



Projet stratégique 2016-2020

15 mesures pour conforter l'Agence dans ses missions et améliorer la santé des Wallisiens et Futuniens

JUIN 2016



Table des matières

AVANT-PROPOS	3
Titre 1: Doter le territoire d'une administration de la santé répondant aux exigences du législateur	7
<i>Objectif n° 1 : Créer un poste de médecin de santé publique chargé de l'inspection de la santé</i>	8
<i>Objectif n° 2 : Créer un pôle de santé publique et doter l'Agence d'un budget de prévention</i>	10
<i>Objectif n° 3 : Créer une cellule d'épidémiologie</i>	11
<i>Objectif n° 4 : Installer l'Agence de santé en tant qu'autorité sanitaire</i>	12
<i>Objectif n° 5 : Faire vivre la démocratie sanitaire sur notre territoire et élaborer le programme de santé</i>	13
<i>Objectif n° 6 : Connaître les règles de droit applicables à notre territoire et constitue progressivement un code de la santé publique applicable aux îles Wallis et Futuna.</i>	15
<i>Objectif n° 7 : Créer un équivalent au code de la sécurité sociale et mettre en service une carte d'ayant-droit.</i>	16
Titre 2: Conforter l'offre de soin de proximité, développer les réseaux et filières, la télémédecine et les coopérations en matière de santé.	18
<i>Objectif n° 8 : Développer le plateau technique de radiologie</i>	21
<i>Objectif n° 9 : Accroître la sécurité des personnes hospitalisées et des biens</i>	22
<i>Objectif n° 10 : Humaniser les hôpitaux</i>	22
<i>Objectif n° 11 : Construire un nouveau service d'urgence à Futuna ainsi qu'une unité de dialyse.</i>	23
<i>Objectif n° 12 : Développer les réseaux et filières de soin et établir pour cela des conventions.</i>	24
<i>Objectif n° 13 : Adapter le Système d'Information et développer la télémédecine</i>	26
Titre 3 : Préserver l'équilibre budgétaire afin d'éviter la reconstitution de la dette.	27
<i>Objectif n° 14 : Développer l'activité</i>	28
<i>Objectif n° 15 : Préserver l'équilibre financier et éviter le retour de la dette.</i>	29
CONCLUSION	33

AVANT-PROPOS

Le projet médical de l'agence de santé est désormais achevé et il a été validé par la Commission Médicale le mercredi 11 mai 2016.

Il revient désormais au Conseil d'Administration de s'en saisir et de l'adopter afin de lui donner une dimension institutionnelle.

C'est une étape importante qui vient d'être franchie, et elle ouvre la voie à une plus large réflexion sur le projet de notre agence de santé qui est à la fois une autorité administrative chargée de définir et conduire la politique de santé du territoire et un prestataire de soins.

Le document qui vous est présenté a vocation à définir un cadre d'action favorisant le déploiement du projet médical, et à répondre à l'ensemble des contraintes qui pèsent sur notre Agence afin de lui permettre de mieux remplir sa mission auprès des populations du territoire des îles Wallis et Futuna dans un contexte économique contraint.

Le projet stratégique aura donc pour mission de proposer une démarche globale de nature à répondre aux problèmes de santé publique que connaît la population des îles Wallis et Futuna et aux lourdes contraintes de maîtrise économique qui restent d'actualité même si les nuages les plus lourds de menace se sont dissipés au début de cette année.

Grace à l'aide de l'Etat, la dette n'est plus désormais qu'un mauvais souvenir, on ne peut cependant oublier le passé et les multiples et graves dysfonctionnements qui en avaient résulté dans les relations que l'agence était en capacité d'entretenir avec les institutions calédoniennes et parfois même dans la qualité de l'accueil qui était réservé aux ressortissants de notre territoire.

Rembourser la dette constituait donc une étape essentielle pour reprendre un cheminement normal et c'est un immense soulagement de ne plus sentir ce poids sur nos épaules, mais l'expérience aura été suffisamment pénible, voire traumatisante pour que l'agence considère comme une priorité de tout mettre en œuvre afin de ne pas retomber dans les ornières du passé.

En ce sens, ce projet stratégique, s'il a pour vocation première et principale de répondre aux besoins en santé de la population, comportera aussi des éléments de maîtrise économique avec la proposition de déploiement de diverses mesures de nature à prévenir le retour de la dette.

Qu'on ne se méprenne pas cependant : même si les actions qui figurent dans ce projet stratégique auront un impact sur l'évolution des dépenses de santé, l'agence n'est pas totalement maîtresse de son destin.

Tout d'abord parce que l'état de santé de la population déjà très dégradé en raison du poids des Maladies Non Transmissibles (MNT) semble ne pas s'améliorer, en témoigne l'augmentation vertigineuse du nombre des malades traités en hémodialyse.

Mais aussi parce que la dotation de base de l'Agence reste encore à ce jour insuffisant pour assurer un fonctionnement normal des institutions et couvrir l'ensemble des charges qui lui incombent.

Ce n'est pas chose nouvelle : depuis sa création, l'agence reçoit une dotation qui n'est pas à la hauteur des missions qui lui sont confiées, et cette situation s'est aggravée au cours des années 2008-2013 avec un écart qui avoisinait les 5 millions d'euros pour chacun des derniers exercices.

Cela explique pourquoi, en 5 ans seulement, l'agence a vu surgir le monstre d'une dette presque aussi importante que son budget annuel.

Devant une telle discordance entre la dotation budgétaire et les charges incompressibles que l'agence est contrainte de supporter, et en dépit des efforts que l'agence pourra consentir, le retour à une situation financière saine et équilibrée suppose au préalable une correction de la dotation budgétaire annuelle.

Le passage récent du Président de la République sur notre territoire laisse espérer que nous pourrions bénéficier de cette aide puisque par sa voix, l'Etat a reconnu de manière officielle que le besoin de financement minimal de l'agence pour éviter de sombrer de nouveau dans l'endettement était au minimum de 30,5 millions d'euros, toutes choses égales par ailleurs.

Et c'est un minimum, car il s'en faudra encore de beaucoup pour que nous puissions répondre pleinement à la demande de soins de la population de notre territoire et aux contraintes de fonctionnement administratif d'un établissement public autonome.

En matière d'offre de soins, le projet médical met en évidence des faiblesses, voire des zones blanches, notamment en matière de santé mentale et de prise en charge du handicap.

Dans la plupart des disciplines, les besoins restent criants, avec des densités de personnel médical bien inférieures à la métropole, une absence de médecin de santé publique et de personnels soignants spécialisés (diététicienne, psychologue, orthophoniste...)

Pour sa gestion quotidienne, l'agence reste aussi bien démunie et bien fragile : sans recettes d'amortissement, sans provisions, sans réserve de trésorerie et sans assurance, l'agence de santé reste bien fragile et à la merci du vent mauvais, qu'il soit cyclonique ou plus simplement conjoncturel.

En ce qui concerne les investissements, qu'il s'agisse des travaux ou du matériel médical, elle reste totalement dépendante de l'aide que peut lui apporter l'Etat au travers du contrat de développement.

Dans cet environnement qui reste incertain et parfois tumultueux, l'Agence doit conserver une extrême vigilance et mettre en place un projet à la fois courageux et ambitieux qui lui permette d'améliorer la prise en charge des patients du territoire tout en maîtrisant les paramètres économiques: telles sont les ambitions de ce projet stratégique.

Tel qu'il est présenté, le projet stratégique s'inscrit dans la continuité. Il reprend, en les enrichissant du fruit de l'expérience, les orientations qui figuraient dans le document réalisé à l'issue de la mission (Alain SCEUR – Jacques BUESTEL) conduite en décembre 2013 et qui a fait l'objet en janvier 2014 d'une présentation auprès des services du Ministre de l'outre-mer et de la Ministre de la santé.

Il s'enrichit également des divers rapports qui ont été réalisés au cours de ces dernières années.

En ce qui concerne la santé publique, le projet stratégique se réfère aux travaux de la CPS (Conférence du Pacifique Sud) présentés le 11 juillet 2014 à Honiara (îles Salomon) ainsi qu'à une étude riche et complète menée en 2010 par la CPS avec le concours de l'ATIR (association pour le

traitement de l'insuffisance rénale en Nouvelle Calédonie) et de l'Agence de santé, la coordination du projet étant assurée par le RESIR (réseau de l'insuffisance rénale.)

Il prend également pour référence un rapport sur la santé des adolescents scolarisés à Wallis et Futuna réalisé à l'automne 2015 conjointement par l'agence de santé et le vice rectorat sous la conduite de l'OMS.

L'image donnée par cette étude, qui concerne les jeunes des classes de 5eme à la terminale, ne diffère pas de la précédente, les jeunes reproduisant à l'identique les comportements alimentaires et les habitudes des parents avec une plus grande précocité et des risques accrus.

De ces divers travaux, il ressort que le territoire de Wallis et Futuna est **confronté à une véritable crise sanitaire** ayant pour origine les maladies non transmissibles (MNT) et qui touche à des degrés divers la plupart des îles du Pacifique.

Dans le document de synthèse des travaux du congrès d'Honiara et en préambule il est rappelé ceci :

- 1) Les maladies non transmissibles sont à l'origine de 75% des morts dans le Pacifique.
- 2) La plupart des pays de la zone Pacifique ont un taux de morts prématurées (inférieur à 60 ans) largement supérieur à la moyenne des autres pays du monde.
- 3) Les dix pays au monde présentant les taux les plus élevés en matière de surpoids et d'obésité sont des îles du Pacifique
- 4) Trois parmi les dix pays ayant le pire taux de tabagisme au monde appartiennent à la zone Pacifique.

L'étude réalisée par la CPS apporte des précisions complémentaires en matière d'épidémiologie et de comportement concernant le territoire de Wallis et Futuna.

Son objectif consistait à définir la prévalence des maladies chroniques non transmissibles (diabète, hypertension, maladies cardio-vasculaires) et d'étudier les facteurs de risque qui leur sont associés incluant la consommation de tabac et d'alcool, l'activité physique, l'obésité, l'hypertension artérielle, l'élévation dans le sang des taux de glucose et de lipides : les conclusions sont particulièrement inquiétantes et elles sont confortées par l'enquête réalisée récemment auprès des adolescents.

En matière de tabac, il apparaît que 70% des hommes et 30% des femmes fument régulièrement avec un accroissement de la fréquence pour les plus jeunes et en particulier les jeunes femmes.

Pour la consommation d'alcool, le pourcentage de la population ayant consommé de l'alcool dans les douze derniers mois s'élève à 72% pour les hommes et 52% pour les femmes.

29% des hommes et 37% des femmes seulement disent consommer quotidiennement à la fois des fruits et des légumes.

Dans ce contexte, l'analyse des données physiques de la population conduit à observer des situations hors normes que la cour des comptes a rappelées récemment : le poids moyen des hommes est voisin de 98 Kg et de 93 pour les femmes avec un IMC (indice de masse corporelle) qui dépasse 32 pour les femmes et avoisine 31 pour les hommes. Le pourcentage de la population présentant une obésité et une surcharge pondérale est de 84% pour les hommes et 87% pour la population féminine.

Plus de 39% des hommes présentent une hypertension artérielle et 29,6% des femmes. Près de 20% des hommes et 13% des femmes sont atteints d'hypercholestérolémie.

Pour l'ensemble de la population étudiée, on trouve 17% de diabétiques et le taux de diabètes gestationnels constaté à la maternité avoisine les 70%.

Enfin, et c'était là l'objet premier de l'étude menée par le réseau de l'insuffisance rénale, tous âges confondus, 5,3% des hommes et 6,2% des femmes souffrent d'une insuffisance rénale de gravité moyenne, un problème qui touche 25% des personnes âgées de 65 ans et plus.

En conclusion, les auteurs de l'étude soulignent que **les facteurs de risque comportementaux** favorisant l'apparition de maladies chroniques sont nombreux à Wallis-et-Futuna et constituent un grave problème de santé publique, tant pour les hommes que pour les femmes, tous âges confondus. »

Ils rappellent aussi que le coût financier global de la prise en charge de ces maladies et de leurs complications est difficilement chiffrable mais représente une part considérable des dépenses de santé. Les décès, les handicaps (amputation, paralysie, cécité) et les problèmes associés à ces pathologies entraînent également un coût humain élevé mais difficile à estimer.

Devant un tel tableau, que peut faire l'Agence ?

Tout d'abord s'organiser, afin d'être à la hauteur de la tâche qui lui incombe, c'est-à-dire mettre en place des outils qui lui permettent de mieux connaître l'état de santé de la population et ainsi, de **mieux administrer la santé** à l'image de ce qui existe sur les autres territoires de la République.

L'agence de santé en effet est avant toute chose une autorité administrative sanitaire qui, à l'image des agences Régionales de Santé (ARS) a la responsabilité de la santé des populations d'un territoire et doit être en capacité d'administrer la santé au quotidien mais aussi d'apporter les réponses adaptées en cas de crise sanitaire.

Elle doit élaborer un programme de santé pour le territoire, faire vivre la démocratie sanitaire au travers de la conférence de santé, conduire des études statistiques et épidémiologiques, concevoir et accompagner une politique de prévention et d'éducation à la santé qui soit à la hauteur du poids des Maladies Non Transmissibles (MNT) sur notre territoire, des missions qu'elle peine aujourd'hui à assurer correctement : la Conférence de Santé s'est réunie pour la dernière fois en 2005 et ce n'est qu'un exemple.

La première partie de ce projet sera consacrée à cette mission de l'agence avec une description des mesures qu'il conviendrait d'adopter afin de lui permettre de mieux exercer sa mission d'autorité sanitaire du territoire, une mission nouvelle puisqu'avant l'an 2000 et la création par ordonnance de l'agence de santé, la gestion administrative de la santé était assurée par l'administration supérieure du territoire, la partie soins étant assurée par l'armée .

Mais l'agence, c'est aussi, et surtout pour les patients du territoire, l'offre de soins.

Pour les Wallisiens et les Futuniens, le directeur de l'agence, c'est avant tout le chef de l'hôpital de Sia, la fonction administrative s'effaçant devant la fonction soignante, primordiale pour la prise en charge des patients sur ce territoire isolé où l'hôpital est le seul acteur de soins.

En l'état actuel, et tel qu'il se présente aujourd'hui, le dispositif de soins, avec son plateau technique rénové et ses dispensaires qui assurent une bonne couverture du territoire, permet d'assurer la sécurité des patients sur le territoire, mais il reste fragile, incomplet, vétuste parfois notamment pour la partie hébergement.

Il reste donc à **conforter l'offre de soins**, l'humaniser afin de mieux répondre aux exigences naturelles d'une population soucieuse de disposer de structures de proximité modernes permettant un meilleur accueil des patients tout en sachant que nous resterons toujours tributaires d'autres partenaires.

L'agence en effet, sur notre petit territoire n'a ni les moyens ni la vocation à répondre à toutes les situations qui se présentent et, prendre en charge les patients sur notre territoire, c'est aussi gérer les évacuations sanitaires, conclure des partenariats avec d'autres acteurs de soins, tout en profitant du développement des nouvelles technologies pour développer la télémédecine.

On n'oubliera pas cependant que les contraintes économiques sont toujours présentes et ce document a aussi pour but d'offrir des pistes de **maitrise budgétaire**.

On ne peut en effet demander à l'Etat de fournir un effort important en matière de dotation sans relayer son action par des mesures spécifiques de maitrise des dépenses.

Nos leviers ne sont pas considérables mais cette démarche d'accompagnement est indispensable pour illustrer la volonté de l'agence de contribuer par son action à un retour durable à l'équilibre budgétaire.

Titre 1: Doter le territoire d'une administration de la santé répondant aux exigences du législateur

L'ordonnance du 13 janvier 2000 et son décret d'application du 15 novembre 2001 confèrent à l'Agence des fonctions multiples.

Il lui appartient tout à la fois de gérer l'offre de soins hospitalière et ambulatoire, de transférer les patients vers d'autres hôpitaux quand leur état le nécessite, d'assurer la dispensation des médicaments et dispositif médicaux à l'hôpital et sur le territoire jouant ainsi un rôle d'officine de ville, de répondre aux besoins en matière de PMI et de contrôle médical et de suppléer l'absence d'assurance maladie en assurant le tiers payant et la prise en charge des patients évacués pour raisons sanitaires.

Outre ces multiples fonctions relevant de l'offre de soins, il lui appartient également d'assurer la plupart des fonctions qui sont aujourd'hui confiées aux ARS notamment en matière de définition des politiques de santé et de planification.

En application de l'article L 731-2, il lui appartient notamment:

- 1) D'élaborer un programme de santé publique compte tenu des priorités établies par la conférence de santé.
- 2) D'assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.
- 3) En cas de nécessité, d'assurer leur transfert et leur admission dans un autre établissement
- 4) De délivrer, sur prescription médicale, les médicaments ainsi que les dispositifs médicaux.

Si l'on ajoute que le Directeur signe toute convention à caractère social notamment en faveur des personnes âgées et des handicapés, qu'il est en charge des relations avec les autorités sociales de la zone, et notamment celles de Nouvelle-Calédonie et de Polynésie française et qu'il participe aux réunions de la CPS et de l'OMS, (art.26 décret du 15 novembre 2001) on peut constater que le champ d'action est large et que bon nombre de ces objectifs sont hors d'atteinte compte tenu des moyens actuels de l'Agence.

Au regard de ces obligations, l'Agence reste en effet bien démunie et impuissante. Un rapport récent réalisé à l'initiative du ministère de la santé décrit ainsi la situation :

- 1) Cette politique de santé publique, qui devait être proposée à l'assemblée territoriale, n'a pas été mise en place faute de personnel disponible et/ou compétent. Une conférence de santé a été réunie en 2005. A ce jour, aucune autre n'a suivi.
- 2) La prévention et l'éducation sanitaire (PMI en particulier) ont été délaissées. Les quelques opérations existantes ont été peu à peu supprimées ou non reconduites. Ainsi le service d'éducation à la santé a été supprimé en 2007.
- 3) Il n'y a pas de couverture du territoire de Wallis-et-Futuna en santé mentale et psychiatrique, ce qui a conduit l'agence à coopérer avec le CHS A. Bousquet et à y transférer ses malades.
- 4) Il n'y a pas de secteur médico-social, donc pas de prise en charge du handicap ou des personnes âgées, même si pour ces dernières, la prise en charge coutumière dans la famille est encore de règle.

Le rapporteur conclut ainsi son paragraphe : « L'Agence est aussi censée assurer les missions de contrôle, de planification et de régulation, remplies en métropole par une ARS : ces missions sont mal remplies ou en déshérence, même si l'Agence estime y affecter deux agents. »

Le constat que nous pouvons effectuer aujourd'hui même s'il peut être atténué sur certains points ne saurait être différent : La planification et la politique de santé publique sont loin d'être à la hauteur des enjeux décrits précédemment.

D'autres remarques peuvent aussi être ajoutées qui complètent le tableau :

A ce jour, l'Agence se confond avec l'hôpital et ses missions se réduisent le plus souvent à l'offre de soins.

Il n'y a pas de budget pour assurer le financement des missions de l'agence liées à l'administration de la santé et aucun moyen identifié et il en va de même pour les actions de prévention.

Il n'y a pas de médecin de santé publique sur le territoire pour seconder le directeur d'Agence dans sa fonction de gestionnaire de la santé publique ou pour effectuer les missions de contrôle ou de conseil.

Les premières mesures proposées s'inscriront donc dans une logique d'installation d'une véritable agence de santé.

Objectif n° 1 : Créer un poste de médecin de santé publique chargé de l'inspection de la santé

On ne fait pas de médecine sans médecin et on ne fera pas de santé publique sur un territoire comme le nôtre sans médecin de santé publique consacrant l'intégralité de son temps à sa mission.

Dans la logique que l'on vient de décrire de conception et de mise en place d'une politique de santé publique à la hauteur des enjeux du territoire, l'expertise apportée par un médecin de santé publique s'impose et elle est urgente.

Les missions qui pourraient être confiées à ce médecin pourraient être les suivantes :

- 1) Assurer, sous l'autorité du directeur de l'Agence de santé, la responsabilité de coordonnateur d'un pôle de santé publique.

- 2) Coordonner et développer les différentes actions d'éducation et de prévention sanitaire entreprises de façon ponctuelle sur l'archipel (PMI, santé scolaire, aide aux handicapés,)
- 3) Participer au développement des systèmes d'informations médicales et de la télé médecine.
- 4) Concevoir et développer les programmes de santé publique avec le concours de la CPS.
- 5) Préparer les réunions de la conférence de santé et animer ses séances.
- 6) Coordonner le dispositif épidémiologique par la création d'une cellule d'épidémiologie et tenir informées les autorités administratives du territoire de toute alerte sanitaire.
- 7) Assurer la représentation médicale de l'agence dans les instances internationales lors des séances consacrées à la politique de santé publique dans les pays du Pacifique.
- 8) Effectuer les tâches habituellement confiées à un médecin inspecteur dans un département ou une région.

Ce poste suppose le recrutement d'un médecin titulaire d'un diplôme de santé publique, ayant une expérience de l'informatique médicale et si possible maîtrisant l'anglais afin de mieux évaluer les possibles partenariats avec les états anglophones voisins.

C'est la pierre angulaire de notre dispositif de santé publique et une priorité.

Compte tenu de cette urgence, quels sont les obstacles qui empêchent à ce jour le recrutement d'un médecin de santé publique ?

Le premier obstacle et le plus évident est lié à la situation financière de l'agence qui sort à peine d'une situation de profond déficit et n'est pas en capacité par ses moyens propres d'assurer le financement d'un poste de cette nature et de son environnement administratif.

Le second écueil est de nature juridique car, en l'état actuel du droit (CSP article L4421-2) les attributions dévolues au médecin inspecteur départemental de santé publique et au médecin inspecteur régional de santé publique sont exercées par le chef de service de l'inspection du travail et des affaires sociales, ce qui crée à l'évidence une confusion entre fonction administrative et fonction médicale et peut laisser penser que cette fonction est assurée sur notre territoire.

En la matière, la création de l'agence de santé en 2000 n'a pas apporté de clarification mais a plutôt contribué à accentuer la confusion. Si l'ordonnance de 2000 donne à l'agence une mission binaire d'administration de la santé et de gestion de l'offre de soins, le décret de 2001 est calqué sur celui qui concerne les Etablissements Publics de Soins (EPS) autrement dit les hôpitaux et laisse de côté le versant administration de la santé.

Cela explique pour partie que l'agence de santé n'ait pas été dotée de l'environnement administratif nécessaire à l'accomplissement de cette mission, et en particulier d'une inspection de la santé, cette fonction ayant été dévolue par défaut à l'inspection du travail.

Il conviendra donc pour faire évoluer cette situation, que le législateur ou le pouvoir réglementaire se saisisse de cette question et reconnaisse l'impérieuse nécessité de créer sur le territoire des îles Wallis et Futuna un poste de médecin de santé publique chargé de la santé publique et de l'inspection de la santé.

Objectif n° 2 : Créer un pôle de santé publique et doter l'Agence d'un budget de prévention

Le médecin de santé publique doit être le chef d'un pôle de santé publique dont il conviendra de définir les contours mais dont les principales missions figurent dans la fiche de poste qui vient d'être présentée.

Pour accomplir ses missions multiples et conduire les actions de prévention et d'éducation sanitaire, le responsable du pôle santé publique doit disposer d'un budget et de moyens humains identifiés.

Actuellement, l'Agence dispose d'un budget unique recouvrant à la fois les notions de soin aux personnes et de prévention. Il n'y a pas de crédits identifiés figurant dans un budget spécifique ni d'équipe constituée, mais cela ne veut pas dire que l'Agence est dépourvue de tout moyen.

Parmi les personnels de l'Agence, certains consacrent tout ou partie de leur temps à des actions de prévention et d'éducation sanitaire et ces moyens sont loin d'être négligeables.

Un cadre de santé a été formé aux démarches de prévention et consacre plus de la moitié de son temps à la gestion des équipes et à la réalisation d'actions de prévention.

Il existe aussi aux côtés du cadre de soins, une infirmière à Wallis et une IDE à mi-temps à Futuna qui ont pour fonction de conduire des actions de prévention sous l'autorité du cadre.

On ajoutera la présence dans chaque dispensaire de deux éducatrices sanitaires de base (ESB) qui accomplissent des missions d'agents de santé communautaire et à ce titre ont vocation à intervenir au sein même des familles et des villages, constituant ainsi un vivier de huit personnes susceptibles de participer à des actions de prévention ou d'éducation sanitaire.

Si on totalise l'ensemble de ces postes, on s'aperçoit donc que l'Agence dispose de moyens quantitatifs non négligeables. Mais ces personnels n'ont pas toujours reçu la formation nécessaire et interviennent en ordre dispersé malgré la présence d'un médecin généraliste, le Dr Houillon, qui fait preuve d'une réelle appétence pour la prévention mais accomplit cette tâche de coordination en sus de sa mission de médecin de dispensaire ce qui ne lui laisse que peu de temps.

Dans cet environnement qui reste inadapté et insuffisant au regard des missions à accomplir, cette équipe met en place des actions de prévention.

Sous la conduite du Dr Houillon et du cadre de soins, elle relaie sur le territoire les diverses campagnes de prévention organisées au niveau national et montre son savoir-faire par des campagnes de sensibilisation et des ateliers culinaires qui ont un réel succès auprès des malades diabétiques qui réapprennent ainsi à cuisiner les légumes du pays.

L'absence cependant de médecin référant et de pôle de santé publique clairement identifié restent des obstacles au développement de cette politique avec une grande difficulté à évaluer les actions et à les inscrire dans la durée.

Dès sa nomination, le médecin de santé publique se verra donc confier la responsabilité de constituer le pôle de santé publique, de proposer au directeur de l'Agence un projet de prévention, de conduire l'équipe et d'évaluer les actions réalisées.

Il devra travailler en relation étroite avec les services de l'Etat, la Conférence du Pacifique Sud qui reste un partenaire majeur pour le développement d'une politique de santé publique sur l'archipel.

Mais avec quel budget ?

Les propos précédents montrent que l'agence dispose de quelques moyens humains mais, si l'on considère que la prévention est une priorité de santé publique, le budget restera bien insuffisant au regard des missions à mener.

La Direction Générale de la santé a été saisie de cette question et a montré tout son intérêt pour la mise en place d'actions de prévention conduites et financées avec l'aide de l'Etat, jugeant que le territoire des îles Wallis et Futuna constituait un lieu idéal pour mettre en place et évaluer la pertinence et les effets d'une démarche de prévention et d'éducation sanitaire sur une population donnée y compris sous la forme d'un Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) en liaison avec un CHRU de métropole.

C'est un beau projet pour notre territoire.

Objectif n° 3 : Créer une cellule d'épidémiologie

Dans chaque territoire de la République, il existe au sein des services de l'ARS une cellule d'épidémiologie permettant de connaître l'état de santé de la population.

Cette connaissance est indispensable pour piloter la santé sur un territoire et, en cas de crise sanitaire, apporter en temps utile les réponses les plus appropriées.

A ce jour, la démarche épidémiologique est balbutiante sur le territoire. Il n'existe pas de service qui puisse centraliser ces données et garantir un niveau de fiabilité nécessaire à la prise de décision.

Le système d'information dont dispose l'Agence n'est pas adapté à cette mission et la saisie des informations ne fait pas partie de la culture médicale, notamment des médecins généralistes qui se succèdent sur les dispensaires. Il n'existe pas non plus de DIM.

A titre d'illustration, le directeur de l'agence de santé ne connaît pas le circuit qu'empruntent les certificats réalisés à l'occasion des décès et il n'est pas possible à ce jour d'établir avec certitude les principaux motifs de décès sur notre territoire.

On ne connaît pas non plus très précisément la prévalence des pathologies cancéreuses et on n'a à ce jour d'autre solution que de se référer aux données qui figurent sur le registre des cancers de Nouvelle Calédonie.

Les seules données auxquelles on peut se référer dans la situation présente résultent des études menées par la CPS concernant les MNT.

Pour les maladies vectorielles, le chef du laboratoire transmet au Directeur toutes les informations concernant les cas dont il a connaissance. Le Directeur saisit alors le service de l'environnement afin que les mesures habituelles de prévention soient mises en place.

Mais aucun protocole n'existe. Tout cela se fait de manière très artisanale et il est vraisemblable que cette « organisation » ne serait pas en mesure de résister à une flambée épidémique ou à une crise sanitaire de grande ampleur comme l'île en a connu il y a quinze ans.

Dans ces conditions, la création d'une cellule épidémiologique peut être considérée comme une priorité de santé publique.

La gestion de cette cellule sera confiée au médecin de santé publique qui aura pour mission de coordonner les acteurs, d'établir des recueils de données de nature à suivre l'évolution des pathologies et de prendre toutes dispositions utiles pour gérer une éventuelle crise sanitaire sous l'autorité du directeur d'agence.

Il lui reviendra également d'établir un rapport annuel sur la santé de la population de l'archipel et de le présenter aux instances de l'agence de santé, aux élus du territoire et à la population lors des séances de la conférence de santé.

Objectif n° 4 : Installer l'Agence de santé en tant qu'autorité sanitaire

L'ordonnance du 13 janvier 2000 a donné naissance à un Etablissement Public National à vocation administrative (EPNA). Ce n'est donc pas seulement un Etablissement Public de Soins (EPS) à l'image des établissements hospitaliers que nous connaissons en métropole. C'est aussi une autorité sanitaire qui a vocation à définir et arrêter la politique sanitaire du territoire, à intervenir pour fixer les règles en matière de santé publique, à gérer les autorisations, bref, à accomplir la plupart des missions que remplissent les ARS sur leurs territoires respectifs.

Les ministères de la Santé et de l'Outre-Mer ne s'y trompent pas puisqu'ils invitent le directeur de l'agence aux réunions des directeurs généraux d'ARS des territoires d'outre-mer et lui demandent de conduire des démarches de planification sanitaire à l'image des autres agences.

Pourtant, sur le terrain et en dépit d'un usage habituel du terme, l'Agence de santé telle qu'elle a été créée par l'ordonnance du 13 janvier 2000 et telle qu'elle est conçue actuellement par les autorités ministérielles n'existe pas.

Cette affirmation peut apparaître étonnante voire provocatrice mais elle n'est que le reflet de la réalité.

Pour la population de Wallis-et-Futuna, c'est une évidence : L'Agence de santé est le lieu où l'on vient se faire soigner et il y a dans le langage commun une totale identification de l'Agence et de l'Hôpital.

Tout concourt à cette confusion puisque le siège de l'Agence se situe à l'hôpital de Sia, avec un bureau du directeur d'Agence qui n'est autre que le bureau du directeur de l'hôpital mais aussi parce qu'il n'y a actuellement aucun moyen spécifique dévolu à cette fonction.

Certes, Wallis n'est pas un territoire comme les autres et il serait à la fois vain et présomptueux de comparer l'Agence de santé avec une ARS et de solliciter des moyens équivalents.

Il apparaît cependant que cette fonction d'autorité sanitaire, si on veut qu'elle soit assurée, doit être **identifiée et disposer d'un minimum de moyens**. Imaginerait-on dans un département français

même de petite taille que la DDASS, pour remplir ses missions, n'ait d'autres moyens que ceux que la direction de l'hôpital pourrait mettre à sa disposition?

C'est pourtant la situation actuelle à Wallis, ce qui crée une confusion et qui peut au moins pour partie expliquer que cette fonction administrative de la santé ait été délaissée au profit de tâches plus immédiates.

Dans une situation de manque de moyens, voire de pénurie, chacun va à l'essentiel c'est-à-dire aux bons soins de la population, les autres fonctions pouvant apparaître comme secondaires.

Tout cela n'est pourtant pas sans conséquence notamment en matière réglementaire puisqu'en l'absence totale de cellule juridique, la réglementation en matière de santé est quasiment inexistante : le corpus juridique qui devrait codifier notre action au quotidien est des plus réduits avec une absence totale de réglementation en matière de droits du patient et de prise en charge.

En ce qui concerne l'application du code de la santé publique, le toilettage n'a pas été effectué et chercher dans le code ce qui concerne Wallis et Futuna reste actuellement hors de notre portée.

Il n'existe pas non plus de règlement sanitaire, même minimaliste, pour notre territoire.

Dans une telle situation, le risque juridique est considérable et les conséquences d'un contentieux majeur sont difficiles à apprécier.

Pour échapper à cette logique, il serait nécessaire que l'agence de santé puisse disposer de moyens appropriés et soit identifiée comme une autorité sanitaire à part entière.

L'agence, nous l'avons rappelé, a reçu du législateur une double mission, d'administration de la santé et d'offre de soins, et cette dernière mission, si noble soit-elle, ne doit pas effacer la première.

Il reste donc à installer l'agence de santé, c'est-à-dire une petite administration composée d'un directeur, d'un médecin de santé publique, d'une cellule juridique et d'un minimum de moyens administratifs qui peuvent très bien être partagés avec les moyens hospitaliers.

Dans l'idéal, il conviendrait d'implanter l'agence de santé dans des locaux séparés de l'administration de l'hôpital ce qui n'exclut pas de les maintenir sur le site de Sia pour des raisons d'économie et de partage de moyens.

Dans cette configuration, le Directeur de l'Agence restera bien sûr le directeur de l'offre de soins assisté dans ses missions par un directeur adjoint doté d'une large délégation pour gérer l'offre de soins.

Objectif n° 5 : Faire vivre la démocratie sanitaire sur notre territoire et élaborer le programme de santé

L'ordonnance du 13 janvier 2000 dans son chapitre 1 article L 731-1 alinéa 1, fixe comme mission à l'Agence de santé d'élaborer « un programme de santé publique compte tenu des priorités établies par la conférence de santé ». Il lui appartient ensuite de « contribuer à la mise en œuvre de ce programme avec le concours éventuel de personnes morales de droit public. »

Dans cette mission, l'Agence de santé doit prendre en compte les priorités de santé publique arrêtées par la conférence de Santé. Il lui appartient donc avant toute chose de constituer cette conférence et de la réunir.

Mais ce n'est pas une mince affaire.

Certes, toutes les dispositions ont été prises en matière administrative pour sa constitution et sa convocation peut être effectuée sans délai mais jusqu'à ce jour, divers obstacles se sont présentés qui n'ont pas permis de la réunir.

Le premier obstacle résulte de la faiblesse des moyens humains que l'agence était en capacité de mobiliser pour préparer et tenir une conférence de cette nature et, en l'absence de médecin de santé publique, la vacance successive des postes de direction n'a pas facilité la tâche.

On rappellera également que l'agence vient de traverser une zone de turbulences en matière de relation avec ses partenaires calédoniens et que nous ne pouvions mobiliser ni les moyens de la DAS ni ceux du CHT.

Enfin, il fallait du grain à moudre et l'agence ne disposait jusque-là ni de projet médical ni de schéma de santé territorial à présenter et à soumettre à l'avis de cette Conférence.

Ces obstacles se sont récemment effacés et les relations avec nos partenaires calédoniens se sont normalisées. Nous venons aussi d'approuver notre projet médical et le ministère de la santé vient de nous faire parvenir un schéma territorial de santé pour le territoire des îles et Wallis et Futuna qui devra être présenté lors de la prochaine conférence.

Si l'on fait également référence à l'étude sur la santé des adolescents évoquée précédemment, on pourra constater que les conditions semblent désormais remplies pour réunir dans de bonnes conditions la Conférence de santé.

La conférence de santé aura pour vocation de porter à la connaissance des wallisiens et futuniens ces divers documents et d'établir des priorités en matière de santé publique qui serviront de bases au programme de santé.

Ce document pourrait être utilement complété par un schéma interrégional de l'offre de soins rédigé en collaboration avec les autres territoires francophones du Pacifique.

Quelle que soit la qualité des structures sanitaires qui pourront être déployées sur notre territoire, nous resterons en effet toujours dépendants d'autres structures sanitaires d'appel pour assurer la sécurité des patients de Wallis et Futuna et plus encore en cas de crise sanitaire.

Le rapport IGA-IGAS réalisé en 2010 recommandait ainsi la constitution dans les meilleurs délais d'un groupe de travail tripartite Etat, Territoire de Wallis-et-Futuna et Nouvelle Calédonie afin de préparer un protocole additionnel de coopération sanitaire complétant les accords dits de Nouméa du 5 mai 1998 et l'accord particulier Nouvelle-Calédonie – Wallis et Futuna du 1^{er} décembre 2003.

La déclaration d'intention relative au renforcement des actions de coopération en matière de santé entre le CHT, la CAFAT et l'agence de santé signée à Nouméa le 20 janvier 2016 pourrait en constituer la première pierre.

Objectif n° 6 : Connaître les règles de droit applicables à notre territoire et constituer progressivement un code de la santé publique applicable aux îles Wallis et Futuna

Tous les observateurs du système de santé qui se sont succédé sur le territoire ont soulevé cette importante question du déficit de législation et de réglementation concernant la santé sur le territoire de l'archipel.

Le texte de base auquel chacun se réfère est bien sûr la loi du 29 juillet 1961 conférant aux îles Wallis et Futuna le statut de territoire d'outre-mer qui ne comprend aucune disposition en matière de santé.

Pour plus amples précisions, il faudra attendre dix ans et la loi du 29 décembre 1971 concernant l'hygiène et la santé publique sur le territoire puis l'ordonnance du 13 janvier 2000 portant création de l'Agence de santé et le décret d'application du 15 novembre 2001.

Hors ces textes fondateurs, les dispositions concernant la santé publique sur notre territoire sont éparpillées, et en raison du principe de spécialité juridique, il faut être un juriste averti pour distinguer les articles du Code de la Santé Publique qui s'appliquent à Wallis-et-Futuna.

Ce défaut de réglementation n'a pas que des inconvénients, et on comprend les réticences du ministère à rendre applicables au territoire de Wallis et Futuna des dispositions réglementaires contraignantes.

Si le législateur obligeait l'agence à mettre en application sans délai certaines règles applicables au territoire métropolitain, nous serions parfois placés dans des situations inconfortables voire contraints à constater l'impossibilité de l'application sur notre territoire de certaines mesures générant ainsi une nouvelle forme d'insécurité juridique.

On comprend donc la prudence du législateur et ses interrogations légitimes sur notre capacité à répondre aux mêmes obligations que la métropole, le degré de développement et d'organisation en matière de santé n'étant pas toujours comparable.

Dans certains domaines, l'application intégrale du code de la santé publique pourrait même entraîner des désordres en raison des valeurs morales et de l'organisation sociale de notre territoire.

Mais, à contrario, l'absence de cadre de droit, c'est-à-dire de cadre contraignant et organisateur ou parfois la seule méconnaissance des dispositions applicables au territoire, n'incite pas à l'action.

Dans cette logique, la constitution d'un code de la santé reprenant la totalité des articles applicables au territoire semble une priorité. La constitution d'une cellule juridique en facilitera la réalisation.

Il en ira de même pour les règles concernant la prise en charge des patients. En l'absence d'équivalent à notre code national de Sécurité Sociale il n'existe aucune réglementation relative à la gratuité des soins et les limites à ce principe ne sont pas fixées.

Un immense travail de codification reste donc à accomplir afin de définir et préciser le droit à la santé des personnes vivant sur notre territoire : c'est un point particulièrement important car, en l'absence de réglementation, le principe de gratuité des soins peut être remis en cause à tout moment.

Cette absence de définition des droits conduit aussi à des comportements inappropriés ayant des incidences non négligeables en termes de coût de la santé.

Dans un contexte où la santé n'est pas régulée, développer une médecine de qualité tout en maîtrisant les coûts relève de la quadrature du cercle et il n'est pas interdit de penser que cette absence de cadre juridique n'est pas étrangère aux difficultés budgétaires que connaît l'Agence de manière récurrente.

Objectif n° 7 : Créer un équivalent au code de la sécurité sociale et mettre en service une carte d'ayant-droit

En matière de protection sociale, le territoire des îles Wallis et Futuna a pris des dispositions en faveur de l'enfance, du handicap ou de la vieillesse et il gère une caisse de prestations sociales dont le fonctionnement obéit à des règles votées par l'assemblée territoriale.

Rien de tel en matière de santé pour laquelle le corpus juridique est des plus succincts.

Le statut de 1961 n'y faisait pas référence et il faudra attendre l'article 68 d'une loi publiée au journal officiel du 30 décembre 1971 pour disposer enfin d'une référence législative venue compléter la fameuse loi du 29 juillet 1961.

Cette disposition législative conservait cependant un caractère très général puisqu'il était stipulé que parmi les services que l'Etat assurait sur le territoire, venait s'ajouter le service de l'hygiène et de la santé publique.

Il était seulement précisé dans l'alinéa 1 de l'article 68 que la réglementation propre à ce service relevait de l'Etat et que les dépenses correspondantes étaient prises en charge par le budget général à compter du 1^{er} janvier 1972.

Il faudra attendre ensuite l'an 2000 et l'ordonnance portant création de l'agence de santé pour franchir une nouvelle étape mais l'ordonnance du 13 janvier 2000 reste tout aussi évasive en matière de droit à la santé et non moins ambiguë puisque, dans ce même texte, il est précisé tout à la fois que l'agence assure la protection sanitaire du territoire mais que ses ressources proviennent pour partie « de la participation des usagers en fonction de leurs ressources ».

Le principe de gratuité, à notre connaissance du moins, ne figure donc dans aucune loi ni règlement même s'il est d'application constante depuis 1961.

Et on peut le comprendre.

En 1961, le principe de gratuité des soins pour les Wallisiens et Futuniens ne souffrait pas de discussion : il correspondait à un état de développement du territoire qui ne permettait pas d'envisager des soins payants.

La médecine militaire assurait les soins pour une population dépourvue de ressources, où les personnes salariées étaient la minorité et pour un territoire dont la mer fixait les limites.

La gratuité s'entendait donc pour une population non salariée, avec des ressources financières limitées et qui ne quittait pas le territoire.

Mais nous sommes désormais bien loin de cette situation et il suffit de constater le coefficient de remplissage des trois Airbus qui font la liaison chaque semaine entre Wallis et Nouméa pour illustrer cette évolution sociale et économique.

Wallisiens et Futuniens parcourent le monde comme tous leurs concitoyens de métropole et il y a désormais plus de Wallisiens en Nouvelle Calédonie qu'à Wallis.

Dans ce contexte nouveau et alors que l'agence vient de traverser une grave crise financière, le principe de gratuité mérite d'être précisé et gravé dans un règlement particulier définissant les règles et les limites de la gratuité car, à défaut, il pourra être contesté et progressivement mis en cause.

Peut-on accepter aujourd'hui que les visiteurs de notre territoire, qu'ils viennent par air ou par mer, bénéficient d'une gratuité totale, amputant d'autant la part qui est destinée à la santé des wallisiens et des futuniens ?

Si demain, le territoire s'ouvre au tourisme comme les autorités du territoire le souhaitent, les Wallisiens et les Futuniens devront-ils payer pour la santé des touristes ?

Dans la même logique, peut-on accepter que les personnes ayant des droits ouverts à la CAFAT ou dans un autre régime ne soient pas prises en charge par ces régimes ?

Dans la dette à l'égard de la Nouvelle Calédonie, il y avait aussi un certain nombre de charges indues qu'il revenait à la CAFAT d'assurer et que nous avons dû payer faute d'accord préalable avec cet organisme.

Dans les faits, ce sont donc les habitants de notre territoire qui ont donc indirectement contribué au financement du régime de protection sociale des calédoniens.

Pour préserver la gratuité des soins pour les Wallisiens et futuniens vivant sur le territoire, il est nécessaire que les personnes étrangères au territoire paye leur santé comme ils le font dans leur pays d'origine car ce sont aujourd'hui les habitants du territoire qui payent à leur place et souffrent de cette situation.

Si l'on veut sortir de cette difficulté, il faut clairement affirmer le principe de gratuité des soins sur le territoire mais dire aussi à qui il s'adresse et dans quelles conditions.

Il n'est pas normal que les marins de passage ou les calédoniens en villégiature viennent ainsi piller les ressources du territoire.

Pour cela, en accord avec les services de l'Etat, sera instaurée une carte de résident conférant à son porteur le droit à la gratuité des soins sur le territoire et clarifiant leur situation lorsqu'ils séjournent en Nouvelle Calédonie au titre d'une évacuation sanitaire.

Aujourd'hui, comme l'a rappelé récemment un élu, le parcours de soins du malade wallisien ou futunien en Nouvelle Calédonie s'apparente à un parcours du combattant car il n'a pas la qualité d'ayant-droit.

Avec la carte de résident, il pourra s'adresser à une pharmacie conventionnée et obtenir sans formalité et sans délai des médicaments. Il pourra aussi recevoir sans délai dans certains cabinets

infirmiers ou de kinésithérapie les soins ordonnés par le médecin du CHT sans attendre la prise en charge qui s'effectuera ultérieurement.

A plus d'un titre, la mise en service de cette carte peut être considérée comme une priorité :

Elle reconnaît officiellement et pour la première fois le droit du résident à la santé gratuite.

Elle facilite son parcours de soins en Nouvelle Calédonie et lui donne de nouveaux droits.

Elle permet de réduire les charges de l'agence en faisant payer les non-résidents et tous ceux qui bénéficient de la qualité d'ayant-droit de la CAFAT et d'un autre régime.

Une convention sera prochainement signée en ce sens avec cet organisme et d'autres suivront ultérieurement.

Titre 2 : Conforter l'offre de soin de proximité, développer les réseaux et filières, la télémédecine et les coopérations en matière de santé.

Comme nous l'avons souligné, il serait illusoire de penser l'autosuffisance sanitaire du territoire, en sachant par ailleurs qu'en matière de santé, l'autosuffisance reste une notion théorique, chaque territoire, chaque établissement restant tributaire de son voisin dans une logique de chaîne de complémentarité et de solidarité.

A ce titre, Futuna ne disposera jamais du plateau technique de Wallis, Wallis de Nouméa et Nouméa de Sydney ou de Paris mais chacun pourra profiter de l'équipement de son voisin et des équipes spécialisées qu'il est en capacité de mettre à disposition.

Cette logique cependant connaît des limites car, s'il est exclu de disposer sur notre territoire de l'ensemble des services de spécialité permettant d'assurer la prise en charge de toutes les pathologies, il faut avoir pour objectif de mettre en place des réponses de proximité en capacité de traiter l'urgence sanitaire et limitant le recours aux évacuations sanitaires, particulièrement compliquées et coûteuses sur l'archipel.

Sur ce point, il faut rappeler que les contraintes qui pèsent sur l'agence de santé en raison de sa situation géographique n'ont pas d'équivalent parmi les autres territoires de la République.

En zone enclavée de montagne, le territoire métropolitain reste toujours accessible par voie terrestre ou aérienne et Saint-Pierre et Miquelon n'est qu'à quelques encablures de Terre-Neuve ou de la Nouvelle Ecosse.

En matière d'isolement géographique, il y a peu de points du globe aussi éloignés d'une grande terre que notre archipel et les îles avoisinantes n'offrent pas un niveau de développement économique et sanitaire qui permette de les considérer comme de potentiels recours.

On parle souvent de la Nouvelle Calédonie en tant qu'île sœur, mais c'est une parente bien éloignée puisqu'elle est à trois heures d'avion de ligne et à exactement 2134 Kms de Wallis. Par comparaison, Paris est à 2143 Km de Saint Petersburg et c'est la distance de Marseille à Istanbul.

Dans ces conditions, on ne peut pas parler de proximité, avec le handicap supplémentaire d'une desserte aérienne insuffisante et aléatoire.

Dans le meilleur des cas, l'airbus relie Wallis à Nouméa 2 fois par semaine, les lundis mercredis et samedis et le vol du mercredi tend à être de plus en plus souvent supprimé.

En cas d'urgence sanitaire, le vol spécial reste donc la seule solution pour assurer la sécurité des patients avec un coût unitaire qui dépasse 30 000 euros et dont la fréquence augmente avec la diminution du nombre de vols commerciaux.

Faire appel à un vol spécial, c'est aussi être tributaire de délais d'acheminement des équipes et de transport importants : en raison des distances, mais aussi du temps nécessaire pour constituer les équipages et les accompagnements médicaux, il faut attendre près de 12 heures avant que le malade soit accueilli dans un service du CHT de Nouméa.

Et, quand l'avion d'Air Alizé n'est pas disponible, ou quand deux urgences se présentent en même temps, ou bien - n'oublions pas que nous sommes à Wallis - quand le malade présente une corpulence telle qu'il ne peut être pris en charge dans l'un des petits avions d'Air Alizé, alors il ne reste plus que le recours à l'armée qui dépêche un Casa, quand il y en a un de disponible.

Compte tenu de ces contraintes particulières et pour assurer la sécurité des patients, l'agence de santé doit pouvoir mobiliser sur son territoire les équipements et les hommes en capacité d'apporter une réponse immédiate et appropriée : elle devra donc veiller à ce que les structures hospitalières puissent jouer pleinement leur rôle de proximité.

Quelle est aujourd'hui la situation de notre établissement au regard de ces exigences ?

Depuis 2006, des travaux de restructuration ont été effectués et le plateau technique a bénéficié d'un effort particulier en matière d'équipement ce qui permet aux médecins de travailler dans des conditions satisfaisantes en terme de sécurité.

Au titre des satisfactions, on citera le service des urgences qui remplit parfaitement son rôle et peut servir de modèle pour la restructuration des autres services.

C'est en effet un service bien dimensionné, avec une bonne distribution des pièces. Il bénéficie d'une excellente accessibilité et se situe à proximité immédiate de la radiologie, du bloc opératoire, du laboratoire et de la pharmacie : une situation stratégique qu'il convient de conserver.

En revanche, il n'existe aucune possibilité d'extension du service, aucun local avoisinant susceptible d'accueillir le scanner ou quelques lits de soins continus qui pourraient utilement compléter le dispositif et permettre le maintien sur le territoire des certains malades pour lesquels la décision d'évacuation vers Nouméa ne s'impose pas tout en présentant des critères de gravité qui rendent difficile la prise en charge de ces patients en service ordinaire.

Le bloc opératoire lui-même a été restructuré, conforté car il présentait des faiblesses de structure. Il comporte deux salles accessibles par un couloir central et un service de stérilisation respectant le principe de la marche en avant et correctement doté en moyens de stérilisation.

Pour les deux salles d'opérations, l'une est plus particulièrement dédiée à l'orthopédie, l'autre permettant d'accomplir tous les actes ne nécessitant pas d'environnement stérile.

D'une façon générale, les salles sont bien entretenues et le matériel médical récemment acquis est de qualité. C'est un équipement qui, tel qu'il se présente permet à l'établissement de réaliser sa mission. Ce n'est pas un frein au développement de l'activité et il mériterait d'être mieux connu des Wallisiens. Une journée « portes ouvertes » serait sans doute utile pour restaurer une image injustement dépréciée.

Il en va de même de la pharmacie et du laboratoire qui ont bénéficié des travaux conduits depuis huit ans et qui présentent un bon niveau d'équipement. Tous ces services sont en capacité de remplir une mission de premier recours.

En revanche, l'outil diagnostique reste basique et le bâtiment qui l'abrite n'a pas bénéficié d'une restructuration à la hauteur de ce qu'ont connu les autres services. La faute sans doute à l'absence de radiologue pour bâtir un projet et faire fonctionner un service de radiologie digne de ce nom.

Depuis deux ans cependant, la CME a fait le choix de la présence d'un radiologue à temps plein et c'était une décision importante et indispensable à la veille de recevoir et de gérer un scanner.

Le recrutement d'un spécialiste de cette nature est parfaitement cohérent avec la politique nationale de santé si l'on se réfère à la densité de radiologues en métropole qui est de 1,3 radiologue pour 10 000 habitants.

Si le plateau technique avec ces équipements nouveaux peut être considéré comme satisfaisant, il n'en va pas de même pour les locaux d'hospitalisation qui présentent un état de grande vétusté tant à Wallis qu'à Futuna.

A Wallis, sur le site de Sia, les chambres comportent trois lits entre lesquels il est difficile de circuler pour administrer les soins et le confort des patients est plus que sommaire.

En médecine, les chambres d'hospitalisation ne comportent pas de sanitaire ni de douche et les équipements collectifs sont peu adaptés à la corpulence des patients.

L'accès au service de médecine s'effectue par un escalier et par une rampe pour les brancards, mais avec une pente dont l'inclinaison est bien au-delà des normes et qui présente un danger à la fois pour les patients et pour le personnel.

La plupart des chambres ne sont pas équipées de gaz médicaux et on fait usage de grosses bouteilles d'oxygène que l'on installe en tant que de besoin au lit du malade avec tous les risques que cela représente.

Enfin, l'état général est délabré et les quelques travaux de peinture effectués récemment ne maintiendront pas longtemps l'illusion.

A Futuna, la situation n'est pas meilleure avec une grande vétusté des locaux.

Les chambres d'hospitalisation sont plus vastes qu'à Wallis et mieux équipées mais la structure est vieillissante, le toit présente des marques de rouille inquiétantes et le service d'accueil et d'urgence est totalement inadapté à sa fonction.

Quelques travaux d'amélioration ont été réalisés et l'image de l'hôpital est en train de changer peu à peu. La toiture sera remise à neuf dans les mois à venir mais des travaux importants doivent être réalisés afin de permettre à cet établissement de remplir sa tâche.

Futuna, plus encore que Wallis, est soumise aux aléas de la desserte aérienne avec une piste qui ne permet dans les conditions actuelles que d'accueillir de petits avions de type Twin Otter. Pour des raisons techniques ou climatiques, l'île peut donc rester isolée plusieurs jours ce qui rend nécessaire un plateau technique limité mais de bonne qualité et un service d'urgence en capacité de traiter un malade plusieurs jours en soins intensifs avant d'effectuer son transfert vers Wallis.

Pour tout cela, il est indispensable de mettre en place de manière progressive un programme de travaux important incluant des constructions neuves afin d'accroître la sécurité et le confort des patients.

Objectif n° 8 : Développer le plateau technique de radiologie

Dans un hôpital de proximité très éloigné de tout autre plateau technique, la fonction diagnostic est essentielle pour la sécurité du patient.

L'établissement doit donc mettre à la disposition du médecin un environnement technique adapté lui permettant d'établir un diagnostic et de se prononcer sur le maintien du malade dans les services de l'agence ou de son transfert vers un autre établissement.

En ce qui concerne le laboratoire d'analyse médicale, l'achat récent d'automates permet de disposer désormais d'un service à la hauteur des missions qui lui sont confiées.

En revanche, l'équipement radiologique reste minimaliste avec deux appareils de radiologie conventionnelle implantés à Wallis et à Futuna, un panoramique dentaire et un appareil de mammographie acquis récemment et l'absence de scanner se fait cruellement sentir.

Cette absence de scanner n'est pas sans conséquence. En termes d'évacuation sanitaire tout d'abord car, pour éviter toute perte de chance, on procède à l'évacuation sanitaire de patients qui auraient pu être pris en charge sur le territoire si un examen par scanner avait été possible.

En termes aussi d'attractivité pour les professions médicales car on ne trouvera plus prochainement de médecin urgentiste qui accepte de travailler dans un territoire aussi isolé sans pouvoir disposer d'un scanner.

Le scanner est en cours d'acquisition et son installation interviendra avant la fin de l'année 2016. Il viendra ainsi compléter utilement le plateau technique.

A ce stade, nous aurons donc franchi une étape importante en termes d'équipement mais dans des locaux qui ne facilitent pas le circuit du malade. Compte tenu de l'absence d'espace disponible dans les bâtiments existants, le scanner sera en effet installé dans un bâtiment provisoire situé à l'extérieur et l'accessibilité ne sera pas parfaite.

Nous avons par ailleurs rappelé que le service des urgences lui-même était très exigu, sans possibilité de développement ultérieur et en particulier d'installation de lits de soins continus.

Il restera donc à poursuivre la réalisation du plan directeur et à reconstruire par étape l'hôpital en privilégiant la solution d'un regroupement dans un lieu unique du service de radiologie en y incluant un espace dédié aux bureaux médicaux et aux consultations d'échographie.

Le lieu d'implantation reste à déterminer mais il doit être à proximité du service des urgences afin de faciliter le circuit du patient.

Objectif n° 9 : Accroître la sécurité des personnes hospitalisées et des biens

Comme nous l'avons dit précédemment, une partie de l'hôpital de Sia a fait l'objet de travaux importants au cours de ces dernières années. Nous restons cependant très éloignés des standards nationaux et, pour l'hospitalisation, les conditions de sécurité restent encore précaires.

Un début d'incendie en 2014 dans le service de chirurgie nous a permis de constater qu'il n'y avait pas de détection incendie dans les services d'hospitalisation, que les rares extincteurs n'avaient pas été révisés depuis leur date d'acquisition en 2009 et que la formation des personnels n'avait pas été assurée.

Depuis cette date, des détecteurs ont été installés et les extincteurs ont repris leur place normale, mais il s'agit de solutions palliatives permettant d'apporter une réponse immédiate à un grave problème de sécurité sans pour autant résoudre le problème de la vétusté et de l'inadaptation des structures.

Dans les services de soins, il n'existe pas de réseau de fluides et l'approvisionnement est assuré par bouteilles que l'on installe au lit du malade.

Le maniement de ces bouteilles et leur implantation au lit du malade ne va pas sans risque à la fois pour le malade et pour les personnels.

Il n'y a par ailleurs aucune sécurité en matière d'approvisionnement et nous restons à la merci d'une rupture d'approvisionnement liée à des questions météorologiques ou sociales.

Malgré les progrès effectués, la situation reste donc précaire et on ne saurait passer non plus sous silence le problème de la rampe qui permet à un malade couché d'être conduit vers le service de chirurgie.

Cette rampe est hors norme. Elle représente un danger à la fois pour le malade et le personnel. Seule l'installation d'une monte malade pourra améliorer cette situation critique et son installation doit être considérée comme une priorité absolue de notre plan directeur.

Objectif n° 10 : Humaniser les hôpitaux

Malgré les travaux réalisés, les deux hôpitaux de Sia et de Kaleveleve n'offrent pas une image conforme à ce que l'on est en droit d'attendre d'un établissement hospitalier français.

Les couloirs qui desservent les services sont dégradés par l'humidité et les graffitis. La plupart des chambres comportent trois lits et sont équipées d'un petit lavabo mal protégé. Les toilettes sont collectives et le plus souvent inadaptées à la corpulence des patients.

Les familles des malades fournissent les draps et les installent, restant au service du malade le temps de son hospitalisation. Souvent, une natte complète le dispositif et permet à l'accompagnant, souvent appelé garde malade, de dormir à même le sol.

Cette pratique est coutumière sur le territoire mais elle devra évoluer: respecter les règles d'hygiène et mener à son terme une démarche qualité dans les conditions actuelles est mission impossible.

Il faut rappeler aussi que les wallisiens quittent volontiers leur île notamment pour être hospitalisés à Nouméa où ils trouvent des conditions d'hospitalisation plus proches de ce que l'on est en droit d'attendre aujourd'hui.

On ne peut donc plus se satisfaire de cette situation indigne à plus d'un titre, qui éloigne le patient de l'hôpital et peut constituer les bases d'une médecine à deux vitesses.

Des travaux d'humanisation devront donc être réalisés. Une étude conduite par le cabinet d'assistance à la maîtrise d'ouvrage ICADE concluait à la nécessité de reconstruire une grande partie de l'hôpital.

Un appel d'offre récent nous a montré cependant qu'en raison du coût hors norme de la construction sur le territoire, l'agence n'était pas en capacité financière de procéder en une seule étape à ces travaux de restructuration lourde.

Une méthodologie différente sera proposée sous la forme d'opérations « tiroir » dont le coût pourra s'inscrire dans l'enveloppe de crédits figurant dans le prochain contrat de développement.

Les opérations de restructuration et d'humanisation seront ensuite conduites progressivement en fonction des crédits disponibles.

Objectif n° 11 : Construire un nouveau service d'urgence à Futuna ainsi qu'une unité de dialyse

L'hôpital de Sia est l'hôpital du territoire, c'est l'hôpital des wallisiens et des futuniens et chacun est bien conscient qu'on ne peut dupliquer les structures sans les fragiliser plus encore.

Compte tenu de la fragilité des liaisons entre les deux îles, Futuna doit posséder cependant une structure hospitalière adaptée, car il faut assurer la sécurité des patients en attente de transfert par voie aérienne, un transport qui est lié aux conditions météorologiques et reste donc aléatoire.

On rappellera que par vent du nord, l'île reste inaccessible aux petits Twin Otter qui desservent l'île et ces conditions météo peuvent se poursuivre plusieurs jours.

Pendant ce délai et en attente de transfert aérien, les soins d'urgence voire les actes de réanimation doivent être assurés.

Les locaux du service d'urgence de l'hôpital de Kaleveleve sont supposés répondre à cette exigence mais ils sont vétustes et peu adaptés à la surveillance d'un malade en surveillance continue.

Il n'existe pas de salle d'attente ni de box permettant une individualisation des soins. La prise en charge simultanée de plusieurs patients est problématique et le respect de la confidentialité n'est pas assuré.

Il faudra donc reconstruire ce service en priorité.

En matière d'humanisation, les chambres des malades devront être rénovées avec une élévation du niveau de sécurité. Tout ce qui a été évoqué sur ce point concernant Sia est applicable à Kaleveleve qui connaît les mêmes problèmes.

Par ailleurs, et suite à la visite sur l'île du Président de la République, il a été décidé d'implanter sur l'île de Futuna une unité de dialyse.

Il s'agit d'une opération importante qui répond à une aspiration profonde des malades dialysés et de leur famille.

A l'heure actuelle, les patients futuniens qui doivent bénéficier de soins de dialyse sont pris en charge sur Wallis ou à Nouméa : c'est pour chaque famille une longue et douloureuse séparation et on peut penser que le nombre de personnes concernées ne va pas aller en diminuant dans les prochaines années si on en croit l'évolution de l'insuffisance rénale chronique dans la population.

L'implantation d'une unité de dialyse à Futuna répond donc à une contrainte de nature médicale mais elle vise aussi à préserver la qualité de vie de la personne.

Les travaux menés avec l'association calédonienne pour le traitement des insuffisances chroniques rénales (ATIR) ont conduit à la conclusion que les locaux hospitaliers n'étaient pas adaptés et qu'il convenait de créer de toute pièce une structure nouvelle.

C'est donc une opération immobilière importante qu'il convient de réaliser afin d'offrir aux futuniens des conditions de prise en charge égales à celles de Wallis ou de Nouméa.

Objectif n° 12 : Développer les réseaux et filières de soin et établir pour cela des conventions

Notre territoire abrite environ 12 000 habitants et les projections démographiques ne vont pas dans le sens d'un accroissement de la population.

En matière d'équipement ou d'équipes médicales, les réponses apportées ne pourront que répondre à une mission d'urgence et de médecine de proximité et nous resterons toujours tributaires d'établissements de recours pour les pathologies nécessitant des équipes spécialisées et des équipements de haute technologie.

Certes, le scanner nous permettra de franchir une étape et rien n'interdit de penser que dans les prochaines années, nous pourrions disposer d'une IRM.

Mais ces équipements auront essentiellement une visée diagnostique, les actes les plus complexes étant confiés à des établissements habilités à les accomplir dans un contexte de sécurité maximale.

Pour donner vie à un tel dispositif, les relations entre les hommes et les établissements revêtent une particulière importance dans une logique de réseaux et de filières de soins.

Pour notre territoire, compte tenu de sa situation géographique et de son histoire, la Nouvelle Calédonie représente un partenaire privilégié et l'accord particulier conclu entre les deux territoires sous l'égide de l'Etat offre un cadre approprié pour le développement de relations confiantes et partenariales.

Au cours des années précédentes, cette démarche avait été mise en sommeil en raison de la question de la dette qui empoisonnait les relations entre Wallis et les institutions de Nouvelle Calédonie, qu'il s'agisse du CHT ou de la CAFAT.

Cet obstacle étant effacé, toutes les conditions sont désormais réunies pour que le CHT et ses équipes deviennent des partenaires privilégiés.

Plusieurs événements récents conduisent à penser qu'il en va ainsi : une équipe administrative et médicale du territoire de Wallis et Futuna s'est rendue il y a quelques mois en Nouvelle Calédonie et un protocole d'accord a été conclu entre les diverses institutions sous l'égide des deux gouvernements.

A ce titre, l'ADS, le CHT et la CAFAT ont reçu pour mission de rédiger dans les meilleurs délais des conventions de partenariat.

Quelques semaines plus tard, une mission administrative et médicale du CHT s'est rendue à Wallis. Elle a pu visiter l'agence et rencontrer ses équipes, tout cela dans un climat de confiance retrouvée.

La première marque tangible de cette volonté nouvelle de travailler avec l'agence de santé nous a été donnée très récemment par le service de cardiologie du CHT qui a effectué une première mission en rythmologie qui doit ouvrir la voie à d'autres missions de cardiologie.

Il reste donc à signer une convention cadre avec le CHT pour que ces démarches individuelles s'inscrivent dans une logique plus institutionnelle.

Le cadre général auquel il peut être fait référence existe puisque la loi organique du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle Calédonie prévoit dans son article 225 que « les relations de la Nouvelle Calédonie avec le territoire des îles Wallis et Futuna seront précisées par un accord particulier ».

Cet accord particulier, signé le 1^{er} décembre 2003 entre l'Etat la Nouvelle Calédonie et Wallis et Futuna constitue un accord cadre pouvant donner lieu à des conventions sectorielles.

Dans son article 5, cet accord évoque la protection sociale et « en matière de santé de nature à maintenir les populations de Wallis-et- Futuna sur le territoire ».

La dernière commission de suivi en date du 13 janvier 2012 a indiqué que l'agence sanitaire et sociale de Nouvelle Calédonie pouvait appuyer le territoire de Wallis-et-Futuna dans la définition d'une politique de prévention des risques sanitaires et de lutte contre les maladies non transmissibles ainsi que dans l'élaboration d'un programme de prévention.

Il ne reste donc plus qu'à finaliser une convention avec un large et ambitieux objectif : mieux accueillir et prendre en charge les urgences adressés au CHT, participer aux missions de spécialité, mettre à disposition des compétences et partager des temps de personnels médicaux et soignants, voire techniques.

La convention devra aussi conforter les liens entre les systèmes de gestion et les équipes de direction en adoptant un principe de réciprocité et de totale transparence.

C'est dans ce contexte apaisé qu'on pourra évoquer la question du parcours de soins des patients au CHT et des durées de séjour afin de limiter le temps d'hospitalisation, de faciliter le retour au pays et de réduire ainsi le coût global de l'hospitalisation.

Comme on peut le voir, le champ des possibles est considérable et on peut en attendre des avancées positives tant en termes de sécurité sanitaire que de maîtrise des coûts.

On évoquera aussi les nécessaires partenariats avec l'hospitalisation privée qui est en cours de restructuration avec l'ambition de construire un groupe hospitalier privé de première grandeur et le CHS.

Objectif n° 13 : Adapter le Système d'Information et développer la télémédecine

Les partenariats que l'on vient d'évoquer n'atteindront leur plein développement que par la mise en place d'un système d'information qui permet la transmission des données notamment médicales.

A ce jour, nous disposons d'une salle de visio-conférence fonctionnelle qui permet l'échange de parole et d'image mais la transmission de données médicales reste à l'état expérimental, limitée à la fois par une bande passante très insuffisante et par un système d'information qui n'est pas à la hauteur des enjeux.

Le système Asclépios qui permet de traiter les données médicales à l'Agence de santé est un logiciel métier destiné aux médecins installés dans des cabinets libéraux. Ce n'est pas un système prévu pour l'hôpital et sa compatibilité avec le SI du CHT reste à démontrer.

Cette question du SI et de la télémédecine reste donc une affaire d'avenir mais rien ne nous empêche dès à présent de construire pierre à pierre ce dispositif.

Le système Asclépios en effet n'est pas parfait mais il dispose de fonctionnalités notamment en matière d'épidémiologie qui ne sont pas exploitées.

Pour l'avenir, l'adoption d'un système d'information, soit compatible avec celui du CHT, soit identique, ouvrirait la voie à un partenariat élargi en matière de partage et d'exploitation de l'information médicale, et pourquoi pas, à la réalisation d'un Département d'Information Médicale (DIM) unique et commun aux deux établissements.

L'amélioration de notre système d'information doit aussi avoir pour effet de faciliter le développement de la télémédecine.

Cette discipline d'avenir est actuellement balbutiante avec quelques expérimentations dans des domaines tels que l'ORL ou la dermatologie, mais le champ des possibles est immense à partir du moment où on dispose de partenaires disposés à jouer le jeu et de moyens techniques en particulier de transmission qui facilitent la réalisation des actes de télémédecine.

Si l'on considère que la question du partenariat avec le CHT est résolue et que le câble va nous offrir une liaison de haut débit d'ici deux ans, on voit que désormais toutes les conditions sont réunies pour un développement rapide des actes de télémédecine, téléconsultation et télé expertise notamment.

Compte tenu des enjeux tant en matière économique que de santé publique, cette orientation doit être privilégiée.

Titre 3 : Préserver l'équilibre budgétaire afin d'éviter la reconstitution de la dette.

Nous l'avons rappelé précédemment, le retour à l'équilibre budgétaire reste un objectif prioritaire pour notre établissement afin de lui permettre d'accomplir sa mission en toute sérénité.

Notre territoire et sa population ont suffisamment souffert de la dette et de ses conséquences pour que nous accordions à cette question une importance toute particulière.

Dans ce contexte particulier, l'effacement de la dette est un soulagement pour notre agence mais plus encore pour les Wallisiens et futuniens qui doivent recevoir des soins en Nouvelle Calédonie.

Il est donc aujourd'hui de la plus haute importance de ne pas sombrer de nouveau dans la spirale maléfique de l'endettement et tout doit être fait pour préserver les équilibres.

Comme nous l'avons rappelé, tout ne dépend pas car l'insuffisance de la dotation a pour une large part contribué à la création de la dette.

Une partie de notre avenir dépend donc étroitement de la générosité de l'Etat, mais nous devons aussi à notre niveau tout mettre en œuvre afin de contribuer au retour à l'équilibre.

Pour cela, les recettes sont connues et peu originales : il s'agit à la fois de maîtriser les dépenses et de dynamiser les recettes.

En ce qui concerne la maîtrise des dépenses, des pistes existent que nous allons proposer, mais il ne faut pas oublier que de nombreuses charges ne sont pas encore couvertes par la dotation et que l'état de santé de la population se dégrade avec des pathologies de plus en plus lourdes et coûteuses.

Sur ce dernier point, les données épidémiologiques restent parcellaires et nous ne disposons pas d'études pertinentes pour décrire quantitativement cette évolution inquiétante mais quelques chiffres cependant permettent d'en donner une image.

Le premier point concerne l'évolution du coût des EVASAN qui a continué à croître en dépit d'une diminution des cas traités. Nous envoyons donc en soins à Nouméa ou ailleurs un nombre moins important de malades que les années précédentes, mais la durée de leur hospitalisation et le coût des soins continuent à croître de façon régulière et inquiétante ce qui semble indiquer une plus grande gravité des cas traités.

Le second point concerne l'accroissement du nombre de malades souffrant d'insuffisance rénale chronique ainsi que le nombre de malades dialysés.

Jusqu'en 2008, le nombre de patients dialysés restait inférieur à 9 et il a depuis cette date connu une évolution constante pour atteindre un premier seuil de 15 patients en 2012, dépasser 18 en 2013 et atteindre en 2016 le seuil de 28 patients.

En quelques années, le nombre de malades dialysés a donc été multiplié par 3 et les coûts ont évolué en raison même de cet accroissement et rien n'indique que la tendance puisse s'inverser dans les prochaines années.

On rappellera aussi que l'agence ne dispose toujours pas de section d'investissement et qu'elle reste son propre assureur aussi bien pour les biens que pour les personnes ce qui est une position inconfortable voire dangereuse.

Tout cela doit nous conduire à la plus grande modestie car les résultats attendus devront aussi prendre en compte ces tendances lourdes.

Objectif n° 14 : Développer l'activité

L'agence exerce une mission de soins de proximité et, comme nous l'avons rappelé, elle n'a ni les moyens ni la vocation à prendre en charge toutes les pathologies. Elle a donc été amenée à confier à d'autres acteurs de la région ou du monde la partie de l'offre de soins qu'elle n'était pas en mesure d'assurer et cette démarche a été menée dans l'intérêt même des patients wallisiens et futuniens.

Dans ce contexte, les évacuations sanitaires sont de pratique courante et elles le resteront.

On est en droit cependant de s'interroger sur les limites qu'il conviendrait d'apporter à ces pratiques. Les statistiques d'activité de ces dernières années montrent en effet que, malgré la baisse de la population de l'archipel et le développement du plateau technique, les EVASAN n'ont pas diminué même si l'an dernier, elles ont eu tendance à se stabiliser.

On ne peut se satisfaire de cette situation : un hôpital n'a pas vocation à sous-traiter ses missions de soins et la poursuite de cette tendance pourrait porter à terme préjudice à notre institution.

Le projet médical voté récemment conforte cette option volontariste d'un développement de l'activité. Cet objectif est ambitieux et il exige qu'un certain nombre de conditions préalables soient réunies.

En ce qui concerne l'attractivité, nous avons dit tout l'espoir que nous mettions dans la réalisation du plan directeur et dans la mise en service de nouveaux outils diagnostiques. Un hôpital rénové et un plateau technique conforté doivent améliorer son attractivité.

Dans ce contexte d'un hôpital offrant un nouveau visage, l'arrivée du scanner constitue un élément particulier qui peut être de nature à inverser cette courbe des EVASAN.

Certes, certains examens se concluront naturellement par des soins qui ne pourront être dispensés sur le territoire, mais le diagnostic pourra être établi à Wallis et l'examen transmis aux équipes médicales des établissements receveurs. Cela permettra d'éviter des évacuations inutiles mais aussi de mieux préparer une éventuelle hospitalisation et d'en limiter la durée.

Le développement des missions constitue aussi une voie importante de développement de l'activité et de maîtrise des EVASAN. Mieux vaut faire venir un médecin plutôt que d'envoyer en consultation un groupe de patients et l'amélioration de la fréquence des missions doit apporter à la fois une meilleure sécurité et une diminution du nombre des consultations à Nouméa.

Dans cet environnement conforté, l'agence de santé devra également ouvrir la porte à de nouvelles activités.

La liste ne saurait être exhaustive, mais il faut développer les soins des plaies, ouvrir une unité de dispensation des cytotoxiques et développer notre mission de postcure et de réadaptation.

Ce dernier point revêt un aspect particulièrement important à la fois pour le développement de l'activité à Wallis ou Futuna et pour la maîtrise des coûts.

Les exemples sont nombreux d'hospitalisations dans les services de santé calédoniens dont on pourrait limiter la durée par accord mutuel entre les équipes de soins.

Cela concerne les malades en fin de vie pour lesquelles les soins palliatifs pourraient être effectués à Wallis.

Cela peut concerner aussi les malades hospitalisés pour une prothèse dans un service de chirurgie et qui pourraient effectuer leur rééducation à Wallis et à Futuna.

Et cela concerne plus encore les malades admis en médecine et en particulier en service de neurologie et qui ne justifient plus de soins aigus.

Cette question des patients hospitalisés en service de neurologie au CHT de Nouvelle Calédonie est particulièrement d'actualité et nous avons été saisis récemment d'une demande de ce service visant à établir des protocoles de sortie et de retour pour des patients qui ne justifient plus de soins actifs et qui pourraient être pris en charge sur le territoire avec l'aide de l'entourage familial.

Le champ restant à explorer est vaste et la convention en cours de négociation avec le CHT ouvrira la voie à d'autres évolutions dans un intérêt mutuel des institutions et des familles.

Objectif n° 15 : Préserver l'équilibre financier et éviter le retour de la dette

La question de la dette et de ses conséquences sur la prise en charge des patients hors du territoire est suffisamment présente à l'esprit de chacun pour qu'il ne soit pas nécessaire de s'appesantir sur l'urgente nécessité de retrouver l'équilibre budgétaire.

Ce qui pourrait en d'autres points du globe n'être que question matérielle et technique est devenu ici politique ouvrant la porte au communautarisme et à une certaine forme d'ostracisme à l'égard des Wallisiens et Futuniens.

Revenir à l'équilibre budgétaire n'est donc pas seulement une impérieuse nécessité en termes économiques mais aussi la condition pour que la prise en charge des patients s'effectue dans de bonnes conditions.

Pour revenir à l'équilibre, il n'existe que deux voies, soit augmenter les recettes, soit maîtriser, voire diminuer les dépenses et, compte tenu de l'ampleur du déficit, il serait souhaitable que ces deux mesures se conjuguent pour obtenir l'effet voulu.

La maîtrise des dépenses semble représenter l'espoir le plus immédiat pour atteindre nos objectifs, le levier sur lequel on peut agir sans délai ce qui ne veut pas dire qu'il est simple à activer car sur un certain nombre de postes de dépenses, la dotation permet seulement de répondre à l'essentiel. Il en

va ainsi du groupe 1 c'est-à-dire des dépenses liées à l'emploi des personnels médicaux et non médicaux.

En matière de personnels, les effectifs ne sont pas pléthoriques et, pour les personnels médicaux, nous sommes encore loin de disposer d'un effectif comparable à celui de la métropole, qu'il s'agisse des généralistes ou des hospitaliers.

Pour les personnels non médicaux, les rapports successifs ont souligné la proportion trop élevée d'emplois non qualifiés en particulier à Futuna où neuf agents ont été recrutés au titre des emplois fonciers.

Leur transformation progressive en emplois qualifiés permettrait d'assurer une meilleure couverture sanitaire de la population, mais sans diminution significative du coût tant les besoins non couverts actuellement restent nombreux.

Dans ce groupe de dépenses, la voie la plus prometteuse reste la promotion professionnelle afin que progressivement les emplois spécialisés soient occupés par des wallisiens sous convention et non par des fonctionnaires détachés ou des intérimaires dont le coût est prohibitif.

Une étude récente a permis de montrer que le différentiel entre ces deux modes de rémunération était tel que le retour sur investissement de la promotion professionnelle ne dépassait pas trois ans. Il faut cependant dans un premier temps investir et les dividendes ne seront pas immédiats.

On peut aussi espérer que le retour à des relations confraternelles avec les équipes médicales de Nouvelle Calédonie permettra de limiter le recours aux médecins métropolitains et de limiter ainsi les coûts de transports même de façon marginale.

Mais les postes sur lesquels on peut bâtir les espoirs les plus grands ne relèvent pas du groupe 1 de dépenses.

Le groupe qui a connu l'expansion la plus rapide et la plus significative est en effet le groupe 2 qui regroupe l'ensemble des coûts liés au traitement des malades à l'extérieur ou dont la couverture a été confiée à d'autres acteurs du territoire.

Pour ces derniers, l'espoir d'une maîtrise des dépenses reste faible cependant, car il s'agit essentiellement des dépenses liées à la dialyse qui comme on le sait ont explosé au cours des précédents exercices.

Maîtriser cette évolution des coûts reste aléatoire tant le nombre de malades présentant une insuffisance rénale chronique reste important sur le territoire. On ne peut en l'état actuel des choses qu'espérer une stabilisation de la courbe qui reste liée dans un premier temps au développement des greffes et à plus long terme aux résultats attendus d'une meilleure hygiène de vie.

Pour les malades traités à l'extérieur du territoire, il faut distinguer le coût du transport aérien et celui des soins dans les établissements, ce dernier poste étant de loin le plus important.

En ce qui concerne les frais de transports, les espoirs résident dans plusieurs actions qui, cumulées, peuvent permettre une maîtrise voire une diminution des coûts.

Les premières mesures concernent la réduction du nombre des EVASAN en sachant que ce terme est ambigu et souvent mal utilisé car il confond la véritable évacuation d'urgence et ce qu'en d'autres lieux nous qualifierions seulement de transports sanitaires.

En ce qui concerne les transports sanitaires d'urgence, les plus coûteux puisqu'une évacuation par avion sanitaire dépasse 30 000 euros et peut même atteindre 100 000 euros s'il s'agit de mobiliser un Casa de l'armée de l'air, le coût n'ira pas en diminuant car l'état sanitaire particulièrement dégradé de la population justifie des interventions en urgence plus nombreuses chaque année et cette tendance ne s'inversera pas de sitôt.

On ajoutera que la diminution des vols commerciaux assurés par Aircalin avec la suppression de plus en plus fréquente des vols les mercredis crée une situation nouvelle qui ne peut que conduire à un accroissement de ces évacuations par vol spécial.

Dans ces conditions, le seul espoir réside dans une meilleure gestion des transports sanitaires afin d'en réduire à la fois le nombre et le coût. Pour cela, plusieurs pistes peuvent être proposées :

On évoquera en premier lieu la multiplication des missions de spécialités : Il vaut mieux en effet déplacer un spécialiste ou une équipe de spécialistes que 50 malades en sachant toutefois que le coût des missions doit venir en déduction de l'avantage financier attendu.

La seconde mesure porteuse d'avenir concerne le développement de la télémédecine.

Sur ce point, tous les espoirs sont permis en raison tout d'abord de la confiance retrouvée des équipes médicales calédoniennes qui sont nos premiers partenaires, mais aussi grâce à l'arrivée prochaine du câble qui devrait desservir Wallis et Futuna fin 2017. C'est une magnifique opportunité d'accroître la sécurité de la population en zone isolée mais aussi de limiter le nombre de consultations médicales réalisées en Nouvelle Calédonie.

Dans ce domaine également, des économies peuvent être réalisées en limitant le nombre des billets « open » et en reprenant la gestion de l'aérien qui en d'autres temps a été confiée à la société MEDEVAC pour des raisons de commodités que rien ne justifie plus aujourd'hui.

Ce qui est en effet capital pour notre territoire et restera objet d'un marché, c'est la réponse à l'urgence avec mise à disposition d'aéronefs équipés pour le transport sanitaire d'urgence et médicalisés par des équipes médicales et soignantes rompues à ce type d'exercice.

Tout le reste, à savoir la gestion administrative des transports sanitaires d'urgence, pourrait être traitée en régie avec des économies non négligeables.

Il convient cependant de raison garder : des études en effet ont pu laisser penser que des économies substantielles pouvaient être attendues de la diminution du nombre des EVASAN. Un objectif de 30% de diminution du nombre des transports avait été avancé qui est un chiffre ambitieux mais qui pourrait être atteint.

Dans cette hypothèse haute, il faut rappeler que l'économie réalisée ne dépassera pas le coût représenté par 300 allers et retours entre Wallis et Nouméa soit environ 300 000 euros, bien loin des millions d'euros évoqués parfois.

La réduction du nombre des transports aériens n'est pas la seule piste d'économies. Il ne faut pas oublier que le premier poste de dépenses du groupe 2 concerne les hospitalisations à Nouméa et en métropole.

Jusqu'à présent, il n'a pas été possible d'ouvrir ce chantier mais la perspective des conventions en cours de rédaction et notamment celle qui concerne les relations entre l'ADS et le CHT va changer la donne.

Au sein de cette convention en effet est abordée la question du parcours du patient et de la durée de séjour, deux données essentielles pour maîtriser les coûts de l'hospitalisation.

Dans la situation présente, les relations entre les établissements se limitent à un adressage de patients par l'Agence sans notion de filière et à quelques échanges de courtoisie entre praticiens.

Un malade envoyé à Nouméa nous échappe et il poursuit son hospitalisation au CHT sans que les modalités ou la durée de cette hospitalisation puisse faire l'objet d'une quelconque maîtrise de la part du payeur. Or la note payée par l'ADS dépend étroitement de la durée de séjour puisque la facturation s'effectue en vertu du principe du prix de journée.

Cet état de fait dépasse les murs du CHT et on citera pour exemple la situation des patients adressés pour une prothèse totale de hanche au CHT, qui poursuivent leur prise en charge en soins de suite et de rééducation à Nouméa et y reçoivent des soins alors que l'Agence dispose de soignants, de kinésithérapeutes et du matériel adapté à leur prise en charge sur le territoire.

Toutes ces questions sont évoquées au sein de la convention CHT-ADS et on peut espérer que ce nouveau mode de partenariat se traduira par une stabilisation voire une diminution de ce poste important de dépenses.

Il faudra aussi travailler sur les recettes, ce qui n'est pas simple puisque la quasi-totalité de notre budget résulte de la dotation globale accordée par l'Etat. L'équilibre de nos comptes résultera donc avant tout du niveau de dotation qui nous sera attribuée car, quels que soient les efforts entrepris, ils resteront vains si l'écart entre le niveau de dotation et celui des dépenses obligatoires n'est pas réduit.

Sur ce point, tous les espoirs sont permis puisque le Président de la République lors de son récent passage sur le territoire a promis que la dotation serait enfin remise à niveau. Le budget 2017 sera élaboré en ce sens mais il faut rappeler que, sans aide de fin d'exercice, l'exercice 2016 s'achèvera sur un déficit de l'ordre de 3 millions d'euros.

Si la dotation reste la source principale de recette, rien n'interdit à l'Agence de se mobiliser pour dégager des recettes supplémentaires.

Dans son article L.731-7, le code de la santé publique précise que les « les ressources de l'agence de santé comprennent notamment, en sus de la dotation de l'Etat, les concours qu'elle peut recevoir du territoire ou d'organismes publics ou privés et la participation des usagers en fonction de leur ressources. »

En ce qui concerne le territoire, l'assemblée territoriale, avait dans sa séance du 5 décembre 2012 émis un vœu pour qu'une mission d'étude sur la fiscalité soit menée sur le territoire.

Rien n'interdirait qu'elle puisse étendre son domaine de d'étude à la santé en étudiant la question des recettes affectées car, si elle n'a pas la responsabilité de la gestion de la santé sur le territoire, elle dispose du pouvoir de taxation sur le territoire et elle est concernée par les questions de prévention.

La plupart des pays du Pacifique, qui disposent pourtant d'un niveau de développement économique bien inférieur à l'archipel, ont choisi d'emprunter cette voie et appliquent un niveau de taxe élevé sur certains produits dont ils affectent une partie des recettes à la prévention.

Tabac et alcool sont en première ligne et Il en va de même des produits gras et sucrés pour lesquels certains Etats ont choisi d'instaurer des taxes progressives en fonction du taux de graisse, de sucre ou de sel.

On rappellera pour mémoire qu'en métropole, une vignette a été instaurée sur l'alcool dont le produit alimente les caisses de la Sécurité Sociale.

Et ce n'est que justice car l'intempérance et les mauvaises pratiques alimentaires sont sources de dépenses importantes à la charge de notre système de santé.

De la même manière, l'Assemblée Territoriale pourrait montrer son intérêt en matière de préservation de l'environnement en taxant les véhicules les plus polluants qui ne manquent pas sur le territoire en instaurant une vignette ou un malus, le produit de cette taxe étant affecté au financement la santé.

Pour le second point, à savoir la participation des usagers en fonction de leurs ressources, et même si ce principe figure dans l'ordonnance du 13 janvier 2010, cette proposition semble à la fois inapplicable et inopportune.

Inapplicable, car en l'absence d'imposition des revenus, les ressources des familles ne sont pas connues avec une impossibilité de fait de calculer un quotient familial qui pourrait servir de base de tarification.

Inopportune, car une grande partie de la population ne dispose pas de revenus.

Il semble donc illusoire de faire payer les soins à la population du territoire et tout doit être fait pour que le principe de gratuité soit affirmé et conforté pour les ayants-droits.

En revanche, le principe du paiement des soins pour les personnes ne possédant pas la qualité de résident doit être appliqué et mis en œuvre.

EN CONCLUSION

L'adoption par les instances de notre agence de santé de ce projet stratégique constitue une étape importante qui succède au projet médical et permet de le mettre en œuvre.

C'est un plan d'action volontariste qui a aussi pour mission d'assurer une continuité dans la conduite des affaires de l'agence.

A plusieurs reprises, les élus et représentants coutumiers ont souligné les difficultés qui résultaient d'une succession rapide de gestionnaires pour conduire les affaires de l'agence. Ils aspirent naturellement à la continuité et ce document est destiné à répondre à leur attente.