun étant associé à un tarif national uniforme de remboursement. Ce mode de financement s'applique à la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et l'odontologie (MCOO) ; si cela représente une très grande part des actes hospitaliers, quelques-uns – urgences, réanimation, greffes – en demeurent totalement ou partiellement exclus.

2. ...avec une adaptation dans les DROM

Ce tarif national unique, dont l'objectif est « *d'inciter les établissements dont les coûts se situent au-dessus du tarif à des efforts d'efficience et de productivité* »³, est néanmoins clairement insatisfaisant lorsque l'acte est pratiqué dans un territoire où le coût des soins est beaucoup plus élevé, du fait de contraintes géographiques, climatiques, salariales, etc. Ces différents phénomènes viennent en effet systématiquement renchérir les coûts des actes pratiqués par les hôpitaux du territoire ; le montant du tarif national y est donc toujours très insuffisant à les couvrir, mettant les hôpitaux dans une situation financière difficile du fait de ressources insuffisantes, en face de charges structurelles et conjoncturelles en augmentation constante.

En conséquence, l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dispose que, dans certaines zones marquées par « *d'éventuels facteurs spécifiques, qui [y] modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations* », des coefficients géographiques s'appliquent aux tarifs nationaux. Les coefficients géographiques sont donc « *[des] correctif[s]* à la

¹ Benoît APOLLIS, Didier TRUCHET, « Droit de la santé publique », 11ème édition, Dalloz, 2022.

² Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

³ Cour des comptes, « La tarification à l'activité », Synthèse, 28 juillet 2023.

tarification à l'activité, dans l'idée que les tarifs nationaux applicables à l'ensemble des établissements de santé [ne sont] pas adaptés aux territoires dont les caractéristiques présentent des surcoûts substantiels de leurs facteurs de production »¹.

3. Des réévaluations censées être régulières

Les zones géographiques dans lesquelles s'appliquent ces coefficients, ainsi que leurs valeurs, sont fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans le respect de l'objectif nationale des dépenses d'assurance maladie (Ondam)². Le dernier arrêté en date est celui du 30 mars 2023³, dont l'article 5 fixe ces coefficients. Le calcul de chaque coefficient géographique prend notamment en compte « *[les] surcoûts immobiliers, salariaux et fiscaux constatés dans [ces] zones géographiques, ainsi que [les] charges spécifiques aux départements insulaires et d'outre-mer liées à l'éloignement et à l'isolement* »⁴. Le code consacre donc bien expressément les départements et régions d'outre-mer (DROM) comme des territoires présentant des caractéristiques particulières nécessitant l'application d'un coefficient géographique, ce qui se justifie du fait de leur éloignement, de leur caractère insulaire (à l'exception de la Guyane), du coût de l'acheminement des équipements et des médicaments, de l'environnement (salinité), etc.

De fait, dès le premier arrêté faisant suite à la mise en place de la tarification à l'activité⁵, les départements et régions d'outre-mer se sont vu appliquer des coefficients géographiques, de même que les départements d'Île-de-France et de Corse. Un coefficient s'applique de plus à Mayotte depuis 2022.

Les facteurs de surcoûts spécifiques aux DROM pris en compte pour fixer ces coefficients géographiques sont notamment :

- les dépenses de personnels, notamment au regard des majorations de traitement appliquées outre-mer ;
- les prix d'achat des médicaments, renchériss par les frais de transports et les diverses taxes ;

¹ Rapport au Parlement sur le financement des établissements hospitaliers dans les collectivités territoriales d'Outre-mer et dans la collectivité de Corse (en application de l'article 33 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020).

² Art. R. 162-33-5 du code de la sécurité sociale.

³ Arrêté du 30 mars 2023 fixant pour l'année 2023 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

⁴ Art. R. 162-33-5 du code de la sécurité sociale.

⁵ Arrêté du 30 juin 2005 fixant pour l'année 2005 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris pour l'application des I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

– les dépenses d’hôtellerie et les loyers. ¹

Du fait de ces caractéristiques particulières, les taux des coefficients appliqués aux territoires d’outre-mer sont beaucoup plus élevés que les autres :

VALEURS DES COEFFICIENTS GÉOGRAPHIQUES (*)

		2005	2011	2012	2017	2022	2023
Corse		5%	6%	8%	11%	11%	11%
Île-de-France		7%	7%	7%	7%	7%	7%
DROM	Guadeloupe & Martinique	25%	25%	26%	27%	27%	27%
	Guyane	25%	25%	26%	29%	29%	29%
	Réunion	30%	30%	31%	31%	31%	31%
	Mayotte					31%	31%

(*) Seules sont indiquées les années où une revalorisation est intervenue.

LE COÛT DU COEFFICIENT GÉOGRAPHIQUE PAR TERRITOIRE

	Estimation du coût du coefficient géographique en millions d’euros	Estimation du coût d’une augmentation d’un point par territoire en millions d’euros
Corse	19,31	1,75
Guadeloupe	69,77	2,58
Guyane	43,95	1,51
Martinique	62,98	2,33
La Réunion et Mayotte	159,37	5,14
Total général	355,39	13,32

Source : ministère de la santé, Direction générale de l’offre de soins.

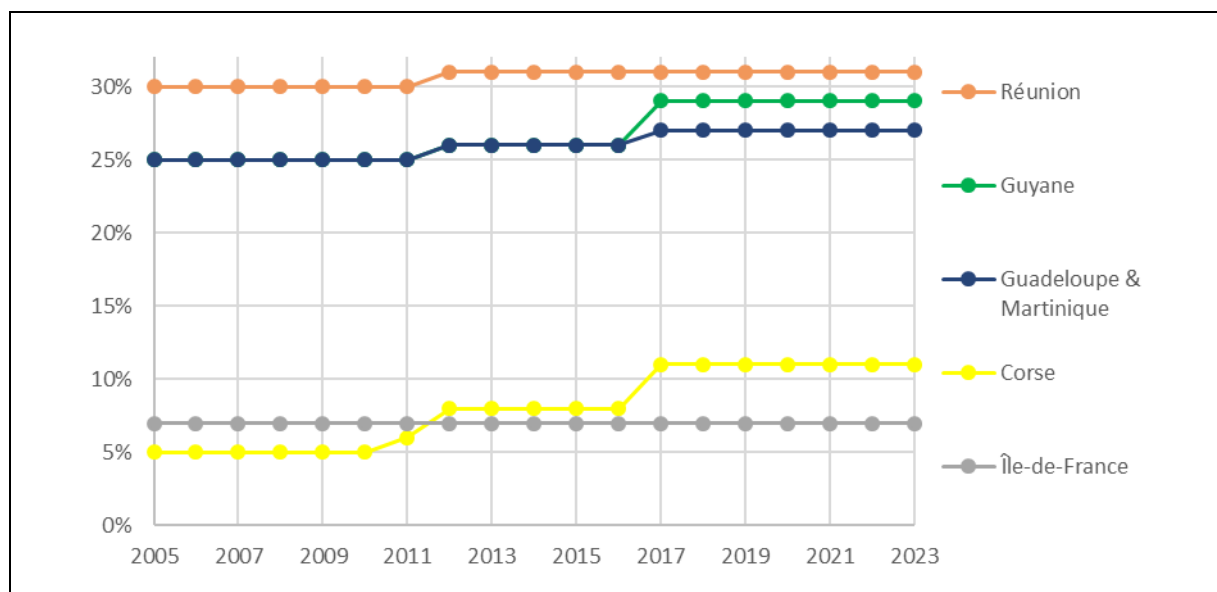
B. DES COEFFICIENTS GÉOGRAPHIQUES DEVENUS INSUFFISANTS

1. Un rythme de réévaluations devenu illisible

Depuis 2005, et malgré leurs niveaux élevés, les taux des coefficients géographiques n’ont été actualisés qu’à deux reprises – et une seulement pour La Réunion – contre trois pour la Corse :

¹ Rapport au Parlement sur le financement des établissements hospitaliers dans les collectivités territoriales d’Outre-mer et dans la collectivité de Corse en application de l’article 33 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

RÉÉVALUATION DES COEFFICIENTS GÉOGRAPHIQUES DEPUIS 2005



De plus, alors même que la situation économique des outre-mer n'a cessé de se dégrader par rapport à l'hexagone, ces revalorisations sont restées très limitées :

ÉCARTS DE PRIX (FISHER) ENTRE LES DOM ET L'HEXAGONE

	2010	2015	2022
Guadeloupe	8,3	12,5	15,8
Martinique	9,7	12,3	13,8
Guyane	13,0	11,6	13,7
Réunion	6,2	7,1	8,9
Mayotte (hors loyers)	nd	6,9	10,3

Insee, enquêtes de comparaison spatiale des prix.

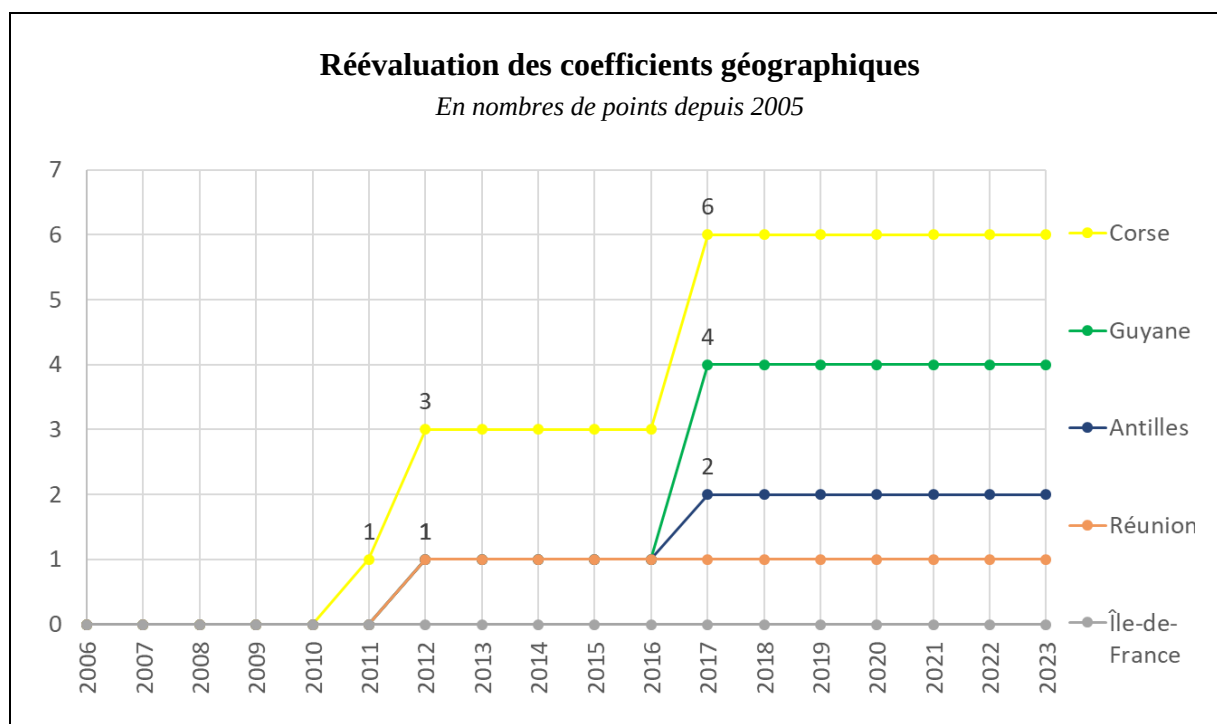
ÉCARTS DE PRIX (FISHER) ENTRE LES DOM ET L'HEXAGONE, EN 2022, POUR LA FONCTION DE CONSOMMATION « SANTÉ »

Guadeloupe	16,1
Martinique	13,4
Guyane	16,5
Réunion	8,9
Mayotte (hors loyers)	16,9

Insee, enquêtes de comparaison spatiale des prix.

L'« écart moyen Fisher » correspond à la moyenne géométrique des écarts de prix calculés, l'un sur la base du panier de consommation moyen du DOM, l'autre sur la base du panier moyen de France hexagonale.

2. D'importantes divergences entre les différents territoires



Il semble donc que les revalorisations des coefficients géographiques applicables en outre-mer n'aient pas accompagné la hausse des surcoûts inhérents aux caractéristiques de ces territoires que subissent les établissements de santé.

Dans un rapport remis en avril 2017, Olivier Véran écrivait ainsi au sujet de La Réunion : « *Le coefficient géographique actuel ne permettrait pas de véritable compensation, permettant une égalité de traitement avec la Métropole. Les besoins estimés localement seraient plus proches des 50 % que des 31 % actuels. Il convient de conduire des études objectivant le niveau de surcoût à compenser.* » ¹

Une nouvelle revalorisation de ces coefficients paraît donc aujourd'hui nécessaire, comme le notait déjà la Délégation aux outre-mer de l'Assemblée nationale en septembre 2019 ².

C. « OBJECTIVER » LE CALCUL DES COEFFICIENTS

1. Une méthode de calcul largement critiquée

Plus largement, c'est la méthode même de calcul et de suivi des surcoûts que connaissent les établissements hospitaliers ultramarins, utilisée pour déterminer s'il est nécessaire de revaloriser les coefficients géographiques et en fixer le taux, qui

¹ Dr. Olivier Véran, « L'évolution des modes de financement des établissements de santé - Une nouvelle échelle de valeur », 4 avril 2017.

² Délégation aux outre-mer de l'Assemblée nationale, « Rapport d'information sur la situation des CHU de la Guadeloupe et de La Réunion », David Lorion et Olivier Serva, 19 septembre 2019.

semble défailante, car elle paraît inefficace non seulement à compenser ces surcoûts, mais également à les évaluer.

La Cour des comptes indique que la fixation du taux de ces coefficients se base sur « *[des] études de la Drees sur les écarts salariaux liés à la zone géographique, [des] études de l'INSEE sur les différentiels de prix, [...] une enquête sur le prix des médicaments et [des] études spécifiques par type de coût (personnels, médicaments, hôtellerie, ...) issus de la comptabilité des établissements* ». Ces travaux, conduits par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), ont été menés pour la dernière fois en 2016, sur la base des chiffres de 2013, c'est à dire d'il y a dix ans.¹

De surcroît, selon la Cour des comptes, c'est le calcul des tarifs de la T2A eux-mêmes qui est devenu insatisfaisant, « *[s'éloignant] sans cesse davantage des coûts qu'ils étaient supposés couvrir* », sans lisibilité de la méthode de calcul liant coûts et tarifs².

2. La nécessité de réviser le mode de calcul

En septembre 2021, un rapport du Gouvernement consacré aux coefficients géographiques concluait donc à la nécessité d'engager « *des travaux de révision de la méthodologie de calcul du coefficient géographique, assurés par la [direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)]* »³, pour s'assurer de la bonne prise en compte du niveau réel de ces surcoûts et de leur évolution dans ce calcul. Il reprenait en cela les recommandations du rapport de la *Task Force* « Réforme du Financement du système de santé », remis en janvier 2019, qui préconisait de réviser le coefficient géographique en le recentrant sur les surcoûts objectivables, éventuellement, calculés par l'INSEE⁴.

La difficulté de la fixation du taux des coefficients géographiques tient en effet à celle du calcul des surcoûts. Celle-ci suppose en effet l'identification de postes de dépenses identiques à l'ensemble des territoires, dont les coûts peuvent être mesurés précisément et objectivement, puis comparés entre eux afin de quantifier les surcoûts que connaissent les territoires où s'appliquent les coefficients géographiques (dont le rôle est de neutraliser ces surcoûts). Ces coûts doivent de plus être suffisamment significatifs et exhaustifs pour pouvoir être représentatifs de l'ensemble des activités de santé concernées sur le territoire étudié, alors même que « *certaines charges sont [...] difficilement comparables car répondant à des contraintes très spécifiques sur [les territoires ultramarins] (dépenses immobilières*

¹ Cour des comptes, « La tarification à l'activité », 28 juillet 2023.

² Cour des comptes, « La tarification à l'activité », Synthèse, 28 juillet 2023.

³ Rapport au Parlement sur le financement des établissements hospitaliers dans les collectivités territoriales d'Outre-mer et dans la collectivité de Corse en application de l'article 33 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

⁴ Task force « financement de la santé », « Réforme des modes de financement et de régulation », janvier 2019.

notamment) »¹. Le paradoxe tient donc en partie à la difficulté de déterminer le surcoût induit, sur un territoire, par un facteur qui n'est pas ou peu présent ailleurs. Face à ce défi, la nécessité d'objectiver le calcul de ces surcoûts implique donc de déterminer le point de comparaison adéquat.

3. Trouver un mode de calcul équitable pour tous les territoires

Il convient également de noter que « *l'impact environnemental sur l'usure accélérée des équipements* », phénomène important notamment aux Antilles du fait de la salinité, n'était pas pris en compte dans la méthode de calcul en vigueur jusqu'alors².

Cette nécessité d'objectivation relevée par le rapport de la *Task force* a conduit, en 2022, au lancement de travaux menés par le ministère chargé de la santé et la DREES, pour « *renforcer la robustesse méthodologique de leur démarche* », à travers :

- l'actualisation des surcoûts sur la base « *de sources et de données plus récentes* » ;

- l'étude plus fine de « *certaines hypothèses de surcoûts par territoire, sur des postes de charges spécifiques* » (personnel, transport, stockage, acheminement des marchandises, assurance, suréquipement des plateaux techniques, etc.) ;

- la définition d'un taux propre à Mayotte, distinct de celui appliqué à la Réunion.

La Cour des comptes recommande que ces travaux se basent sur des données robustes et postérieures à la crise sanitaire.³

Toutefois, d'après un communiqué de la région Réunion faisant suite à une rencontre, le vendredi 20 octobre 2023, entre la Présidente Huguette Bello et le Ministre de la santé Aurélien Rousseau, « *la valorisation du coefficient géographique [est] une mesure structurelle très attendue mais les résultats de l'étude devant servir de support à la revalorisation sont loin de faire l'unanimité. Aussi, le Ministre a décidé de remettre l'ouvrage sur le métier avant de prendre une décision dans les tout prochains mois.* »⁴

¹ Ibid.

² Ibid.

³ Cour des comptes, « La tarification à l'activité », 28 juillet 2023.

⁴ <https://www.facebook.com/regionreunion/posts/667629058827522>

DES CABINETS PRIVÉS SE SONT AUSSI PENCHÉS SUR LE SUJET

En 2018, les établissements publics de santé de l'île de La Réunion ainsi que la Fédération hospitalière de l'Océan Indien, ont mandaté les cabinets Ernst & Young et Verso Consulting pour établir une étude sur le niveau du coefficient géographique qui leur est appliqué.

Se basant sur les données de 2017, l'étude calculait que les établissements de santé réunionnais supportaient un surcoût de 38 millions d'euros par rapport aux autres établissements. Il concluait ainsi : « *Ce surcoût permet de justifier d'une augmentation de 3 à 4 points du coefficient géographique* », un résultat en pleine cohérence avec celui de la DREES.

Selon ce rapport, un taux de 34 % appliqué rapidement aurait permis d'éviter en grande partie l'augmentation de l'endettement qui a été enregistrée depuis 2015.

Notons que les cabinets privés n'ont pas rassemblé eux-mêmes les informations mais les ont reçues de la part de leur client. Comme il est précisé en préambule, « *Ce document a été établi sur la base des besoins et informations que vous nous avez communiqués (...)* ».

DEUXIÈME PARTIE : LE RAPPORT PUBLIÉ PAR LA DREES

En novembre 2023, sous la plume de Noémie Courtejoie et Simon Delage, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a publié un rapport¹ sur l'actualisation des coefficients géographiques des départements d'outre-mer et de la Corse. Le rapport est sous-titré « *Révision de la méthodologie d'objectivation des surcoûts supportés par les établissements de santé des DROM et de Corse* ».

A. UNE ACTUALISATION DEVENUE INDISPENSABLE

1. Les calculs de 2016 comportaient trop de biais

Les auteurs reconnaissent que la précédente actualisation, réalisée en 2016, comportait un certain nombre de limites :

- « *le manque de données suffisamment fines et exhaustives* » sur certains postes n'avait « *pas permis de formuler précisément des hypothèses de surcoûts* » ;

- « *des hypothèses simplistes* », notamment en matière de déplacements ;

- certaines données recueillies localement sur un territoire avaient été abusivement généralisées à l'ensemble des DROM ;

- les hypothèses de surcoûts nécessitaient de disposer d'un point de comparaison hexagonal, ce qui n'avait « *pas été systématiquement le cas* » ;

- au sein des charges constatées, il avait été difficile d'isoler ce qui relevait d'un « *pur effet prix* » d'un « *effet volume* », c'est-à-dire de l'effet sur les prix des quantités de fournitures achetées par les différents CHU ;

- le fait que la structure de consommation par habitant de certains services ou médicaments ne soit pas la même entre l'outre-mer et le reste du territoire ;

- etc.

2. Une enquête dite « externalisée »

Pour toutes ces raisons, une révision du coefficient géographique était devenue indispensable. Mais une « *objectivation* » de sa méthode était également nécessaire. La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) qui dépend du ministère de la santé indique avoir suivi les recommandations des directeurs d'ARS

¹ La direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques Drees est une direction de l'administration publique centrale française produisant des travaux de statistiques et d'études socio-économiques. Elle dépend des ministères dits « sanitaires et sociaux » affaires sociales, santé, retraite, travail, famille, logement et du ministère de l'Économie et des Finances.

qui avaient préconisé une externalisation de l'enquête : le ministère a demandé à la DREES plutôt qu'à la DGOS de mener des travaux techniques. On peut toutefois s'interroger sur la réalité et l'intérêt d'une « *externalisation* » qui s'est bornée à faire réaliser l'enquête par une direction ministérielle plutôt que par une autre et non par une agence non-étatique.

Le champ géographique de l'étude interroge également : alors que les hôpitaux franciliens bénéficient eux-aussi du coefficient géographique, l'Île-de-France a été exclue du périmètre de ces travaux « *qui suit le périmètre des territoires identifiés dans la disposition législative ayant conduit à l'engagement de ces travaux* ». L'explication est pour le moins confuse et peu convaincante !

En revanche, pour la première fois Mayotte est prise en compte « *pour juger de l'opportunité de déterminer un coefficient propre à ce territoire, dont les actes réalisés en T2A (limités aux activités de dialyse) étaient jusqu'alors majorés du coefficient géographique de la Réunion* ».

3. Des dates qui interrogent

Élément de chronologie : les données utilisées pour l'étude remontent à 2019, dernière année dite « *normale* » avant la grande crise sanitaire génératrice d'une crise économique et sociale majeure dans les outre-mer. Si les rapporteurs peuvent entendre que certaines données des années postérieures à 2019 sont difficilement exploitables, ils ne comprennent pas que l'outil d'expertise en évaluation, en étude et en statistique que représente la DREES n'arrive pas à prendre en compte et mesurer la réalité d'une crise multidimensionnelle (d'abord sanitaire, puis socioéconomique) aux graves conséquences dans la vie quotidienne des hôpitaux ultramarins jusqu'à aujourd'hui.

Enfin, ils regrettent que les auteurs ne précisent pas pourquoi l'enquête, « *finalisée à l'automne 2022* », n'a été publiée qu'en novembre 2023. Ce délai d'un an est d'autant plus injustifiable et regrettable qu'un événement fondamental est intervenu début 2023 : la prime de vie chère des personnels médicaux qui était limitée à 20 % aux Antilles et en Guyane, ont été portées à 40 %, comme dans l'océan Indien. Ce choc financier qui a grevé les finances des établissements hospitaliers publics ne semble donc pas avoir été pris en compte par l'étude. De même, les conséquences sanitaires, en termes de charges de gestion, liées à l'empoisonnement au chlordécone des peuples et populations de Martinique et de Guadeloupe et le faible taux de vaccination liés à la crise du covid ont généré des flux tendus et des embouteillages importants au niveau de l'hôpital public et des charges hors normes qui n'ont pas été pris en compte dans l'étude.

De même, le rapport de la DREES ne prend pas en compte les dernières études de l'Insee de 2022 sur l'évolution des prix en outre-mer et qui démontrent que l'écart des prix entre la France hexagonale et l'outre-mer a battu un record en termes d'évolution.

B. UNE ÉTUDE BASÉE SUR LA NOMENCLATURE BUDGÉTAIRE

1. Objectifs et postes de dépenses

Pour mener à bien ses travaux, la DREES s'est fixé trois objectifs :

- identifier les principaux postes de charges des établissements de santé, qui se trouvent dans le périmètre d'application des coefficients géographiques ;
- quantifier ces surcoûts, par comparaison à la moyenne nationale (hors Île-de-France et Corse) ;
- calculer un coefficient géographique dans chacune des régions, comme la moyenne pondérée de l'ensemble des surcoûts, compte tenu de la structure des charges.

Les postes de surcoûts pris en compte sont structurés selon quatre grands titres de charges, conformément à la nomenclature budgétaire :

- titre 1 : les charges de personnel (salaires des personnels médicaux, non médicaux ainsi que les impôts et taxes de personnel) ;
- titre 2 : les charges à caractère médical (gaz médicaux, médicaments, produits sanguins, maintenance du matériel à caractère médical, etc.) ;
- titre 3 : les charges à caractère hôtelier et général (produits alimentaires, logement, énergie, électricité, transports, assurance, déplacement du personnel) ;
- titre 4 : les charges d'amortissement, de provisions financières et exceptionnelles, construction immobilière et intérêts des emprunts.

2. Comparer objectivement malgré des structures de coût différentes et des réalités différentes

L'un des premiers enseignements de cette étude est de mettre en évidence une structure de charges légèrement différente entre les outre-mer et le reste du pays. Ainsi, les charges de personnel (titre 1) qui représentent déjà 63 % des charges des établissements de santé de l'hexagone peuvent culminer à 66,3 % voire à 67,9 % dans des territoires comme la Guadeloupe et la Martinique.

Les primes de vie chère propres aux outre-mer expliquent en grande partie cette différence de structure. Par ailleurs, le régime des congés bonifiés, qui implique que l'employeur prenne en charge les frais de voyage de ses agents et de leurs familles, a également un impact financier important sur le titre 1.

Il en va de même pour les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) qui occupent une place plus importante dans la structure des dépenses des établissements ultramarins (jusqu'à 14,6 %) que dans celle des établissements hexagonaux (9,8 %).

En revanche, les charges à caractère médical (titre 2) représentent une proportion plus faible des charges des hôpitaux ultramarins (10 à 15 %) par rapport aux établissements hexagonaux (18,2 %). Les charges d'amortissement et de provision (titre 4) ne sont guère différentes selon que l'on se trouve dans l'hexagone (8,9 %) ou dans les outre-mer (7,6 % à 12,8 %)

C. DES RÉSULTATS CONTROVERSÉS

1. Des conclusions qui diffèrent selon les territoires

Les auteurs du rapport, qui utilisent un modèle statistique, aboutissent à « *un scénario central* » ce qui confirme qu'il n'existe pas *une* vérité mais plusieurs variantes parmi lesquelles celle qui paraît aux auteurs comme étant la plus vraisemblable est subjectivement érigée en scénario le plus réaliste. Soulignons que les scénarios alternatifs ne varient pas sensiblement du « *scénario central* » et qu'ils peuvent être, selon certaines hypothèses, plus défavorables aux outre-mer.

Dans le « *scénario central* », les surcoûts estimés à partir de l'enquête sur les écarts de prix à la consommation de l'Insee reposent sur la variation du budget de consommation d'un ménage d'outre-mer s'installant dans la partie européenne de la France tout en conservant exactement ses habitudes de consommation.

PROPOSITIONS DE NIVEAUX ACTUALISÉS DES COEFFICIENTS GÉOGRAPHIQUES

Niveau du coefficient géographique	Corse	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
En vigueur jusqu'en 2023	11 %	27%	27 %	29 %	31 %	31 %
Scénario central d'évolution	8,0 %	22,2 %	26,4 %	33,1 %	34,0 %	33,6 %

Comparativement aux coefficients géographiques en vigueur, le « *scénario central* » calculé par la DREES conduit à un niveau plus élevé dans trois régions, la Guyane (avec une révision à la hausse de 4,1 points de pourcentage), la Réunion (+ 3,0 points) et Mayotte (+ 2,6 points). Mais ce scénario conduit à des niveaux plus bas pour les trois autres régions : la Martinique (- 0,6 points), la Corse (- 3,0 points) et la Guadeloupe (- 4,8 points), cette dernière étant la région la plus affectée par la révision de la méthodologie.

Toutefois, il a été assuré aux rapporteurs que seules les modifications à la hausse seraient prises en compte par le ministre, la Corse, la Guadeloupe et la Martinique voyant leur coefficient inchangé.

On se prend à regretter que la région Île-de-France n'ait pas été incluse dans l'étude.

2. Certains biais sont de nature à remettre en cause les résultats

Dans la partie finale du rapport intitulée « *Discussion des résultats* », la DREES admet qu'« *une discussion des limites de ces travaux est nécessaire pour appréhender l'impact des choix méthodologiques sur les niveaux des coefficients géographiques, et notamment évaluer la sensibilité des résultats aux hypothèses de calcul les plus fragiles* ».

La DREES admet que l'année de référence, « *antérieure à la crise sanitaire* », commence à dater et ne permette pas « *de prendre en compte les effets du Ségur de la santé* ». Pour autant, les années postérieures à 2019, affectées par la crise sanitaire, n'auraient pas, selon la DREES, fourni de données suffisamment fiables et que c'est à raison que l'année 2019 a été retenue. Cette affirmation de la DREES dans le cadre de ses missions témoigne, malgré les enjeux importants à relever, d'une forme de démission de sa part devant la difficulté. Un rapport pour actualiser sans prendre en compte la réalité factuelle passée la plus proche est un non-sens.

Ensuite, les auteurs reconnaissent « *une complexité à isoler les effets « prix » et « volume » dans l'estimation des surcoûts* ». Selon eux, les données disponibles ne sont pas toujours suffisamment fines pour isoler l'effet prix. Et les structures de consommations, qui diffèrent entre territoires, rendent la tâche encore plus ardue.

L'étude admet que les surcoûts sont estimés sur les différents postes de charges à partir de données, et à l'aide de méthodes de calcul « *de qualité inégale* ». On apprend que les données concernant les coûts de construction hospitalière datent de 2010 et n'ont « *pas été mis à jour depuis*. Les surcoûts estimés à partir de ce rapport nécessiteraient d'être actualisés pour tenir compte des évolutions dans la dernière décennie. Faute de mieux, ils sont cependant appliqués à plusieurs postes qui représentent entre 4 % et 6 % des charges des régions ».

Les auteurs indiquent ensuite que « *les comptes pour lesquels aucun surcoût n'a été spécifiquement calculé se voient attribuer le surcoût moyen calculé sur les autres comptes du même titre* ». Si le nombre de comptes dans ce cas semble faible, l'application du surcoût moyen du titre est discutable sur le titre 4, où les postes dits inconnus concernent principalement des charges exceptionnelles ou amortissements pour lesquels la DREES ne dispose pas d'informations. Selon les auteurs, « *une expertise plus poussée serait nécessaire pour objectiver la présence ou non de surcoûts sur ces postes* ».

Les auteurs insistent sur le fait que les charges de personnel sont largement majoritaires et que leur évolution « *concentre les enjeux de l'exercice* ». Pour autant, « *la méthodologie utilisée exploite factuellement les charges constatées des établissements, sans questionner la qualité de gestion des établissements*. Ainsi, à

service rendu équivalent, un taux d'encadrement plus important ou un absentéisme plus fréquent, s'ils induisent un surcoût de personnel plus élevé, peuvent se traduire par une augmentation du niveau du coefficient géographique ».

3. L'absence de distinction entre secteur public et secteur privé

Enfin, la DREES conclut l'analyse critique de son rapport en reconnaissant que la distinction entre le secteur public et le secteur privé peut être questionnée.

Les auteurs indiquent que « ces coefficients sont essentiellement calculés à partir des données du secteur public qui sont privilégiées pour l'estimation des surcoûts (la pondération des surcoûts de chacun des postes de charges est effectuée à partir des charges des établissements de santé public uniquement). Or, la structure des charges et les surcoûts observés sont différents dans le secteur privé, en particulier s'agissant des charges de personnel. Sans aller jusqu'à opérer une distinction des coefficients entre secteurs, ces travaux apportent des éléments d'éclairage sur les différences de surcoûts sur certains postes de charge. Ainsi, les surcoûts moyens de personnel sont plus bas dans le secteur privé lucratif que dans le public, avec un écart variant de 10 points à 20 points de pourcentage selon les régions. Ces travaux montrent le caractère objectivement avantageux pour le secteur privé d'un coefficient géographique unique ».

Comme on le voit, la détermination des différents coefficients géographiques est une tâche particulièrement difficile compte tenu de l'absence de données récentes, exhaustives et suffisamment fiables pour alimenter les modèles statistiques.

La qualité du travail réalisé par les auteurs n'est nullement remise en cause mais la comparaison de territoires ayant des structures de consommation différentes et habités par des populations d'âge et de pathologies différentes atteint rapidement ses limites. La volonté de mener ce travail comparatif mérite d'être saluée. Mais la comparaison de réalités si différentes les unes des autres portera toujours en elle les germes de la critique négative et surtout des réponses sans efficacité.

TROISIÈME PARTIE : LA MÉTHODE DOIT ÊTRE QUESTIONNÉE

La méthode de la DREES ne manque pas d'interroger les rapporteurs qui considèrent que la taille réduite des populations concernées n'est pas assez prise en compte, de même que l'insuffisance de la concurrence. Enfin, les députés s'interrogent sur la périodicité de ces calculs ainsi que sur l'absence de procédure contradictoire.

A. DES RECETTES MINORÉES PAR « L'ÉTROITESSE DES MARCHÉS »

La tarification à l'activité si compréhensible dans l'hexagone, n'est pas forcément la plus adéquate pour les hôpitaux ultramarins dans la mesure où elle suppose que les remboursements perçus par les établissements peuvent être augmentés si l'activité de ces établissements augmente. Le système, qui veut inciter les acteurs de santé à augmenter leur productivité par une hausse de leur activité, n'est pas adapté à la majorité des territoires d'outre-mer où les bassins de population sont limités.

1. L'impossible « rentabilité » des activités spécialisées en outre-mer

Certaines activités coûteuses, telles que la chirurgie néonatale ou cardiaque, qui ne sont pas financièrement « déficitaires » avec une patientèle de 900 000 à un million de personnes, ne sont à l'inverse pas « rentables » financièrement sur des territoires de 347 000 à 375 000 habitants comme la Martinique ou la Guadeloupe, si l'on s'en tient aux critères du ministère de la santé.

Utiliser un vocabulaire économique et surtout financier s'agissant de la santé publique est déplacé ; il n'en reste pas moins vrai que les réalités comptables existent et qu'un rapport traitant du financement du système de santé ultramarin ne peut les ignorer, même si les rapporteurs sont unanimes à considérer que la bonne santé des personnes doit continuer à passer avant les considérations financières. Pour autant, maintenir un large éventail de disciplines, avec un degré d'excellence, sera toujours plus onéreux financièrement dans des territoires peu peuplés qu'au sein d'une collectivité plus grande.

Des facteurs exogènes à la gestion des établissements de santé engendrent des surcoûts incompressibles dans la mise en œuvre de certaines activités spécialisées. L'insularité et l'éloignement impliquent des frais d'acheminement tandis que le climat accélère la dégradation du matériel médical. Et en raison du faible nombre de malades, ces appareils très coûteux ne sont pas suffisamment utilisés pour que les investissements soient « rentabilisés ».

Ces considérations ne concernent que partiellement le CHU de La Réunion. Certes, le département compte moins de 900 000 habitants alors que la population idéale pour faire fonctionner efficacement un CHU est estimée à un minimum d'un million voire de 1,2 million d'habitants. Pour autant, l'activité de l'établissement est en pleine croissance (+5 % en 2022 comme en 2023) et l'on ne peut donc pas

évoquer, comme cela peut être le cas dans les autres territoires, une sous-activité qui serait pénalisante dans le cadre d'une rémunération à l'activité.

2. Un manque évident de concurrence

En juillet 2023, le rapport de la commission d'enquête sur le coût de la vie dans les outre-mer démontrait que l'étroitesse des marchés ultramarins favorisait la création de monopoles et d'oligopoles, de concentrations verticales et horizontales, et participait directement à la cherté de la vie¹. Les établissements de santé ne sont pas épargnés par ce phénomène et subissent la même pression des marchés. Ce constat a été illustré par divers exemples présentés lors des auditions de la mission d'information.

En Guadeloupe, la faible concurrence s'illustre notamment par le monopole d'un seul opérateur pour l'entretien des ascenseurs et aboutit à des tarifs beaucoup plus élevés que partout ailleurs.

De façon plus générale, les établissements de santé de zones sujettes aux risques naturels sont aussi contraints d'investir dans la construction de bâtiments respectant les normes anticycloniques, antisismiques, avec des surcoûts de fondations spéciales importants tant la topographie de certains territoires est fragile. L'étroitesse des marchés et le manque de concurrence dans ce domaine sont tels qu'ils poussent les tarifs à la hausse, ce qui devrait être considéré comme un poste de surcoût en comparaison avec la France hexagonale.

Alors que l'Assemblée nationale a adopté, le 30 novembre 2023, le principe de la création d'une commission d'enquête sur la gestion par l'État des risques naturels majeurs dans les territoires transocéaniques de France, il apparaît essentiel de veiller à intégrer ces surcoûts au calcul du coefficient géographique.

Les cabinets Ernst & Young et Verso Consulting, qui ont travaillé sur ce sujet, écrivent dans leur rapport précité (p. 19) que « *le surcoût lié aux prestations externalisées s'explique par une économie locale peu concurrentielle sur certains segments de marché* ». Ainsi, à La Réunion, « *les marchés de la blanchisserie ou de la gestion des déchets (DASRI, DAOM) sont par exemple des marchés duopolistiques au sein desquels les prestataires concluent des ententes et se partagent le marché selon des critères géographiques, ce qui a un fort effet inflationniste et ne permet pas aux établissements de bénéficier de conditions attractives. Cela se reflète sur le coût de production de ces prestations. À titre d'exemple, le coût d'un repas est de 11,65 euros au CHU de La Réunion alors que la médiane nationale se situe à 7,45 euros* ».

¹ Rapport n° 1549 du 20 juillet 2023 fait au nom de la commission d'enquête sur le coût de la vie dans les collectivités territoriales régies par les articles 73 et 74 de la Constitution. M. Guillaume Vuilletet président, M. Johnny Hajjar rapporteur, page 72 : « un environnement concurrentiel limité favorise la création de monopoles ou de duopoles. Or, en situation de concurrence oligopolistique, avec un très faible nombre d'acteurs économiques, les entreprises ont la capacité de fixer leur prix sur le marché, non seulement en fonction de leurs coûts, mais également en fonction de la disposition à payer des consommateurs. Dans une telle configuration économique, les surcoûts s'expliquent par un niveau élevé de marges productives ».

Une autre illustration est présentée dans le même rapport (p. 18) : « *deux prestataires fournissent l'oxygène au CHU de La Réunion. Pour le site Nord, la société SOL France fournit l'oxygène à 2,13 euros HT/m³ (prix 2018) ; pour le site sud, la société Air Liquide fournit l'oxygène à 3,16 euros HT/m³. En comparaison, les établissements de santé métropolitains peuvent se fournir en oxygène médical à un prix inférieur à 0,50 euros HT/m³ ».*

B. UNE IDENTIFICATION DES POSTES DE SURCÔÛT NON-EXHAUSTIVE

Au-delà des biais admis par les auteurs eux-mêmes, le « *scénario central* » de chiffrage du coefficient géographique présenté par la DREES fait l'objet de critiques négatives de la part des acteurs du monde de la santé et des rapporteurs du présent document en raison du manque d'exhaustivité des postes de surcoûts identifiés.

1. Activités externes minorées et tarification journalière inadaptée

Le calcul du coefficient géographique ne prend pas en compte deux postes de dépenses des hôpitaux qui sont également confrontés à des surcoûts conséquents en raison des spécificités ultramarines.

D'une part, l'activité externe, qui englobe les consultations médicales, les actes techniques médicaux, ainsi que les examens d'imagerie ou de biologie, constitue, par exemple, une part substantielle de l'activité du CHU de la Martinique, avec entre 350 000 et 400 000 consultations externes réalisées annuellement¹. Or, les « forfaits techniques » alloués aux hôpitaux pour financer les équipements nécessaires à ces actes externes (tels que les appareils IRM ou les scanners) ne sont pas « majorés » par un coefficient géographique, bien que ces équipements se détériorent plus rapidement en raison du climat ultramarin.

D'ailleurs, en raison des contraintes budgétaires, la durée d'amortissement des bâtiments et des équipements des hôpitaux est plus longue en outre-mer. Les hôpitaux optent pour des durées d'amortissement étendues (ou « diluent » les amortissements sur plusieurs années) afin de réduire les paiements annuels. Or, puisque les immobilisations se dégradent plus vite, les durées d'amortissement devraient être d'autant plus courtes dans ces territoires marqués par un taux élevé d'humidité et de salinité. Ce facteur n'est pas non plus pris en compte dans le calcul des coefficients géographiques.

D'autre part, la « tarification nationale journalière des prestations » détermine le reste à charge des patients après les actes médicaux. Or, ce reste à charge est identique sur l'ensemble du territoire national, alors même que les coûts supportés par les hôpitaux ultramarins sont plus élevés, ce qui revient à une surcharge financière pour ces hôpitaux par rapport à leurs homologues hexagonaux.

¹ 09 CHU Fort de France-XP reseau-chu.org

Socialement, une augmentation du reste à charge des patients n'est pas souhaitable en outre-mer compte tenu du taux de pauvreté de la population, mais une réflexion sur cette question au sein du rapport de la DREES aurait été appréciée.

Enfin, il convient de se poser la question de l'insuffisance historique du coefficient géographique, qui s'ajoute à l'absence d'une mission d'intérêt général (MIG *cf. infra*) spécifique aux outre-mer. Ce « déficit » financier cumulé depuis des années n'a pas été pris en compte dans l'étude de la DREES.

2. Le prix de l'autonomie en eau des établissements de santé

Le système de santé ultramarin est confronté en 2023 à une crise sans précédent en matière d'eau dont la distribution est de plus en plus défaillante, en particulier à Mayotte et en Guadeloupe. Le coût de l'eau est intégré au titre 3 dans la rubrique « *charges à caractère hôtelier et général* » des postes de surcoûts considérés dans l'analyse de la DREES.

Cependant, contrairement aux établissements de santé hexagonaux, ceux qui sont frappés par les pénuries d'eau doivent, afin d'assurer leur autonomie, financer un système d'approvisionnement en eau par le moyen de réservoirs. L'installation et le raccordement et l'entretien de ce type de réservoirs est à l'origine de surcoûts qui, d'après la Fédération hospitalière de France (FHF), ne sont pas pris en compte dans la typologie des postes de surcoûts proposée par la DREES.

Le tableau ci-après montre que le poids des charges en eau peut varier du simple au triple selon le territoire sur lequel on se place.

POIDS DES CHARGES ASSOCIÉES À CHAQUE POSTE DE SURCOÛTS DANS L'ENSEMBLE DES CHARGES, PAR RÉGION

Poste	Corse	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	hexagone
Eau	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %	0,2 %

3. Le manque d'accessibilité des établissements de santé

De la même manière, les difficultés en matière de transport spécifiques aux outre-mer sont régulièrement évoquées comme étant à l'origine de dépenses qui ne sont pas suffisamment prises en compte dans le calcul du coefficient géographique.

En effet, le bon fonctionnement des établissements de santé ultramarins souffre de l'insuffisance du déploiement des infrastructures routières ainsi que des transports. Cette difficulté est parmi les plus mentionnées par les directeurs de centre hospitaliers auditionnés dans le cadre de la mission. Le directeur général du Centre hospitalier Universitaire (CHU) de Pointe-à-Pitre, M. Eric Guyader, souligne les conséquences de l'éloignement des populations par rapport au centre hospitalier en termes d'accessibilité. D'autre part, le directeur des finances du Centre hospitalier de

Guyane, M. Salah Daoui, fait état de l'impraticabilité des routes qui le force à s'acquitter de frais de transport par hélicoptère pour assurer le bon fonctionnement de son établissement.

Par ailleurs, le climat d'insécurité quotidien et particulièrement au moment de tensions sociales oblige parfois les responsables d'établissement de santé, notamment à Mayotte, à débloquer des fonds pour offrir un transport sûr au personnel et à sécuriser davantage les établissements de santé publique.

Ces dépenses s'inscrivent dans des circonstances particulières et spécifiques aux différents territoires ultramarins et constituent un enjeu de continuité territoriale. Elles sont incompressibles et *de facto* incomparables aux besoins des établissements de la France hexagonale. Pourtant, il semblerait qu'elles n'aient pas été chiffrées dans l'étude de la DREES.

4. Des coûts de construction bien plus élevés

Enfin, en matière de construction et de rénovation (titre 4), le rapport du cabinet Ernst & Young précité fait état (p. 20) des écarts suivants :

« - un écart compris entre +20 et +60 % sur le coût des lots fluides ;

« - un écart de 48 % sur les lots gros œuvre et second œuvre. ».

Le coût des dernières opérations immobilières des établissements de santé de La Réunion corrobore ces constats : « *pour la construction neuve du Bâtiment des Soins Critiques, le CHU de La Réunion a déboursé 3301,9 euros HT/m² alors que des travaux similaires en métropole aurait coûté 2272,7 euros HT/m², soit un différentiel de 45 %* ».

C. TEMPORALITÉ CRITIQUABLE ET ABSENCE DE CONTRADICTOIRE

1. La périodicité du calcul du coefficient géographique pose question

Le coefficient géographique est actuellement révisé tous les cinq ans. Une demande est portée par de nombreux acteurs pour que le coefficient géographique fasse l'objet de réévaluations plus fréquentes. Certaines personnes auditionnées proposent même une révision annuelle. Réservé sur un tel rythme de révision, le ministère de la santé avance deux arguments :

– d'une part, réviser le coefficient géographique trop souvent risquerait d'aboutir à un dispositif fluctuant qui pourrait engendrer une instabilité financière ;

– d'autre part, un certain nombre de statistiques issues de l'INSEE entrant dans le calcul du coefficient géographique ne sont pas publiées chaque année. En cas de révision annuelle, on aboutirait à des calculs peu pertinents car basés, pour partie, sur des chiffres déjà utilisés l'année précédente.

Ces deux arguments sont contradictoires puisque l'absence d'actualisation des données, obligerait à utiliser celles de l'exercice précédent, ce qui constituerait plutôt un gage de stabilité. Il n'en reste pas moins vrai que le calcul du coefficient géographique est une mission longue, probablement fastidieuse, mais aussi coûteuse puisqu'elle mobilise sur plusieurs mois une équipe de statisticiens. Ce dernier argument pour rejeter une révision annuelle est probablement le plus solide. Selon les rapporteurs, si le coût important d'une actualisation annuelle peut s'entendre, elle ne peut justifier de demeurer à cinq ans de périodicité. Un juste équilibre et une régularité plus pertinente doivent être trouvés avec une fréquence à deux ans par exemple. De même qu'une coordination et qu'une concertation avec l'INSEE doivent pouvoir favoriser l'actualisation la plus régulière et la plus efficiente possible.

La période de latence non justifiée entre la finalisation du rapport, à l'automne 2022, et sa publication, en novembre 2023, est plus difficile à comprendre, d'autant que la généralisation des sur-rémunérations dans les outre-mer est intervenue dans l'intervalle. Dans son rapport de juillet 2023 sur la T2A, la Cour des comptes observe (p. 33) que *« les travaux en cours de la DREES se fondent sur les coûts 2019, antérieurs à la crise sanitaire. Il convient de poursuivre ces travaux à partir de coûts plus récents tout en isolant les effets liés à la hausse des prix. Une prise en compte des spécificités régionales par une dotation forfaitaire pourrait être mise en œuvre »*.

Par ailleurs, le choix de l'année 2019 comme année de référence signifie que la période multi crises entre 2020 et 2022 n'a pas et ne sera donc jamais ni évaluée ni prise en compte alors que les conséquences et les difficultés notamment financières dans la gestion des hôpitaux, en matière de santé publique, sont très visibles. Les rapporteurs trouvent incompréhensible, voire inacceptable cet argumentaire qui rend les conclusions de la DREES totalement dépassées, biaisées et superficielles et pourtant servant de bases aux décisions politiques actées.

2. L'absence de procédure contradictoire

Dans le cadre de l'élaboration et la mise en application de la méthodologie de calcul des coefficients géographiques, la DREES en lien avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a interrogé 124 établissements de santé sur leurs charges. Mais une fois les données recueillies, les établissements n'étaient plus sollicités. Le manque de contradictoire de cette procédure, relevée par les responsables de CHU, entache la qualité des conclusions tirées. À ce titre, l'interprétation des directeurs, premiers concernés, semble fondamentale aux yeux des rapporteurs. Des données issues de réalités différentes, analysées à distance des territoires, exigent ce contradictoire pour une lecture, une interprétation et une prise en compte la plus juste et légitime des singularités de chaque territoire. L'interprétation unilatérale de la DREES est inacceptable car il s'agit de santé publique pour tous : le droit à l'égalité inscrit dans la Constitution.

QUATRIÈME PARTIE : LA PHILOSOPHIE MÊME DU COEFFICIENT GÉOGRAPHIQUE EN QUESTION

Le coefficient géographique est un outil unique qui prend en compte, de manière uniforme – et partiellement – des situations ultramarines très différentes. Les CHU antillais, positionnés au sein de bassins de population réduits ont peu de points communs avec celui de La Réunion qui dessert un territoire presque millionnaire en habitants et qui est submergé par les évacuations sanitaires en provenance de Mayotte, territoire en double insularité, déshérité confronté à des difficultés spécifiques.

A. DES SITUATIONS DISPARATES SELON LES TERRITOIRES

1. Le rôle « d'amortisseur social », selon certains, des hôpitaux ultramarins

Les responsables d'établissements hospitaliers ultramarins, et notamment antillais reconnaissent le rôle d'« amortisseurs sociaux » que peuvent jouer les CHU. Concrètement, des crises sociales ont pu se dénouer dans le passé par des embauches « généreuses » dans le secteur public : mairies, intercommunalités, mais aussi et surtout hôpitaux qui restent, largement, les premiers employeurs des collectivités en question. Comme, à l'époque, les hôpitaux fonctionnaient avec des dotations globales, ces sureffectifs ne pesaient pas autant sur les finances que dans l'actuelle logique de la rémunération à l'activité.

Ces sureffectifs, qui ne concernent hélas pas les catégories médicales déficitaires mais exclusivement des personnels non médicaux (agents d'entretien, etc.), ne peuvent être licenciés et figurent dans les tableaux d'effectifs jusqu'à leur départ en retraite, généralement pendant plusieurs décennies.

Les observateurs constatent que *« ce sont des personnels sans qualification qui ont été recrutés, et ils ont rarement été formés. Les plans de formation ont rarement été à la hauteur des besoins »*. *« Il s'agissaient parfois de contractuels dont la titularisation a été exigée au sortir d'une crise sociale »*. Les agents considérés comme « surnuméraires » n'ont pas reçu la possibilité de monter en compétence ; voilà pourquoi ils sont considérés comme trop nombreux.

Interrogée, la direction d'un CHU a confirmé que *« les effectifs techniques et logistiques sont plus nombreux que dans les établissements de l'hexagone. Nous avons l'explication. Nous avons même embauché des personnels qui ne savent pas lire »* et *« la réforme des retraites va permettre à ces personnes de rester sur les effectifs jusqu'à 70 ans si elles le souhaitent »*.

Les rapporteurs réfutent l'argument développé par les directeurs d'hôpitaux gestionnaires et donc responsables par définition de ces établissements publics. Les personnels recrutés représentent d'un côté une charge financière mais aussi, d'un autre côté, une ressource en matière de compétences et de prestations. Ils auraient dû

faire l'objet d'une gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences (GPEC) pour ainsi monter en compétence et améliorer, dans la chaîne d'activités coordonnées, le des établissements de santé publics.

Les responsables d'établissements reconnaissent clairement l'absence de programme de formation en accompagnement de ces personnels.

Les rapporteurs s'interrogent toujours sur les raisons pour lesquels les arrêts maladies sont plus importants dans ces établissements.

Ainsi, dans la masse salariale, il y a certes la prime de vie chère de 40 % à 53 % selon les catégories, mais aussi un personnel plus nombreux. « *Tout cela pèse sur nos finances et l'étude de la DREES ne le prend que partiellement en compte* ».

2. La forte augmentation des évacuations de Mayotte vers La Réunion

Au CHU de La Réunion, le taux d'occupation en médecine et chirurgie est de plus de 90 %.

La Réunion accueillait 400 évacuation sanitaires (Evasan) en provenance de Mayotte au moment de la départementalisation en 2011. La Réunion, et essentiellement le CHU, accueille aujourd'hui plus de 1 600 Evasan annuelles en provenance de Mayotte, soit plus de 4 par jour en moyenne, dimanches et jours fériés inclus. Le centre hospitalier de Mayotte n'est pas critiquable : comme l'île est plus petite et moins peuplée que La Réunion, toutes les disciplines médicales ne peuvent être représentées et c'est donc à bon droit que des patients sont régulièrement réorientés vers Saint-Denis.

Mais ces évacuations contribuent à la saturation du CHU dont le taux d'occupation en médecine et chirurgie est supérieur à 90 %. En outre, cette activité n'est pas neutre sur le plan financier : elle génère 10 millions d'euros de surcoûts annuels non compensés pour le CHU de La Réunion.

Le CHU de La Réunion est à l'origine de plus de la moitié des nuitées nationales d'hébergement temporaire non médicalisé pour ces patients, en louant 52 chambres à des hôteliers. Ce mode d'hébergement est beaucoup moins coûteux que l'hospitalisation systématiquement des intéressés.

3. Les spécificités du Centre hospitalier de Mayotte

Le Centre hospitalier de Mayotte (CHM) présente plusieurs particularités par rapport aux autres hôpitaux ultramarins. Les principales sont que, d'une part cet hôpital n'est pas universitaire et qu'on n'y fait donc pas de recherche ; d'autre part, il n'est pas financé par son activité (la T2A) mais continue à fonctionner, comme c'était le cas partout en France il y a vingt ans, grâce à une dotation annuelle de financement (DAF) octroyée forfaitairement pour chaque exercice.

En outre, il est notoire que l'établissement accueille de très nombreux immigrés en situation irrégulière qui n'ont pas les moyens de payer les soins qui leur sont prodigués. Or, selon le directeur, la règle est simple : « *tous les patients qui se présentent sont pris en charge* ». L'équilibre sur le plan financier de l'hôpital est donc certainement plus difficile à trouver que partout ailleurs, dans un contexte où l'activité augmente d'environ 3 % par an. Pour autant, Mayotte se situe au dernier rang dans le classement national des recours aux soins hospitaliers par habitant.

Enfin, le Centre hospitalier de Mayotte ne disposant pas de toutes les spécialités, il transfère régulièrement une partie de ses patients vers le CHU de la Réunion : 400 il y a dix ans, environ 1 600 maintenant (*cf. supra*). Si la partie réunionnaise prend en charge le coût lié aux soins, c'est l'hôpital de Mayotte qui finance le transfert en avion ou en hélicoptère entre ces deux îles distantes de 1 435 km. Le coût de ces évacuations, pour l'hôpital de Mayotte, s'élève à 3 millions d'euros par an. 60 % de ces évacuations sanitaires concernent des Mahorais, 40 % des étrangers.

B. LE COEFFICIENT GÉOGRAPHIQUE REPLACÉ DANS SON CONTEXTE

Le coefficient géographique n'est qu'un paramètre parmi d'autres, les établissements hospitaliers bénéficiant d'autres aides qui, hélas, ne sont pas suffisantes pour réduire l'endettement des établissements de santé. Enfin, la question de la distinction entre secteur public et privé, en limite de notre sujet, mériterait d'être approfondie.

1. Les hôpitaux ultramarins bénéficient d'autres aides...

Une preuve supplémentaire que le montant du coefficient géographique n'est pas suffisant : la DGOS est obligée de verser chaque année en fin d'exercice des aides à la trésorerie pour permettre aux établissements de santé ultramarins de boucler leur budget. En 2022, l'aide à la trésorerie versée à l'ensemble des hôpitaux ultramarins s'est élevée à 230 millions d'euros (dont 80 millions d'euros pour la seule Guadeloupe), montant équivalent à près des deux tiers des 355 millions versés au titre du coefficient géographique.

AIDES À LA TRÉSORERIE VERSÉES AUX HÔPITAUX ULTRAMARINS

(en millions d'euros)	2019	2020	2021	2022	2023
Guadeloupe	55,0	60,7	70,0	79,3	79,3
Guyane	38,5	21,5	47,0	36,1	36,1
Martinique	102,5	106,8	125,0	113,6	113,6
Mayotte	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
La Réunion	11,5	4,5	2,5	3,2	3,2
Total général	207,5	193,4	244,5	232,4	232,4

Source : ministère de la santé, Direction générale de l'offre de soins.

Ces subventions d'équilibre interviennent en fin d'exercice et permettent essentiellement d'éviter les cessations de paiement. Aussi, outre qu'elles donnent aux directeurs d'établissements le sentiment de « mendier », elles ne permettent pas d'avoir une visibilité des ressources, ce qui est d'autant plus dommageable que les hôpitaux doivent régulièrement programmer des travaux et des investissements lourds. Une visibilité pluriannuelle est demandée avec insistance.

Cette situation, qui participe de la stigmatisation de la gestion des hôpitaux ultramarins, ne contribue pas à renforcer l'attractivité des postes proposés dans les établissements de santé ultramarin dont beaucoup fonctionnent grâce aux renforts de la réserve sanitaire, de vacataires ou de personnels étrangers.

2. ...mais restent insuffisamment financés

Les activités insuffisamment financées le sont aussi hors coefficient géographique. Le CHU de La Réunion par exemple est bien plus tributaire de la T2A que la moyenne des autres CHU. Elle y représente 55 % de ses recettes contre 51 % pour les autres CHU, ce qui montre que les missions d'enseignement, de recours, de référence, de recherche et d'intérêt général du CHU sont sous-compensées. Le CHU a pu objectiver 30,4 millions d'euros de déficit exogène liés à ses missions de recours, de référence, de recherche, de permanence des soins sur le territoire, de soutien à Mayotte et à la zone océan Indien.

MISSIONS NON FINANCÉES ET ESTIMATION DES COMPENSATIONS ATTENDUES

(en millions d'euros)

Mission	Montant de la compensation attendue
Appui Mayotte (durée de séjours des evasan, non couverture des non assurés sociaux, médicaments...)	10
MERRI recherche (structure de soutien à la recherche non assujetties au coefficient géographique de 31%)	2,3
Permanence des soins des établissements de santé (écart financement FIR et part de la PDSES financée par la T2A)	2,8
Missions de recours déficitaires (oncopédiatrie, RIHN, Chirurgie cardiaque pédiatrique, allogreffe de moelle osseuse, plateforme de séquençage)	7,5
Missions Océan Indien (68 missions en soutien de la zone déficitaires sur les Missions d'intérêt général et le Fonds d'intervention Régional)	7,8

Source : Direction du CHU de La Réunion

La non compensation d'activités de recours hyperspécialisées comme la chirurgie cardiaque pédiatrique et l'allogreffe de moelle osseuse pose un problème de santé publique sur un territoire éloigné et insulaire.

De fait, les centres de proximité et de recours isolés que sont les hôpitaux ultramarins doivent assurer la mise en place et le maintien, l'adaptabilité qualitative et quantitative d'un certain nombre de prises en charge de pathologies.

L'enjeu porte sur une mission d'intérêt général (MIG) dédiée pour financer cet aspect nécessaire dans une logique d'égalité des chances des patients de ces territoires. Il conviendrait donc d'évoluer vers un modèle adaptable en capacité de gommer ces surcoûts et manque à gagner en recettes :

- MIG socle en compensation des surcoûts structurels de l'activité hospitalière (soins, enseignement, recherche) ainsi que ceux relatifs aux activités spécifiques de recours ;

- MIG modulable en fonction d'objectifs de santé publique et d'amélioration de parcours de soins (diabète, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, obésité, cancer, pathologie environnementale, maladies infectieuses)

Cette MIG modulable permettrait une orientation, une transformation de l'offre de soins vers des priorités de santé publique spécifique aux territoires ultramarins. Elle passerait par une contractualisation avec l'Etat, qui impliquerait une reconversion, une formation d'agents hospitaliers réorientées vers ces filières prioritaires, en lieu et place d'un objectif de baisse aveugle des effectifs sur un territoire miné par le chômage et une dynamique économique atone.

3. La prime de vie chère financée hors coefficient géographique

En matière de charges salariales, la généralisation de la prime de vie chère à 40 % du salaire à compter du 1^{er} avril 2023, dans les territoires où elle s'élevait encore à 20 % est prise en charge par la circulaire DGOS/R1/2023/70 du 6 juin 2023 relative à la première campagne tarifaire et budgétaire 2023 des établissements de santé. L'annexe II de la circulaire portant sur les mesures relatives aux ressources humaines établit comme suit :

- s'agissant de la prise en charge de l'indemnité spéciale mensuelle des assistants spécialistes à temps partagés :

« À partir du 1^{er} avril 2023, les assistants en fonction en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon perçoivent une indemnité spéciale mensuelle, non soumise à cotisation au régime de retraite complémentaire et égale à 40 % des émoluments mentionnés au 1^o de l'article R. 6152-514 modifié par décret n° 2023-242 du 31 mars 2023 – art. 1. »¹

- s'agissant de la majoration des émoluments des praticiens exerçant en outre-mer :

¹ Pages 2 et 3 de la circulaire citée.

« Les praticiens hospitaliers, les praticiens contractuels, les assistants, les praticiens associés et les personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires en fonction en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon perçoivent désormais une indemnité spéciale mensuelle, non soumise à cotisation au régime de retraite complémentaire et égale à 40 % des émoluments.

« Le surcoût de cette mesure indemnitaire délégué en première circulaire est de 22,5 millions d'euros hors étudiants. La part relative aux étudiants est intégrée en MERRI.

« Les crédits délégués sont répartis au prorata des ETP des personnels concernés par région et par champ d'activité (MCO, SSR, PSY et USLD) de la SAE 2021. »¹

4. Une application « souple » des textes règlementaires

Par ailleurs, l'application des textes règlementaires relatifs aux prime de vie chère apparaît pour le moins « souple », certains avantages étant accordés sans base légale. Ainsi, le rapport des cabinets Ernst & Young et Verso Consulting attire-t-il l'attention sur la prise en charge de la prime de vie chère (p. 17) : *« l'applicabilité du coefficient géographique sur la rémunération du personnel est effective pour le personnel de la fonction publique hospitalière. Dans la pratique, l'ensemble du personnel, quel que soit son statut, bénéficie du même traitement « d'égalité » mais ceci n'est pas réglementaire. »*

À titre d'illustration, le rapport indique que *« la rémunération d'un équivalent temps plein (ETP) en contrat à durée déterminée (CDD) à La Réunion se monte à plus de 46 000 euros contre seulement 32 000 euros pour un ETP en CDD en métropole, soit un écart de 44 %. Cette « survalorisation » est aujourd'hui portée en partie par le coefficient géographique, alors même que l'Etat n'est pas réglementairement contraint de couvrir ces surcoûts. »*

Le rapport conclut en préconisant *« de ne pas pousser cette demande de revalorisation qui pourrait faire l'objet d'une consultation plus stricte du ministère de la Santé sur l'applicabilité du coefficient géographique aux seuls titulaires de la fonction publique hospitalière »*, conformément à la réglementation en vigueur.

Même si ces comparaisons ont un sens financier et comptables, elles restent selon les rapporteurs très partielles notamment par rapport aux interprétations hâtives car en face de cette prime de vie chère d'égalité des droits, il y a la vie chère qui a explosé dans les territoires d'outre-mer.

¹ Page 5 de la circulaire citée.

5. Une distinction entre le secteur public et le secteur privé

De nombreuses voix se sont élevées pour s'interroger sur l'égalité de traitement (et de coefficient) entre le secteur public et le secteur privé, dans la mesure où la prime de vie chère ne concerne que le secteur public. La DREES elle-même, dans l'analyse critique de son rapport, regrette l'absence de distinction entre les deux secteurs.

Beaucoup d'observateurs font remarquer que le secteur public, guidé par la notion de service public, se doit de proposer le plus large éventail possible de disciplines. Il doit notamment proposer les disciplines vitales telles que les urgences, la cardiologie, les dialyses, l'oncologie... pas forcément les plus rémunératrices ni plus simples à réaliser.

À l'opposé, le secteur privé peut, par définition, se concentrer sur les disciplines qu'il choisit, notamment les moins coûteuses, les moins lourdes en termes de prises en charge et les plus rémunératrices financièrement et économiquement sans les charges lourdes en face. En résumé, selon les mots d'une personne entendue, *« le secteur privé prend en charge les cas les plus faciles et renvoie vers le secteur public les cas les plus lourds »*.

Les rapporteurs n'ont pas la compétence pour juger de cet aspect, mais le bon sens existe et ils proposent que les prochaines réévaluations du coefficient géographique établissent une distinction entre les deux secteurs. Le pouvoir politique sera ensuite libre – en toute connaissance de cause – de différencier, ou pas, ce coefficient selon les acteurs.

C. UNE RÉFLEXION GLOBALE SUR UNE ÉVOLUTION DE LA T2A

Dans son rapport portant sur la T2A, la Cour des comptes indique que les travaux en cours sur la méthodologie de fixation des coefficients géographiques s'inscrivent dans une réflexion plus globale sur une éventuelle évolution de la part de la T2A dans le financement des établissements de santé.¹

1. Des établissements structurellement déficitaires

Au niveau national, le résultat net des établissements publics de santé est systématiquement déficitaire depuis 2006, avec un fort déficit encore accru par les conséquences de la crise sanitaire ².

C'est particulièrement le cas des établissements ultramarins, qui *« connaissent dans leur grande majorité des difficultés financières auxquelles les pouvoirs publics pallient depuis de nombreuses années sans réelle remise à plat de l'ensemble du système »*. Si ces difficultés semblent dans certains cas pouvoir

¹ Cour des comptes, « La tarification à l'activité », 28 juillet 2023.

² Cour des comptes, « La tarification à l'activité », 28 juillet 2023.

résulter d'une mauvaise gestion, les caractéristiques démographiques et épidémiologiques des DROM, de même que la densité des professionnels de santé qui y sont installés et la difficulté d'en recruter de nouveaux doivent également être pris en compte.

Les imperfections de la méthode de fixation des taux des coefficients géographiques ultramarins semblent être un facteur aggravant de ces difficultés financières. Le Conseil économique, social et environnemental (CESE) demandait ainsi, en février 2022, que les résultats des travaux en cours concernant cette méthode « *visant à objectiver les surcoûts occasionnés par l'insularité et l'éloignement, soient rendus effectifs pour assurer une soutenabilité financière à long terme des établissements* » en outre-mer ¹.

2. Le poids de l'endettement des établissements de santé ultramarins

Incapables de boucler leur budget annuel avec l'apport du seul coefficient géographique, les hôpitaux ultramarins ne parviennent pas à réduire leurs dettes qui ne sont rien d'autre que des stocks de déficits accumulés et financés par des emprunts.

ENDETTEMENT DES HÔPITAUX ULTRAMARINS FIN 2022

Établissements	Encours de dette 2022
CHU de la Guadeloupe	- 61 718 940 euros
Centre hospitalier de Cayenne	- 67 835 942 euros
CHU de Martinique	- 168 854 305 euros
Centre hospitalier de Mayotte	- 64 493 355 euros
CHU de La Réunion	- 396 300 467 euros

Source : ministère de la santé, Direction générale de l'offre de soins.

Certains rapporteurs proposent un apurement pur et simple, ou à tout le moins un effacement de 50 %. Après tout, l'État a bien recouru à de telles aides pour certaines entreprises nationales en difficulté (SNCF, Air France, EDF...). À défaut, un étalement des remboursements sur une période de 20 à 30 ans serait nécessaire. Voire la combinaison des deux c'est-à-dire, l'effacement d'une partie de la dette et l'étalement sur une période longue du reste avec bien-sûr un plan de développement de l'offre de santé public accompagnant ce désendettement. Rappelons qu'au moment du « Ségur de la santé »², l'État s'était engagé à reprendre 20 % à 30 % de la dette hospitalière à l'horizon 2022. Cette promesse a-t-elle été réellement tenue ?

¹ Conseil économique, social et environnemental, « Avis de suite – Plan de relance et déclinaison territoriale dans les Outre-mer », Inès Bouchaut-Choisy et Olivier Mugnier, 9 février 2022.

² Consultation des acteurs du système de soins français qui s'est déroulée du 25 mai au 10 juillet 2020, le « Ségur de la santé » a débouché sur un accord avec des organisations représentatives des professions de santé et sur la mise en œuvre d'un certain nombre de mesures.

3. Des délais de paiement démesurés

Par ailleurs, il a été rappelé à maintes reprises que les difficultés de trésorerie des établissements de santé ultramarins engendraient d'importants retards de paiement qui conduisaient les fournisseurs à intégrer en quelque sorte des « taux d'intérêt » informels dans la fixation de leurs tarifs.

À ces intérêts informels s'ajoutent des pénalités de retard tout à fait légales dont doivent s'acquitter les établissements qui ne paient pas dans les délais contractuels. La directrice de l'Agence régionale de santé de Martinique, Mme Anne Bruant Bisson, exposait qu'en fin d'année 2023 les dettes du CHU de Martinique s'élevaient à 180 millions d'euros dont 6 millions représentaient ces pénalités de paiement contractuelles.

Le Président de la Fédération hospitalière de Martinique, M. Yvon Pacquit a rappelé que le CHU de Martinique devait parvenir à apporter les soins nécessaires à la population sans pour autant mettre en danger le tissu économique local en payant avec un retard démesuré ses fournisseurs, qui sont souvent de petites entreprises.

De son côté, le directeur du CHU de La Réunion explique que le délai de paiement de son établissement auprès de ses fournisseurs est passé de 56 à plus de 75 jours, ce qui génère un impact fort sur l'économie locale au regard du poids économique du CHU dont le budget global dépasse le milliard d'euros. Dans d'autres DROM, les délais de paiement des hôpitaux peuvent dépasser les six mois (180 jours !).

Le directeur du CHU de La Réunion avoue ne plus payer ses charges sociales patronales depuis juin 2023 et reconnaît une dette sociale de 37 millions d'euros. En outre, cette incapacité à payer sa dette sociale aggrave la situation de la trésorerie du CHU qui gère plus de 30 millions d'euros d'opérations financées par le FEDER. Or si le CHU n'est pas à jour de sa dette sociale, ses comptes ne seront pas certifiés et il ne sera donc pas remboursé par le FEDER, ce qui aggravera encore ses problèmes budgétaires, de trésorerie et de soutenabilité de ses investissements.

4. Vers une expérimentation de modèles alternatifs ?

Le rapport de la *Task force* cité *supra* préconisait pour Mayotte et la Guyane, qui se caractérisent par des populations en expansion démographique, souvent précaires, et à l'état de santé dégradé, un retour à une dotation populationnelle.¹

La question même de l'adaptation de l'ensemble du système de la T2A aux DROM est donc posée, comme le soulevait, en 2019, la Délégation aux outre-mer en préconisant l'expérimentation de modèles alternatifs à la T2A². Ceux-ci pourraient

¹ Task force « financement de la santé », « Réforme des modes de financement et de régulation », janvier 2019.

² Délégation aux outre-mer de l'Assemblée nationale, « Rapport d'information sur la situation des CHU de la Guadeloupe et de La Réunion », David Lorion et Olivier Serva, 19 septembre 2019.

en effet être nécessaires dans ces territoires où l'accès à la santé est marqué par de très grandes difficultés ¹.

L'égalité des droits doit s'associer au principe d'équité. En effet, on ne peut appliquer le même traitement à des situations différentes. Les différentes auditions ont permis de mettre en exergue que l'uniformité ne peut être la règle compte tenu des singularités de chaque territoire dit d'outre-mer. Il y a nécessité d'aller plus loin que la simple analyse du paramètre financier que représente le coefficient géographique. Il y a effectivement aussi nécessité de changer de paradigme.

Le système de santé doit changer son modèle et tendre vers le concept de l'OMS – *one health* – une seule santé pour tous où la santé n'est plus vue comme une absence de maladie mais comme le bien-être physique, mental et social avec une action globale et coordonnée portée sur la santé environnementale, animale et humaine. La santé étant par ailleurs un bien commun.

À partir de là, il s'agit d'avoir une vision globale, stratégique et de construire un nouveau projet avec une déclinaison en programmes d'actions multidimensionnel à court, moyen et long terme,

Pour cela, il sera nécessaire de réaliser une mission plus longue permettant d'analyser plus en profondeur les réalités des politiques, contraintes et potentialités de santé publiques en outre-mer avec plusieurs objectifs :

- construire un nouveau modèle de santé publique viable et pérenne prenant en compte les réalités et différences de chaque territoire dit ultramarin ;
- inscrire nos établissements dans le cadre de leur bassin géographique pour amplifier leur rayonnement international ;
- régler de manière durable la question de l'endettement des hôpitaux ;
- redonner de l'attractivité et de la confiance envers l'offre de santé publique par l'intégration de la santé publique dans un nouveau modèle économique vertueux, humaniste et universel.

¹ Conseil économique, social et environnemental, « L'accès aux services publics dans les Outre-mer », Michèle Chay et Sarah Mouhoussoune, 29 janvier 2020.

MIG, MERRI, MIGAC et FIR

Les **missions d'intérêt général (MIG)** recouvrent des activités spécifiques et bien identifiées qui ne peuvent être financées à l'activité soit en raison de l'absence d'une classification adaptée soit compte tenu de leur rattachement impossible à un patient donné. Ces activités peuvent être classées en deux grandes catégories :

- les **missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI)** précisées au 1° de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale ;

- les autres missions qui figurent aux 2°, 3° et 4° des articles D.162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale parmi lesquelles les missions de vigilance et de veille épidémiologique, la veille sanitaire, la prévention et la gestion des risques, l'intervention d'équipes pluridisciplinaires et la coordination pour certaines pathologies spécifiques.

La liste exhaustive des MIG est fixée annuellement par arrêté. Elle est constituée des MIG du service public prévues *stricto sensu* par la loi ainsi que par une série d'activités relevant des politiques publiques de santé et de recherche.

Aussi, il convient de relever l'existence de la dotation nationale de financement des **missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)** (art. L.162-22-13 du code de la sécurité sociale) à destination de tous les établissements de santé.

En 2012 et 2013, quatorze MIG ont été transférées au Fonds d'intervention régional (FIR) pour un montant de 1,3 milliard d'euros. En 2022, dans le prolongement de ces mouvements, sept autres MIG ont été intégrées dans le FIR pour un montant de 346 millions d'euros.

Le **Fonds d'Intervention Régional (FIR)** a été créée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012. Il s'agit d'une dotation déléguée aux ARS pour la mise en œuvre de leurs politiques, notamment dans les matières suivantes :

- la promotion de la santé et de la prévention ;
- l'organisation du parcours de santé ;
- l'accompagnement des établissements de santé ;
- la permanence des soins.

La délégation des crédits MIG intervient par voie de circulaire, 3 ou 4 fois par an et repose aujourd'hui sur deux modes :

- les crédits délégués globalement dans une « base MIGAC » pour lesquels l'ARS a toute latitude dans l'allocation des crédits en direction des établissements (montant, fongibilité, marge de manœuvre relative à l'aide à la contractualisation...)

- les MIG déléguées en justification au premier euro (JPE) en direction des établissements (impérative) ou des régions par le niveau national (indicative).

CONCLUSION

Au cours des auditions, la seule revalorisation des coefficients géographiques est apparue insuffisante pour remédier au déséquilibre financier des établissements de santé publics ultramarins qui, nous l'avons vu, repose sur des causes multiples. Les résultats très différents obtenus d'un territoire à l'autre – et pas toujours très explicables – ont achevé d'insinuer le doute dans l'esprit des rapporteurs.

Compte tenu des spécificités des outre-mer, de l'étroitesse des « marchés » de santé, des contraintes fortes liées aux ressources humaines et d'un certain nombre d'autres variables, les rapporteurs s'interrogent sur l'intérêt de conserver le dispositif en l'état.

Ne vaudrait-il pas mieux revenir à une dotation globale qui prendrait en compte toutes les spécificités locales plutôt que de continuer à vouloir corriger un coefficient géographique qui fait office de « *béquille* », dont le montant continue d'être globalement insuffisant, notamment aux Antilles, et qui s'inscrit dans un système où les gestionnaires d'hôpitaux doivent quémander, en fin d'exercice, des aides à la trésorerie, qualifiées de « *rustines* » par certains, pour éviter la cessation de paiement ?

D'ailleurs, la dotation globale reste le mode de fonctionnement du centre hospitalier de Mayotte, preuve s'il en est que ce système n'est pas totalement inadapté, s'agissant des outre-mer.

Le ministère de la santé se trouve devant un choix :

– soit il poursuit le financement des établissements hospitaliers ultramarins en s'appuyant sur le coefficient géographique, mais il devra alors prendre en compte les remarques égrenées dans le présent rapport pour gagner en crédibilité : adopter une meilleure périodicité, associer aux travaux les directeurs de CHU et les ARS locales, prendre en compte les surcoûts qui ont été négligés, etc.

– soit il modifie en profondeur le mode de financement des hôpitaux ultramarins pour prendre en compte la spécificité de patientèles de taille réduite, l'insuffisance de concurrence, les caractéristiques locales, etc. pour aboutir à une attribution de ressources qui permette une gestion saine des établissements de manière équilibrée et avec une visibilité suffisante pour réaliser les investissements nécessaires, ainsi qu'un apurement durable de l'endettement de ces structures.

La Délégation aux outre-mer de l'Assemblée nationale sera attentive aux orientations que prendra le ministre de la santé.

RÉCAPITULATIF DES PRÉCONISATIONS DES RAPPORTEURS

– proposition n° 1 : rendre les prochaines réévaluations du coefficient géographique plus transparentes en association dès le début les ARS et les directeurs des CHU ultramarins aux choix méthodologiques ;

– proposition n° 2 : une fois les choix méthodologiques effectués, instaurer un principe d'échange contradictoire, lors des prochaines actualisations du coefficient géographique, entre la DREES et les ARS et directions hospitalières concernées ;

– proposition n° 3 : instaurer une obligation de révision bisannuelle du coefficient géographique appliqué aux établissements de santé outre-mer ;

– proposition n° 4 : instaurer une dotation forfaitaire compensatoire dès que possible pour l'ensemble des hôpitaux ultramarins car l'étude de la DREES porte sur les données de l'année 2019 ; les établissements de santé auraient dû bénéficier de la revalorisation dès le budget 2020. Il convient donc de compenser ce manque à gagner qui a perduré pendant quatre ans. Et si certains d'entre-eux n'ont pas vu leur coefficient augmenter, c'est uniquement en raison des biais dénoncés par ce rapport. Ils ne méritent pas d'être traités différemment des autres.

– proposition n° 5 : programmer les aides à la trésorerie sur une échelle pluriannuelle de manière à permettre aux hôpitaux ultramarins de gagner en visibilité et d'anticiper. Les verser en début d'année en non en fin d'année comme c'est actuellement le cas ;

– proposition n° 6 : par souci d'équité et afin de prendre en compte le fait que les pathologies les plus lourdes sont principalement prises en charge par les établissements de santé publics, envisager un dispositif de pondération financière à destination de ces derniers.

– proposition n° 7 : évaluer l'impact sur le financement des hôpitaux ultramarins du sous-financement des activités externes ainsi que la non prise en compte par la tarification nationale journalière de certaines prestations ;

– proposition n° 8 : au-delà du coefficient géographique, financer de façon pérenne les missions de recours, de référence, de recherche, et de soutien zonal (exemple évacuations sanitaires de Mayotte vers La Réunion) des CHU Ultramarins, à partir de sous-financements objectivés.

EXAMEN PAR LA DÉLÉGATION

Lors de sa réunion du 21 décembre 2023, la Délégation aux outre-mer a procédé à la présentation de la communication de la mission-flash sur le coefficient géographique appliqué aux établissements de santé outre-mer.

La vidéo de cette réunion est consultable à l'adresse suivante :

<https://assnat.fr/FUFVA9>

ANNEXES

LISTE DES AUDITIONS

Jeudi 9 novembre

Direction général de l'offre de soins (DGOS) en visio :

- Mme Marie Daudé, directrice générale de l'offre de soin
- Mme Claire-Lise Bellanger-Mauffret, adjointe à la sous-directrice de la régulation de l'offre de soins (visio) ;
- Mme Edith Riou, Cheffe du bureau « Évaluation, modèles et méthodes ».

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en présentiel :

- Fabrice Lengart, Directeur général
- Benoît Ourliac, sous-directeur de l'Observatoire de la santé et de l'assurance maladie

Jeudi 9 novembre

Fédération hospitalière française (FHF) en visio :

- Cécile Chevance, responsable du pôle OFFRES (Offre de soins, Finances, FHF data, Recherche, E-Santé)
- Denis Valzer, conseiller « appui aux territoires d'outre-mer » et chargé de missions
- Vincent Roques, directeur de cabinet (sous réserve)

Jeudi 23 novembre

Table ronde des CHU ultramarins (en cours d'organisation)

- M. Lionel Calenge, directeur général du CHU de La Réunion et du GHER ;
- M. Jean-Mathieu Dufour, directeur général du CHU de Mayotte ;
- M. Gaël Motreff, Directeur du « Pôle Ressources Financières, Achats, Logistiques et Contractualisation », du CHU de la Martinique
- M. Salah Daoui, Directeur des finances du Centre hospitalier de Cayenne

Jeudi 30 novembre

Direction générale des outre-mer (DGOM) en présentiel :

- M. Olivier Jacob, préfet, directeur général des outre-mer
- Mme Corinne Locatelli-Jouans, adjointe au chef du bureau de la cohésion sociale, de la santé, de l'enseignement

Jeudi 30 novembre

Table ronde Fondation hospitalières régionales :

- Yvon Pacquit, Président de la FHF Martinique
- André Atallah, Président de la FHF Guadeloupe

Jeudi 7 décembre

Table ronde des ARS ultramarines en présentiel

- Anne Bruant-Bisson, Directrice générale de l'ARS de Martinique
- Laurent Legendart, Directeur général de l'ARS de Guadeloupe
- Dimitri Grygowski, Directeur général de l'ARS de Guyane
- Gérard Cotellon, Directeur général de l'ARS de La Réunion

Lundi 18 décembre 2023 :

Cabinet du ministre de la santé

- M. Raymond Le Moign, directeur du cabinet du Ministre de la santé et de la prévention ;
- M. Vincent Reymond, délégué outre-mer des ministères sociaux,
- Mme Céline Faye, adjointe à la sous-directrice de la régulation de l'offre de soins,
- Mme Edith Riou, cheffe du bureau « Evaluation, modèles et méthodes »,
- M. Benoît Ourliac, sous-directeur de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie,
- M. Guillaume Zucman, conseiller parlementaire du cabinet du Ministre de la santé et de la prévention,
- Mme Capucine Grégoire, conseillère financement, protection sociale et produits de santé,
- Mme Elsa Clément, cheffe adjointe de cabinet, chargée des relations avec les élus et les territoires.