



16ème législature

Question N° : 10430	De M. Jean-Philippe Nilor (La France insoumise - Nouvelle Union Populaire écologique et sociale - Martinique)	Question écrite
Ministère interrogé > Santé et prévention		Ministère attributaire > Santé et prévention
Rubrique > outre-mer	Tête d'analyse >L'ajustement du coefficient géographique aux besoins des hôpitaux	Analyse > L'ajustement du coefficient géographique aux besoins des hôpitaux.
Question publiée au JO le : 25/07/2023 Réponse publiée au JO le : 12/12/2023 page : 11292 Date de changement d'attribution : 21/07/2023		

Texte de la question

M. Jean-Philippe Nilor interroge M. le ministre de la santé et de la prévention sur l'ajustement du coefficient géographique aux besoins des hôpitaux Si en France 6 hôpitaux sur 10 accusent un déficit, en outre-mer, il affecte tous les établissements et leur impose un fonctionnement dégradé, ce qui constitue, *in fine*, une rupture d'égalité face aux soins. Cette situation qui accroît le sentiment d'injustice et de mise en danger ressentie par les populations - à juste titre - résulte de la nette sous-évaluation, délibérée, du coefficient géographique dès sa création en 2006. Visant à compenser les surcoûts supportés par les établissements de santé, il ne prend pas suffisamment en compte les contraintes objectives spécifiques aux territoires : coût d'importation des médicaments et matériels médicaux ; coûts de stockage, frais de maintenance et d'obsolescence résultant de l'insularité ; salaires majorés de 40 %, représentant 70 % de la dépense des hôpitaux ; incidences du vieillissement des populations sur le système de santé ; taux élevé de la mortalité infantile ; impacts financiers et organisationnels des urgences liées aux maladies chroniques : AVC, diabète, hypertension artérielle, obésité, dont la prévalence est supérieure dans ces territoires, conséquence des innombrables scandales sanitaires connus. Autre incohérence, il exclut un certain nombre d'activités telles que les consultations et les missions d'intérêt général (SAMU, SMUR, la recherche) générant un déficit structurel des hôpitaux, des pénuries, une gestion permanente de l'urgence délétère et des conditions de travail déplorables. Car, en 17 ans, ce coefficient géographique n'a évolué que de façon infinitésimale : 4 points pour la Guyane, 2 pour les Antilles et 1 pour La Réunion. Un « dilemme » s'impose donc chaque mois, entre paiement du personnel et paiement des factures. En outre, les délais de paiement de plus de 300 jours, subis par les fournisseurs, mettent à mal le tissu économique local déjà fragilisé. Tenant compte des réalités des territoires, la proposition que M. le député exprime au nom de tous les députés ultramarins est claire, équitable et concertée : il lui demande s'il est enfin disposé à élargir le champ d'application du coefficient géographique et à sa réévaluation à 40 % pour tous les territoires d'outre-mer.

Texte de la réponse

Certains territoires bénéficient, dans notre système de santé, de modalités de financement spécifiques : c'est notamment le cas du coefficient géographique, outil qui permet de majorer les tarifs perçus par les établissements de santé pour tenir compte du coût de la vie dans ces territoires. Cet outil est mobilisé dans les territoires ultramarins, en Corse, et en Ile-de-France. Le coefficient géographique a fait partie des éléments constitutifs de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, qui prévoyait pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique de

mettre en place des tarifs nationaux par prestations hospitalières (basés sur un référentiel de coûts moyens) et à partir d'une classification médico-économique des séjours. La nécessité est très tôt apparue de majorer, pour un nombre de zones géographiques limité et présentant des surcoûts liés à des contraintes spécifiques et pérennes, ces tarifs. Le dispositif a ainsi vocation à compenser des écarts de coûts structurels supportés par les établissements de santé liés à leur implantation géographique. Les coefficients géographiques s'appliquent également aux modélisations des Missions d'intérêt général (MIG), dès lors qu'elles impliquent notamment des postes de charges liés aux personnels. Ainsi, la quasi-totalité des MIG se voient appliquer le coefficient géographique. A la demande du Gouvernement, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, qui dépend notamment du ministère de la santé et de la prévention, a réalisé, au cours de l'année écoulée, une étude permettant d'évaluer le niveau du coefficient géographique. L'objectif était de mesurer si ce coefficient permettait effectivement de compenser les charges supplémentaires auxquelles les établissements ultra-marins doivent faire face. Cette étude a conduit le Gouvernement à affiner les données utilisées dans le calcul de ce coefficient pour être davantage en phase avec la réalité. Cela se traduira, sans modification du mode de calcul, par une revalorisation progressive pour les départements dont il est avéré qu'un retard est observé. Il convient de noter que les modalités de financement des établissements des autres champs d'activité ont également évolué ces dernières années et dans le cadre notamment de la mise en œuvre des dotations populationnelles sur les champs des urgences, de la psychiatrie ou des soins médicaux de réadaptation, les coefficients géographiques ont été pleinement intégrés pour définir le modèle de péréquation de ces dotations entre régions. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 comporte par ailleurs une réforme majeure du modèle de tarification à l'activité (T2A). La mission flash de la délégation Outre-Mer de l'Assemblée nationale en cours sur la révision du coefficient géographique et le déficit des établissements pourra permettre, dans les prochains mois, de nourrir les réflexions du Gouvernement. Enfin, au-delà du coefficient géographique, le Gouvernement agit de manière résolue pour répondre aux besoins de santé des territoires ultramarins, via notamment les enveloppes mobilisées pour l'investissement hospitalier dans le cadre du « Ségur de la santé » en Outre-mer. Cela a représenté par exemple 448 millions d'euros en Martinique ou 274 millions d'euros à la Réunion.