

DOCUMENT DE TRAVAIL

N°

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2021-2022

Enregistré à la Présidence du Sénat le

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la mission commune d'information destinée à évaluer les effets des mesures prises ou envisagées en matière de confinement ou de restrictions d'activités (1) relatif aux **enseignements de la quatrième vague épidémique outre-mer** en matières **sanitaire et économique**,*

Par MM. Jean-Michel ARNAUD et Roger KAROUTCHI,

Sénateurs

(1) Cette mission commune d'information est composée de : M. Bernard Jomier, *président* ; MM. Jean-Michel Arnaud, Roger Karoutchi, *rapporteurs* ; Mme Esther Benbassa, M. Henri Cabanel, Mme Laurence Cohen, MM. Martin Lévrier, Franck Menonville, Mmes Sophie Primas et Sylvie Robert, *vice-présidents* ; MM. Michel Laugier et Olivier Paccaud, *secrétaires* ; Mme Catherine Deroche, MM. Fabien Genet, Olivier Henno, Mme Muriel Jourda, MM. Alain Milon, Sebastien Pla et Mme Évelyne Renaud-Garabedian.

SOMMAIRE

	Page
AVANT-PROPOS	5
I. LES ENSEIGNEMENTS D'UNE CRISE SANITAIRE SANS PRÉCÉDENT DEPUIS LE DÉBUT DE LA PANDÉMIE.....	6
A. FACE AU VARIANT DELTA, DES TERRITOIRES MOINS IMMUNISÉS ET UNE VAGUE ÉPIDÉMIQUE PLUS FORTE QUE DANS L'HEXAGONE.....	6
1. <i>Des territoires moins touchés par les vagues précédentes, mais également moins vaccinés que l'hexagone.....</i>	<i>6</i>
2. <i>Une population globalement plus vulnérable en raison de ses caractéristiques de santé</i>	<i>7</i>
3. <i>Une surmortalité dramatique aux Antilles et en Polynésie française, très élevée en Nouvelle-Calédonie et en Guyane</i>	<i>7</i>
B. UNE CRISE EXCÉDANT LES CAPACITÉS SANITAIRES DES TERRITOIRES UTRAMARINS.....	11
1. <i>Le recours indispensable aux renforts nationaux et à des évacuations sanitaires vers l'hexagone, malgré une mobilisation exceptionnelle des moyens locaux</i>	<i>11</i>
2. <i>Des capacités inégales à surmonter la crise.....</i>	<i>13</i>
a) <i>Une situation proche de la médecine de catastrophe aux Antilles face à un « tsunami » épidémique</i>	<i>13</i>
b) <i>Des conditions très tendues en termes de ressources humaines dans tous les autres territoires.....</i>	<i>15</i>
C. DES VULNÉRABILITÉS ENCORE TROP IMPORTANTES FACE AU RISQUE D'UNE PROBABLE REPRISE ÉPIDÉMIQUE.....	16
1. <i>Une amélioration progressive de la situation sanitaire</i>	<i>16</i>
2. <i>Une couverture vaccinale encore insuffisante pour prévenir une 5^{ème} vague.....</i>	<i>19</i>
3. <i>Des freins puissants à la vaccination aux Antilles</i>	<i>23</i>
a) <i>De nombreux facteurs de défiance vis-à-vis de la vaccination</i>	<i>23</i>
b) <i>Une tension sociale qui fige les positions au sein de la population</i>	<i>24</i>
c) <i>Des autorités en difficulté face à l'activisme antivaccinal.....</i>	<i>25</i>
d) <i>Des ressorts comparables en Guyane.....</i>	<i>25</i>
4. <i>Une mise en œuvre difficile de l'obligation vaccinale dans le secteur sanitaire</i>	<i>26</i>
D. DOTER LES OUTRE-MER DE CAPACITÉS SANITAIRES PLUS ROBUSTES À COURT ET À MOYEN TERME.....	28
1. <i>Une mobilisation pour la vaccination à accentuer et à cibler</i>	<i>28</i>
2. <i>Des situations de crise à mieux anticiper.....</i>	<i>29</i>
3. <i>Des infrastructures hospitalières à rehausser, notamment aux Antilles</i>	<i>30</i>
4. <i>Une attractivité médicale à renforcer.....</i>	<i>33</i>
II. UNE RÉPONSE ÉCONOMIQUE D'AMPLEUR APPRÉCIABLE, MAIS DEVANT ENCORE GAGNER EN ADAPTATION ET EN AMBITION	35
A. UNE CRISE FRAPPANT DES TERRITOIRES AFFECTÉS DE FRAGILITÉS STRUCTURELLES QUI ONT EN PARTIE JOUÉ UN RÔLE AMORTISSEUR	35
1. <i>Des vulnérabilités liées à des fragilités structurelles</i>	<i>35</i>
a) <i>Une forte dépendance des échanges commerciaux extérieurs</i>	<i>35</i>

b) Une écrasante majorité de TPE et PME	35
c) Un poids important de l'économie informelle	37
d) Une diversification insuffisante	38
e) Des délais de paiement des collectivités locales et des établissements hospitaliers anormalement longs.....	38
2. ... dont certaines ont paradoxalement permis d'atténuer légèrement l'importance du choc économique	40
B. UNE RÉPONSE ÉCONOMIQUE EFFICACE MAIS INSUFFISAMMENT TERRITORIALISÉE.....	42
1. <i>Un choc inédit en 2020, une reprise réelle au premier semestre 2021 et de fortes incertitudes pour les mois à venir</i>	<i>42</i>
a) Une chute de l'activité très marquée en 2020, bien que moins forte qu'en France métropolitaine.....	42
b) La reprise épidémique mi-2021 met fin à la dynamique de reprise encourageante observée au premier semestre 2021	45
2. <i>Dans l'ensemble, un soutien économique notable, mais devant mieux répondre aux besoins légitimes d'adaptation locale</i>	<i>51</i>
a) Le soutien économique de l'État a permis d'éviter une catastrophe économique... ..	51
b) ... mais est resté insuffisamment adapté aux fortes spécificités des entreprises ultramarines, y compris en 2021	52
C. LE SOUTIEN AUX TERRITOIRES D'OUTRE-MER REQUIERT UNE PLUS GRANDE ADAPTATION LOCALE DES DISPOSITIFS NATIONAUX ET DOIT S'INSCRIRE DANS UNE PERSPECTIVE PLUS LARGE DE DÉVELOPPEMENT	56
1. <i>Maintenir, élargir et accélérer les mesures de soutien économique de court-terme</i>	<i>56</i>
2. <i>Adapter les dispositifs de relance aux contraintes des territoires ultramarins.....</i>	<i>57</i>
LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES LORS DU DÉPLACEMENT EN MARTIQUET ET EN GUADELOUPE.....	59
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES LORS DES AUDITIONS	63

AVANT-PROPOS

La quatrième vague épidémique liée au variant delta a particulièrement affecté les outre-mer.

L'état d'urgence sanitaire, en vigueur en Guyane depuis le mois d'octobre 2020 a été successivement étendu à La Réunion et en Martinique le 14 juillet 2021, en Guadeloupe, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin le 29 juillet, en Polynésie française le 12 août et en Nouvelle-Calédonie le 9 septembre. Seuls Mayotte, Saint-Pierre-et-Miquelon ainsi que Wallis-et-Futuna ont échappé à cette aggravation de la situation sanitaire.

Ce contexte a conduit la mission d'information destinée à évaluer les effets des mesures prises ou envisagées en matière de confinement ou de restrictions d'activités, à la demande de M. le Président du Sénat, à analyser les causes de la flambée de l'épidémie dans ces territoires et à en mesurer les conséquences, tant au plan sanitaire qu'économique et social.

Les travaux conduits à compter du mois de septembre ont associé les membres de la délégation sénatoriale aux outre-mer.

La mission d'information a organisé une table ronde consacrée aux dimensions sanitaires et économiques de cette crise et procédé à l'audition du ministre des outre-mer.

Une délégation composée de Bernard Jomier, Jean-Michel Arnaud et Fabien Genet s'est rendue en Martinique et en Guadeloupe du 17 au 21 octobre. Avec les sénateurs des départements concernés, elle a rencontré les représentants de services de l'État, des élus locaux, des représentants des professionnels de santé et des acteurs économiques.

Enfin, les rapporteurs ont pu échanger par visioconférence avec des responsables de Guyane, de La Réunion, de Mayotte, de Nouvelle-Calédonie et de Polynésie française.

Le variant delta a provoqué une flambée épidémique sans précédent dans les territoires ultramarins. À eux seuls, ils représentent 30 % des décès liés au covid survenus en milieu hospitalier depuis l'été dernier. Dans plusieurs d'entre eux, les capacités hospitalières ont été saturées. Il convient de tirer les enseignements de cette crise, alors que le risque de rebond épidémique est élevé en raison de taux de vaccination encore très insuffisants.

La temporalité et la singularité de cette crise justifient également, au plan économique, des mesures de soutien adaptées à la situation de ces territoires où les perspectives de reprise économique sont encore incertaines.

I. LES ENSEIGNEMENTS D'UNE CRISE SANITAIRE SANS PRÉCÉDENT DEPUIS LE DÉBUT DE LA PANDÉMIE

A. FACE AU VARIANT DELTA, DES TERRITOIRES MOINS IMMUNISÉS ET UNE VAGUE ÉPIDÉMIQUE PLUS FORTE QUE DANS L'HEXAGONE

1. Des territoires moins touchés par les vagues précédentes, mais également moins vaccinés que l'hexagone

Amorcée dans l'hexagone au mois de juin 2021, la vague épidémique liée au variant delta s'est produite de manière échelonnée dans les territoires ultramarins : à La Réunion et en Martinique fin juin-début juillet en premier lieu, puis, tout au long du mois, dans les autres îles des Antilles et en Guyane. La Polynésie française a été touchée fin juillet et la Nouvelle-Calédonie début septembre. Mayotte a peu été affectée alors qu'au cours de l'été, cinq cas seulement étaient enregistrés à Saint-Pierre-et Miquelon et aucun à Wallis-et-Futuna.

Les territoires atteints par cette nouvelle vague se trouvaient dans des situations diverses en termes d'**immunité naturelle** acquise par la population au cours des épisodes épidémiques précédents. Hormis en Guyane et à Saint-Barthélemy, le taux d'incidence cumulé depuis mars 2020 y était cependant très inférieur à celui de l'hexagone, particulièrement en Nouvelle-Calédonie, en Martinique, à La Réunion et en Guadeloupe.

Par ailleurs, comme l'a souligné le Conseil scientifique¹, si la 4^{ème} vague liée au variant delta a été, en France métropolitaine, moins importante que prévue, c'est en grande partie au succès de la vaccination en population générale qu'on le doit. Début juillet, la moitié de la population métropolitaine avait reçu une première dose de vaccin et un tiers disposait d'un schéma vaccinal complet. Or à l'exception de Saint-Barthélemy, les territoires ultramarins ont pour leur part affronté la propagation du variant delta, plus contagieux et plus virulent, avec des **niveaux de vaccination très inférieurs à ceux de l'hexagone**.

En **Martinique**, **15,7 % de la population** seulement avait reçu une première dose début juillet, soit pratiquement 35 points de moins qu'en métropole. Lorsque la **Guadeloupe** et la **Guyane** ont été à leur tour concernées, la situation y était à peine moins défavorable - de l'ordre de **21 % de la population** ayant reçu une première dose -, le taux montant à **26,2 % pour Saint-Martin**. À **La Réunion** comme en **Polynésie française**, le taux de vaccination pour une première dose était d'**environ 31 %**, et donc de 20 points inférieur à celui de l'hexagone, lorsque la dernière vague est survenue. Enfin, ce taux atteignait **35 % en Nouvelle-Calédonie** au début du mois de septembre.

¹ Avis du Conseil scientifique Covid-19 du 5 octobre 2021.

2. Une population globalement plus vulnérable en raison de ses caractéristiques de santé

Alors que l'âge constitue un facteur de risque majeur de covid-19 grave ou de décès lié à cette maladie, la structure démographique des outre-mer joue plutôt favorablement dans le sens d'une moindre exposition. Si les plus de 60 ans représentent 27 % de la population hexagonale, leur proportion est inférieure à 20 % dans la plupart des territoires ultramarins et elle n'est que de 9 % en Guyane et de 4 % à Mayotte. La Guadeloupe et la Martinique font exception, avec une part des plus de 60 ans équivalente – et même supérieure en ce qui concerne la Martinique – à celle de l'hexagone.

En revanche, **plusieurs comorbidités associées à un risque grave de covid-19 sont beaucoup plus présentes outre-mer** qu'en moyenne nationale.

C'est le cas du **surpoids** qui concerne entre 65 et 70 % de la population adulte en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie et à Mayotte, et entre 55 et 60 % en Martinique et en Guadeloupe, contre 47 % seulement de la population dans l'hexagone. Des écarts très sensibles se retrouvent de manière analogue dans la prévalence de l'**obésité** (17 % de la population adulte dans l'hexagone, mais 23 % en Guadeloupe 28 % en Martinique et près de 40 % en Polynésie française).

De même, l'**hypertension artérielle** présente une prévalence plus élevée outre-mer, tout comme le **diabète traité** (5 % dans l'hexagone, 8 à 10 % outre-mer).

3. Une surmortalité dramatique aux Antilles et en Polynésie française, très élevée en Nouvelle-Calédonie et en Guyane

Plus de 30 % des décès en milieu hospitalier liés au covid depuis le début de la 4^{ème} vague sont survenus dans les territoires ultramarins alors que ceux-ci ne représentent que 4 % de la population nationale et que jusqu'alors, ces mêmes territoires n'avaient représenté que 3 % de ces décès.

C'est aux **Antilles** et en **Polynésie française** que la vague épidémique de l'été 2021 a été la plus violente. À elle seule, elle a très largement dépassé, par son ampleur et ses conséquences, le bilan des quinze premiers mois de l'épidémie dans ces territoires, de mars 2020 à juin 2021.

• *Les collectivités antillaises*

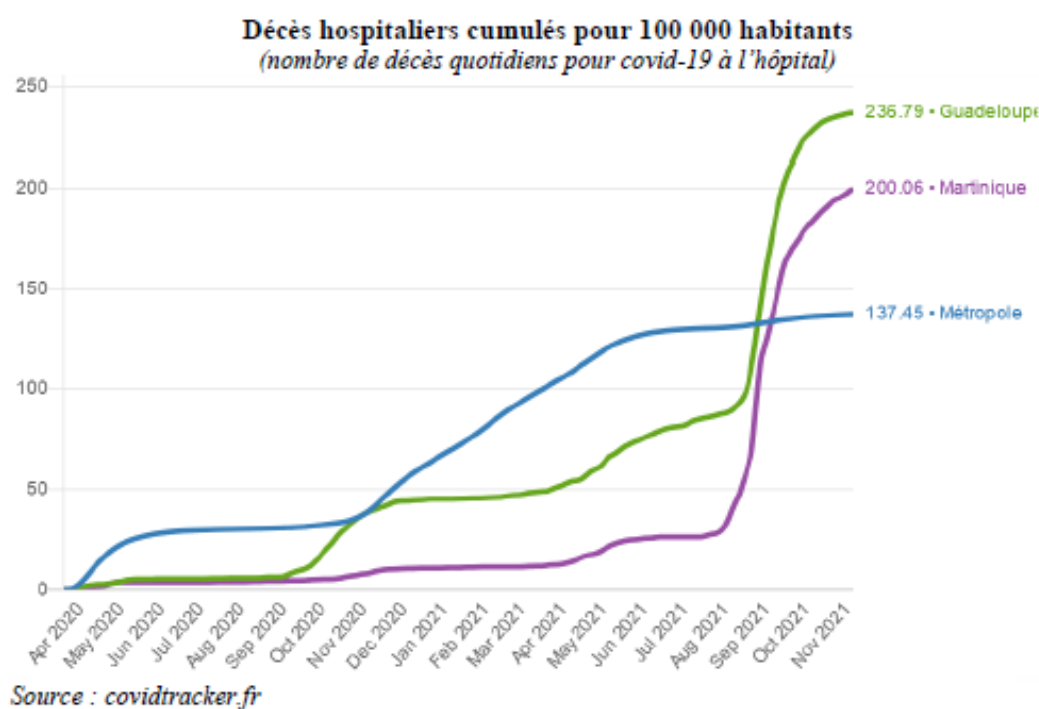
Au cours du mois d'août, le taux d'incidence est monté jusqu'à 1 200 cas pour 100 000 habitants en Martinique, 2 340 en Guadeloupe, 600 à Saint-Martin et plus de 1 600 à Saint-Barthélemy¹.

Ainsi que l'a exposé à la délégation de la mission d'information le docteur Bruno Jarrige, directeur médical de crise au CHU de Guadeloupe, cette 4^{ème} vague a été, en termes de cas positifs, quatre fois supérieure en Guadeloupe et cinq fois supérieure en Martinique, au cumul des deuxième (automne 2020) et troisième vagues (printemps 2021). Par rapport au cumul des deux vagues précédentes, l'impact a été :

- en termes d'hospitalisations, 3 fois supérieur en Guadeloupe et 6 fois supérieur en Martinique ;

- en termes de patients en réanimation, 3 fois supérieur en Guadeloupe et 4 fois supérieur en Martinique ;

- en termes de décès hospitaliers, 4 fois supérieur dans les deux départements.



Comme l'illustre le graphique ci-dessus, le **nombre de décès hospitaliers** liés au covid-19 pour 100 000 habitants a rejoint et très nettement dépassé celui de l'hexagone en l'espace de quelques semaines,

¹ Santé publique France précise que compte tenu de l'effectif des populations de Saint-Barthélemy et Saint-Martin (inférieur à 10 000 et 40 000 habitants respectivement), les taux d'incidence doivent être interprétés avec précaution.

alors qu'il lui était resté notablement inférieur jusqu'au début de l'été 2021 dans les deux départements.

Du 1^{er} juillet au 31 octobre 2021, environ **580 décès hospitaliers liés au covid** ont été enregistrés en **Guadeloupe** et **620 en Martinique**. Pour donner la mesure du choc subi par ces deux départements, il faut souligner qu'**une mortalité de même ampleur dans l'hexagone aurait entraîné plus de 100 000 décès hospitaliers** alors que moins de 5 000 ont été enregistrés sur la même période.

Encore ne sont ici comptabilisés que les décès en milieu hospitalier, et non ceux survenus à domicile.

Selon les données encore provisoires publiées par l'Insee, sur la période allant du 1^{er} juin au 18 octobre 2021, le nombre de décès enregistrés est supérieur de 73,2 % en Guadeloupe et de 67,7 % en Martinique à celui mesuré sur la même période en 2019, alors que cette surmortalité est de l'ordre de 3 % pour la métropole¹.

À **Saint-Barthélemy**, 3 décès ont été enregistrés à l'hôpital entre juillet et octobre 2021, mais sur la même période, 35 l'ont été à **Saint-Martin** (certains patients originaires de l'île étant en outre décédés au CHU de Guadeloupe où ils avaient été transférés), soit un taux de mortalité équivalent aux deux-tiers de celui, extrêmement élevé, constaté en Guadeloupe.

● *La Polynésie française*

La **Polynésie française**, déjà fortement affectée à l'automne 2020, s'est trouvée dans une situation comparable à celle des départements antillais.

Dans la seconde quinzaine d'août, le taux d'incidence y a dépassé les 2 800 cas pour 100 000 habitants, et même 3 300 aux Îles sous le Vent. Au plus fort de cette vague épidémique, le nombre de patients hospitalisés en unité covid était près de trois fois supérieur à celui enregistré au plus fort de la vague de l'automne 2020 et quatre fois supérieur en ce qui concerne les réanimations.

Sur la période, **480 décès** en milieu hospitalier étaient enregistrés², soit le triple de tous les décès hospitaliers liés au covid intervenus du début de l'épidémie jusqu'à l'été 2021 et un niveau de mortalité rapporté à la population analogue à celui constaté en Martinique. Le bilan est plus lourd encore si l'on prend en compte les décès survenus à domicile. Par rapport à la moyenne des décès des années 2015-2019, les données de l'état civil font

¹ Évolution du nombre de décès depuis le 1^{er} juin 2021 - Insee - 2 novembre 2021. L'Insee précise que ces données sont encore provisoires et seront révisées à la hausse dans les prochaines semaines.

² Ministère de la santé de Polynésie française - Bulletin épidémiologique hebdomadaire covid 19-4 novembre 2021.

apparaître une surmortalité de 346 % en août 2021 et de 182 % en septembre 2021, soit environ 650 décès supplémentaires¹.

● **La Nouvelle-Calédonie**

Au début du mois de septembre 2021, la **Nouvelle-Calédonie** avait enregistré 136 cas positifs depuis le début de l'épidémie, dont la moitié au printemps 2021. La vague liée au variant delta a été particulièrement brutale : le taux d'incidence est monté jusqu'à 1 200 cas pour 100 000 habitants et en deux mois, plus de 11 000 cas positifs ont été comptabilisés, pour une population de 270 000 habitants. Au plus fort de la crise, près de 60 patients se trouvaient en réanimation et 325 hospitalisés en unité covid. Au total, **267 décès** hospitaliers ont été enregistrés, soit près de 100 décès pour 100 000 habitants et un taux de mortalité représentant les deux-tiers de celui, extrêmement élevé, ayant frappé les départements antillais et la Polynésie française.

● **La Guyane**

La **Guyane**, comme l'hexagone, a connu trois vagues épidémiques jusqu'au printemps 2021. La reprise épidémique liée à l'arrivée du variant delta est intervenue au mois d'août alors que les effets de la vague précédente, caractérisée très majoritairement par le variant gamma (ou « brésilien »), venaient à peine de s'atténuer.

Fin août, le taux d'incidence a dépassé les 500 cas pour 100 000 habitants. Si le niveau des hospitalisations a été légèrement inférieur à celui de la première vague, il a néanmoins atteint le plus haut de l'année 2021. Quant aux patients en réanimation, leur nombre a dépassé à deux reprises, au mois de juin puis au mois de septembre, celui atteint au plus haut de la première vague, au printemps 2020.

La fréquence des **décès** s'est accentuée dès la fin du mois de mai et du 1^{er} juillet au début du mois de novembre, près de 170 décès en milieu hospitalier ont été enregistrés, leur nombre ayant atteint des niveaux inégalés au mois de septembre. Dans son étude précitée l'Insee constate qu'en Guyane, « la hausse des décès est continue depuis la fin mai. En juin et juillet 2021, les décès sont supérieurs de 39 % à ceux survenus au cours des mêmes mois en 2019. La hausse s'accélère en août (+ 73 %) et encore davantage en septembre (+ 119 %). Elle se maintient à un niveau élevé sur les 18 premiers jours d'octobre (+ 90 % entre 2019 et 2021) ».

● **La Réunion**

À **La Réunion**, le taux d'incidence a atteint au début du mois d'août des niveaux inédits depuis le début de l'épidémie (426 cas pour 100 000 habitants, contre 226 dans l'hexagone au plus haut de la 4^{ème} vague). Un point haut a également été atteint, au cours du mois d'août, en termes

¹ Institut de la statistique de la Polynésie française. Points études et bilans de la Polynésie française nos 1277 et 1285, septembre et octobre 2021.

d'hospitalisations. Relativement peu affectée en 2020, La Réunion a vu sa situation sanitaire se dégrader au mois de février 2021. De mars dernier à la fin du mois d'août, les hospitalisations et le nombre de patients admis en réanimation se sont maintenus à un niveau élevé. Alors qu'une soixantaine de décès en milieu hospitalier avaient été enregistrés depuis le début de l'épidémie, environ 180 l'ont été du 1^{er} mars à la fin juin et environ 140 du 1^{er} juillet à début novembre. Selon l'Insee, sur la période allant du 1^{er} juin au 18 octobre 2021, les décès survenus à La Réunion sont supérieurs de 16,7 % à ceux constatés sur la même période en 2019, l'île étant également touchée par une épidémie de dengue.

• *Mayotte, Saint-Pierre-et-Miquelon, Wallis-et-Futuna : des territoires épargnés par la dernière vague épidémique*

À **Mayotte**, après une forte poussée au premier trimestre 2021, marquée par 80 décès en milieu hospitalier, la situation épidémique est restée relativement stable. Pour la première fois depuis le mois d'avril, le taux d'incidence a dépassé 50 cas pour 100 000 habitants début septembre, avant de redescendre dans les semaines qui ont suivi, mais le département n'a pas compté plus de 10 patients hospitalisés en unité covid depuis mai dernier. 10 décès sont survenus en milieu hospitalier depuis juillet dernier.

À **Saint-Pierre-et-Miquelon** 32 cas positifs seulement ont été recensés depuis mars 2020, dont 5 au cours de l'été dernier, et aucun décès n'est intervenu.

Le premier cas de covid à **Wallis-et-Futuna** a été détecté début mars 2021. En deux mois, un peu plus de 400 cas ont été recensés, une dizaine de patients ayant été hospitalisés sur place et 7 transférés en Nouvelle-Calédonie, 7 décès ayant été enregistrés sur la période. Aucun cas n'a été répertorié depuis la fin du mois d'avril.

B. UNE CRISE EXCÉDANT LES CAPACITÉS SANITAIRES DES TERRITOIRES UTRAMARINS

1. Le recours indispensable aux renforts nationaux et à des évacuations sanitaires vers l'hexagone, malgré une mobilisation exceptionnelle des moyens locaux

Dans l'ensemble des territoires ultramarins touchés par la reprise épidémique de l'été, des **redéploiements massifs de moyens hospitaliers** ont été effectués pour faire face à l'afflux de patients atteints du covid et **les capacités de réanimation ont été fortement accrues**. Des quantités très importantes d'équipements de protection individuels, de matériels de dépistage, de produits de réanimation, de médicaments et d'oxygène ont été acheminés en urgence. Des **renforts nationaux** - représentant plus de

4 600 médecins et soignants venant de l'hexagone du 1^{er} août au 31 octobre¹ - ont été nécessaires afin d'épauler les équipes locales, sollicitées à un niveau extrême, et d'assurer le fonctionnement des capacités supplémentaires installées dans les services hospitaliers. Ceux-ci ont néanmoins été engorgés dans plusieurs territoires, surtout aux Antilles d'où 145 évacuations sanitaires vers l'hexagone de patients médicalisés et sous ventilation artificielle ont été opérées.

• *Antilles et Guyane*

En **Martinique**, les capacités en réanimation du CHU de Fort-de-France ont pu être portées de 26 à plus de 130 lits au plus fort de la crise, soit une multiplication par cinq. Un module militaire de réanimation de 20 lits y a notamment été déployé. Les capacités de l'hôpital en lits de médecine ont été accrues au profit des patients covid. Les renforts nationaux ont représenté plus de 1 600 médecins et soignants sur la période. Plus de 600 patients ont été médicalisés sous oxygène à domicile. Afin de soulager les services de réanimation, 82 évacuations sanitaires par avion ont été effectuées depuis le 1^{er} août vers l'hexagone.

La **Guadeloupe** dispose en temps normal de 27 lits de réanimation (22 au CHU et 5 au centre hospitalier de Basse-Terre). Il a été possible, sans recours à des renforts, en déprogrammant des activités chirurgicales et en rappelant du personnel en congés, d'armer jusqu'à 69 lits de réanimation aigue et de surveillance continue répartis sur les deux établissements et des établissements privés. L'arrivée de renforts nationaux (plus de 1 300 au total) a en outre permis de monter jusqu'à 98 lits de réanimation. Dans des délais très courts, des lits de médecine ont été transformés en lits covid et des lits de soins de suite et de réadaptation en lits de médecine². Plusieurs centaines de patients ont été pris en charge à domicile sous oxygène. De début août à début septembre, 63 évacuations sanitaires ont été opérées, certaines concernant jusqu'à 12 patients sous ventilation artificielle en un seul vol.

À **Saint-Martin**, les activités programmées au centre hospitalier, qui comporte habituellement 92 lits, ont été suspendues et l'établissement a accueilli jusqu'à 26 patients covid.

La **Guyane** ne disposait que de 11 lits de réanimation autorisés, tous situés au centre hospitalier de Cayenne. La capacité a été triplée avec 11 lits supplémentaires à Cayenne, 8 au centre hospitalier de Saint-Laurent-du-Maroni et 6 à celui de Kourou. Jusqu'à 130 médecins et soignants ont été présents en renfort des personnels locaux. Il n'a pas été nécessaire de procéder à des évacuations sanitaires.

¹ Un tiers d'entre eux appartenaient à la réserve sanitaire et deux-tiers étaient des professionnels volontaires qui ont été employés dans le cadre du régime de réquisition prévu par l'article 48 du décret n° 2021-699 du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

² Au CHU de Guadeloupe, 85 lits ont été ouverts en une semaine pour les patients covid.

- *La Réunion*

À La Réunion, des redéploiements sont également intervenus pour accueillir des patients covid et les capacités en réanimation ont été pratiquement doublées, avec des lits supplémentaires ouverts dans les services du CHU et, de manière complémentaire à Saint-Paul, au centre hospitalier ouest. Des renforts issus de la réserve sanitaire ont été déployés à hauteur de 37 personnels. Le seuil de saturation en réanimation a pratiquement été atteint au plus fort de la crise, mais il n'a pas été nécessaire de procéder à des évacuations sanitaires.

- *La Polynésie française*

Seul établissement à disposer de capacités de réanimation, le centre hospitalier de la Polynésie française les a triplées, passant de 18 à 54 lits. Jusqu'à 350 patients covid ont été pris en charge en hospitalisation et 700 patients ont été placés sous oxygène à domicile. Plus de 400 renforts nationaux ont été envoyés d'août à fin octobre, avec un maximum de 150 présents au plus fort de la crise, soit plus de 10 % de l'effectif habituel du centre hospitalier. Le 17 septembre, 8 patients sous ventilation artificielle ont été transférés vers l'hexagone par un vol spécial qui a effectué une escale à Pointe-à-Pitre.

- *La Nouvelle-Calédonie*

À Nouméa, le Médipôle (centre hospitalier territorial) a ouvert jusqu'à 340 lits pour les patients covid et 61 lits de réanimation, soit un **triplement des capacités**. Des patients non covid ont été transférés vers des cliniques privées. Une solution originale a été mise en œuvre avec la **transformation d'hôtels en hôpitaux**, les « hospitels ». Initialement destinés aux personnes ne pouvant s'isoler à domicile, ils ont accueillis des personnes fragiles nécessitant une surveillance ou, après un séjour au Médipôle, des patients stabilisés sous oxygène. Jusqu'à 150 patients ont été accueillis en « hospitels ». Environ une centaine de patients sont restés à domicile sous oxygène, bien moins qu'en Polynésie française ou qu'aux Antilles. Durant les quinze premiers jours de la crise épidémique, l'augmentation des capacités d'hospitalisation a été assurée par recours au personnel local, avant que ceux-ci soient épaulés par des renforts nationaux (472 au total jusqu'à fin octobre). Il n'a été procédé à aucune évacuation sanitaire.

2. Des capacités inégales à surmonter la crise

a) Une situation proche de la médecine de catastrophe aux Antilles face à un « tsunami » épidémique

La vague épidémique survenue cet été aux Antilles constituait un véritable « **tsunami** », selon les termes employés par les professionnels de santé qui y ont été confrontés, rencontrés sur place par la délégation de la mission d'information au mois d'octobre.

Les services de l'État et les établissements ont fait preuve d'une très grande réactivité, en particulier en assurant une **rapide montée en puissance des capacités d'hospitalisation et de réanimation**. Face à l'urgence, ce sont cependant dans certains cas des lits de réanimation « de fortune » qui ont été installés, notamment dans des établissements ne disposant pas habituellement du matériel et des compétences nécessaires.

Malgré cette mobilisation et l'engagement absolu des équipes soignantes, les **structures hospitalières ont été débordées en raison du flux exceptionnel de patients**.

Comme l'ont confirmé les représentants de la communauté médicale à la délégation de la mission d'information, **des priorités ont dû être établies pour l'admission des patients** à l'hôpital puis en service de réanimation, en privilégiant ceux pour lesquels le bénéfice apparaissait le plus élevé. Cette priorisation des patients a atteint aux Antilles une intensité sans équivalent sur le territoire national depuis le début de la pandémie.

Tant en Martinique qu'en Guadeloupe, les **services de réanimation**, dont la capacité avait été considérablement accrue, **ont été saturés**, alors même que des **évacuations sanitaires** vers l'hexagone ont été effectuées, dans des conditions complexes, pour **145 patients intubés ventilés**¹. Initialement limitées à 4 patients par vol, les capacités ont été progressivement augmentées jusqu'à 12 patients. C'est la **première fois depuis le début de l'épidémie, en mars 2020, que de tels transferts massifs vers l'hexagone sont effectués**, la seule opération réalisée jusqu'alors ayant concerné 4 patients évacués depuis La Réunion². Il s'agit d'un **ultime recours** pour libérer des capacités de prise en charge de nouveaux patients. Conditionné à l'accord préalable de la famille, il ne peut concerner que des patients répondant à des critères médicaux spécifiques stricts.

Ce contexte de crise très éprouvant, proche de l'exercice de la **médecine de catastrophe**, a produit un fort impact psychologique sur des personnels qui n'avaient jamais été placés dans ce type de situation. Il a également profondément marqué les familles des patients et suscité, dans certains cas, des incompréhensions et des tensions avec les soignants.

En raison de l'engorgement des hôpitaux antillais, **plus d'un millier de patients ont été pris en charge à domicile**. Les représentants des **professionnels libéraux** – médecins et infirmiers – ont relayé auprès de la délégation le **sentiment d'isolement et de solitude** de beaucoup de leurs confrères face à cette crise exceptionnelle. Aux difficultés à obtenir des

¹ Des patients non covid ont été acheminés par vols commerciaux. Les patients covid l'ont été par des vols dédiés.

² Jusqu'en juillet 2021, à l'exception de 4 patients transférés de La Réunion vers l'hexagone, les évacuations sanitaires de patients atteints du covid s'étaient principalement opérées de Mayotte vers La Réunion (248 patients) et 13 patients avaient été évacués de Guyane vers la Guadeloupe ou la Martinique.

consignes précises sur la prise en charge et l'orientation des patients se sont ajoutées celles liées à l'**approvisionnement en oxygène ou en équipements médicaux**. Les agences régionales de santé ont passé en urgence les commandes nécessaires, mais les livraisons n'ont semble-t-il pas toujours été effectuées dans des délais satisfaisants. La nécessité, dans de telles circonstances, de recourir à des vols cargos spécifiques a été soulignée.

L'ampleur des moyens consacrés aux patients covid a généré par contrecoup un **impact considérable sur la prise en charge de pathologies chroniques** comme l'hypertension artérielle ou le diabète, des retards sur le diagnostic et le traitement des cancers et le report d'interventions de chirurgie non urgentes. Cet **effet induit du covid a certainement contribué à la surmortalité** constatée sur les derniers mois, dans des proportions qui restent à évaluer plus précisément.

Enfin, la prise en charge massive de patients atteints de formes sévères du covid est intervenue dans un **contexte social tendu**. Depuis plusieurs mois, **le bien-fondé de la politique conduite contre l'épidémie**, et notamment de la vaccination, **faisait l'objet aux Antilles d'une contestation latente**. En Martinique, le rétablissement du couvre-feu en application de l'état d'urgence et l'annonce des mesures prévues dans le projet de loi sur la gestion de la crise sanitaire - extension du passe sanitaire, obligation de vaccination pour certains personnels - ont donné lieu dans la seconde quinzaine de juillet à plusieurs manifestations, dont certaines émaillées de violences¹. Quoi que de moindre ampleur, des faits de même nature se sont produits en Guadeloupe. C'est dans ce climat dégradé que des **membres des équipes hospitalières** - personnels permanents ou renforts venus de l'hexagone - **ont fait l'objet de mises en causes ou de prises à partie** leur imputant une responsabilité dans la détérioration accélérée de la situation sanitaire et la mortalité élevée en résultant.

La mission d'information, qui a pu mesurer l'**engagement de ces personnels dans des conditions extrêmement difficiles**, tient à les assurer de son **plein soutien**. Elle constate qu'un tel épisode n'est pas sans conséquence sur la pérennité des équipes médicales sur place, des **souhaits de départ vers l'hexagone**, à court ou à moyen terme, ayant été exprimés par de nombreux médecins et soignants.

b) Des conditions très tendues en termes de ressources humaines dans tous les autres territoires

Si la **Guyane** a connu une situation de tension hospitalière comparable à celles des Antilles, sans qu'il ait toutefois été nécessaire de recourir à des évacuations sanitaires ou d'établir des priorités pour l'accès

¹ Y compris des tirs à balles réelles sur les forces de sécurité lors d'une manifestation à Fort-de-France le 18 juillet.

aux services de réanimation, d'autres territoires ont pu faire face dans de meilleures conditions à la crise épidémique.

La **Nouvelle-Calédonie** dispose avec le Médipôle d'un établissement hospitalier récent, ouvert en décembre 2016, dont le dimensionnement et l'équipement ont permis l'ouverture de nombreux lits supplémentaires. Grâce à ces capacités, combinées à l'ouverture de lits dans des hôtels reconfigurés, les oxygénothérapies à domicile ont été beaucoup moins nombreuses qu'en Polynésie française ou aux Antilles.

La **Polynésie française** bénéficie elle aussi d'un centre hospitalier récent et bien équipé, même si son extension pourrait paraître nécessaire afin répondre aux besoins de stockage, plus importants en raison de l'éloignement, et de permettre d'aménager des espaces de soins supplémentaires en cas de crise. L'hôpital dispose en outre de sa propre capacité de production d'oxygène. Cela n'a pas évité une situation proche de la saturation et comme indiqué précédemment, 8 évacuations sanitaires vers l'hexagone ont été effectuées.

De fait, **tous les territoires n'ont pu affronter la crise qu'en redéployant leurs capacités aux dépens des pathologies courantes** – avec des conséquences encore difficiles à évaluer – **et en bénéficiant de concours nationaux** pour renforcer des ressources humaines sollicitées à l'extrême. Ces renforts ont représenté un **total d'environ 4 600 personnels** du 1^{er} août au 31 octobre, **supérieur au cumul de tous ceux qui avaient jusqu'alors été envoyés depuis mars 2020** (4 000 en un an-et-demi). Il s'agissait pour les deux-tiers de personnels en activité volontaires, alors que jusqu'alors, les renforts provenaient à 90 % de la réserve sanitaire.

En Guyane, la quatrième vague a suivi de quelques semaines à peine la vague précédente, générant un sentiment d'épuisement au sein des équipes hospitalières. La tension sur les équipes a également été forte à La Réunion. En Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie, la vague épidémique a suivi une longue période au cours de laquelle les contraintes de déplacement vers et depuis l'hexagone ont éprouvé nombre de personnels médicaux ou soignants et leurs familles. Dans ces territoires du Pacifique, l'isolement des établissements fait ressortir leur fragilité, dans la mesure où leur fonctionnement reste très dépendant d'une ressource médicale originaire de l'hexagone dont la motivation à exercer sur place n'est pas acquise.

C. DES VULNÉRABILITÉS ENCORE TROP IMPORTANTES FACE AU RISQUE D'UNE PROBABLE REPRISE ÉPIDÉMIQUE

1. Une amélioration progressive de la situation sanitaire

Dans chaque territoire concerné, les autorités ont pris tout au long de la crise des **mesures spécifiques, adaptées à leur situation propre**, pour

stopper la progression de l'épidémie. Ces mesures ont fait l'objet d'échanges dans des instances d'information et de concertation réunissant les principaux partenaires intéressés - services de l'État, élus, chambres consulaires. Elles ont été arrêtées par les préfets et, en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, dans le cadre de leurs compétences respectives, par les représentants de l'État et les autorités gouvernementales locales, la politique sanitaire relevant de ces dernières.

Outre le couvre-feu, un confinement strict a été imposé à la Martinique, en Guadeloupe, dans certaines zones de Guyane, en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, et un confinement partiel à La Réunion. La rentrée scolaire a été reportée aux Antilles et en Guyane et les écoles ont été fermées en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française. Des restrictions ont également été apportées aux conditions d'entrée sur ces territoires (exigence d'un motif impérieux et d'un teste PCR négatif, sas sanitaire en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française).

Ces **mesures de freinage différenciées** et, dans certains territoires tout au moins, les progrès de la vaccination, ont permis une **forte diminution des cas positifs, des hospitalisations et des patients en réanimation**.

Au cours des dernières semaines, la **situation sanitaire** est progressivement redevenue sous contrôle, même si elle demeure contrastée selon les territoires.

Aux Antilles, le taux d'incidence est redescendu début novembre autour de 50 cas pour 100 000 habitants, excepté en Martinique où il est encore de l'ordre de 100.

En Guyane, il est encore de l'ordre de 130, avec de fortes disparités territoriales, puisqu'il est supérieur à la moyenne à Cayenne et Kourou.

A La Réunion, le taux d'incidence est nettement remonté au-dessus du seuil d'alerte et atteint désormais 150 cas pour 100 000 habitants, même si le nombre d'hospitalisés et de patients en réanimation n'augmente que modérément. Le taux d'incidence reste en revanche au-dessous de 50 à Mayotte.

En Nouvelle-Calédonie, le taux d'incidence est passé sous les 100 cas pour 100 000 habitants alors qu'il est redescendu à 12 en Polynésie française.

Cette évolution dans l'ensemble positive a permis un assouplissement des mesures de restriction des déplacements et activités.

L'**état d'urgence sanitaire** a été levé à La Réunion le 15 octobre 2021. Il est resté en vigueur en Guadeloupe, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin, en Polynésie Française et en Nouvelle-Calédonie jusqu'au 15 novembre 2021. Il

ne demeure applicable qu'à la Guyane et à la Martinique, jusqu'au 31 décembre prochain¹.

Si un couvre-feu est maintenu en Martinique, en Guyane et en Nouvelle-Calédonie, les **restrictions applicables aux déplacements en journée** ne le sont que dans certaines zones de Guyane, où ils sont soumis à attestation, et le week-end en Nouvelle-Calédonie.

Dans les départements d'outre-mer, l'exigence de motifs impérieux et d'un test PCR négatif pour entrer sur le territoire ne subsiste que pour les passagers non-vaccinés. C'est également le cas en Polynésie française, ainsi que pour les passagers vaccinés provenant de zones rouge, cette exigence se doublant d'une obligation d'isolement de 10 jours. En Nouvelle-Calédonie, l'exigence d'un motif impérieux a été levée le 1^{er} novembre, mais l'entrée est subordonnée, pour les plus de 18 ans, à une obligation de vaccination (sauf contre-indication médicale) et tous les entrants restent soumis à une obligation d'isolement.

Il faut enfin souligner que bien qu'aucun cas positif n'y ait été détecté depuis fin avril, un **régime contraignant d'entrée et de sortie** a été imposé à **Wallis-et-Futuna** durant plusieurs mois. En effet, une « bulle sanitaire » est établie entre la Nouvelle-Calédonie et ce territoire. Celui-ci a été atteint par le virus au printemps 2021. Ce n'est qu'après avoir de nouveau été déclaré « covid-free », mi-juillet, qu'une reprise limitée des vols a été envisagée à compter du 30 août. Mais à peine celle-ci intervenue, la dégradation de la situation en Nouvelle-Calédonie a de nouveau interrompu les liaisons aériennes.

Les répercussions de **l'isolement prolongé de Wallis-et-Futuna** sont particulièrement sensibles en matière sanitaire. Depuis un an et demi, les missions de médecins spécialistes sur le territoire sont pratiquement suspendues. De même, en raison de l'interruption des liaisons, des patients n'ont pu se rendre en Nouvelle-Calédonie où s'effectue leur prise en charge médicale et d'autres qui y recevaient des soins n'ont pu revenir à leur domicile. Toutefois, au vu de l'amélioration de la situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie, le conseil de gouvernance des îles² s'est prononcé le 3 novembre dernier en faveur de la **reprise des liaisons aériennes**. Un vol hebdomadaire doit ainsi reprendre à compter du 18 novembre. L'entrée sur le territoire sera subordonnée à des motifs impérieux³. Ce rétablissement des vols, qui était nécessaire, met toutefois en lumière les risques pesant sur les communications vers et depuis le territoire tant que le taux de vaccination (un peu plus de 50 % de la population) le rend vulnérable à la propagation du virus.

¹ Loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire.

² Il est composé des autorités coutumières, politiques, religieuses et administratives.

³ Retour à sa résidence principale, retour d'évacuation sanitaire, missions essentielles ou prises de postes.

2. Une couverture vaccinale encore insuffisante pour prévenir une 5^{ème} vague

Au regard de la situation dans les outre-mer à la veille de la quatrième vague, le taux de vaccination a nettement progressé, avec de toutefois de **très fortes disparités entre territoires**.

Taux de vaccination dans les territoires ultramarins

(Données disponibles au 15 novembre 2021)

	Population de plus de 12 ans		Population générale	
	1 dose	schéma complet	1 dose	Schéma complet
Guadeloupe	40,8 %	37,6 %	35,4 %	32,7 %
Guyane	39,4 %	34,2 %	29,4 %	25,5 %
La Réunion	73,8 %	70,9 %	60,6 %	58,2 %
Martinique	42,1 %	38,8 %	37,1 %	34,2 %
Mayotte	83,6 %	66,4 %	53,7 %	42,6 %
St Barthélemy	77,8 %	73,0 %	68,3 %	64,1 %
St Martin	46,6 %	41,9 %	37,5 %	33,7 %
St Pierre-et-Miquelon	88,5 %	85,5 %	-	-
Nouvelle-Calédonie	77,3 %	71,8 %	66,0 %	61,3 %
Polynésie française	69,2 %	67,6 %	57,6 %	55,2 %
Wallis-et-Futuna	67,3 %	66,1 %	54,4 %	53,5 %
France entière	89,0 %	87,0 %	76,6%	75,0 %

Sources : Santé publique France, agences régionales de santé, préfet de Saint-Pierre-et-Miquelon, gouvernement de Nouvelle-Calédonie, gouvernement de Polynésie française, préfet, administrateur supérieur des îles Wallis-et-Futuna. Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, le taux figurant dans la colonne « schéma » complet correspond à la population de plus de 12 ans ayant reçu une deuxième dose.

Saint-Pierre-et-Miquelon possède une couverture vaccinale équivalente à la moyenne nationale ; **Saint-Barthélemy**, la **Nouvelle-Calédonie** et, dans une moindre mesure, **La Réunion**, s'en approchent. La campagne de vaccination a touché plus de 80 % de la population éligible à **Mayotte**, mais un déficit important demeure pour l'administration de la seconde dose.

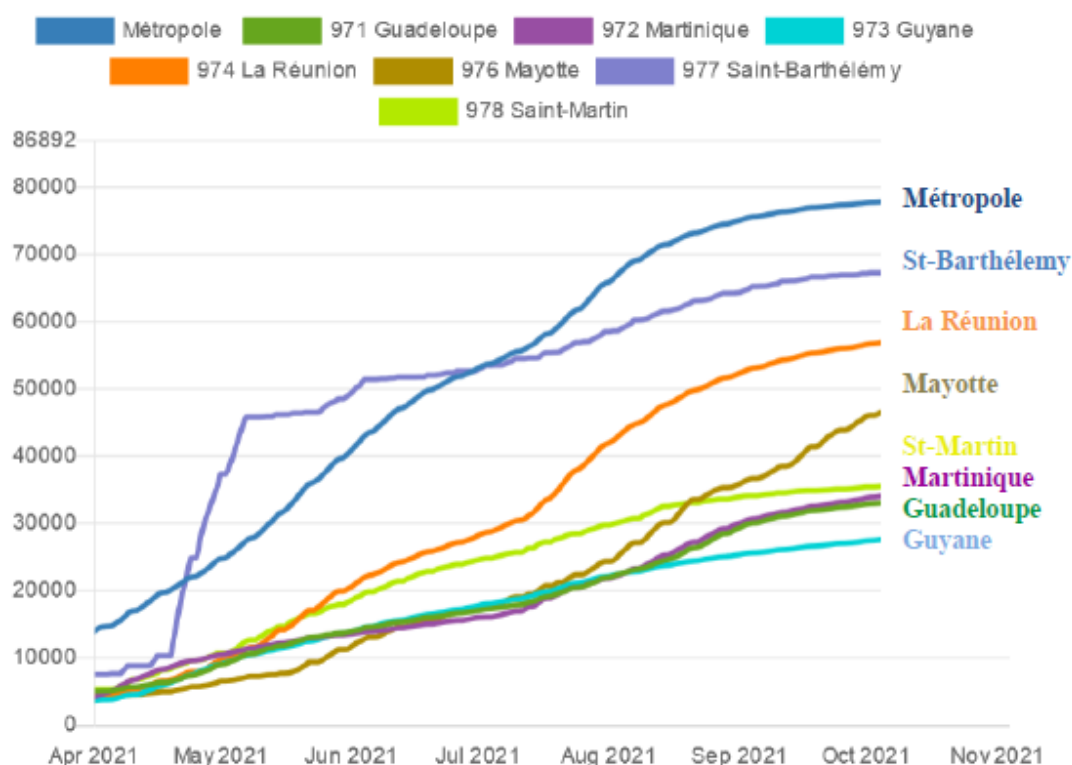
La vaccination a également bien progressé en **Polynésie française** et à **Wallis-et-Futuna**, tout en restant insuffisante.

En revanche, la **Guyane** et les **collectivités antillaises**, à l'exception de Saint-Barthélemy, demeurent à des niveaux très faibles. L'épisode

douloureux de cet été, quasi-exclusivement subi par des non vaccinés, n'entraîne **pas d'effet accélérateur sur la campagne de vaccination**. En effet, dans ces collectivités, la vaccination a progressé de manière régulière mais extrêmement lente, alors qu'une nette accélération s'est produite mi-juillet à La Réunion et à Mayotte.

ÉVOLUTION DE LA CAMPAGNE VACCINALE AUX ANTILLES, EN GUYANE ET DANS L'OCÉAN INDIEN

Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin pour 100 000 habitants



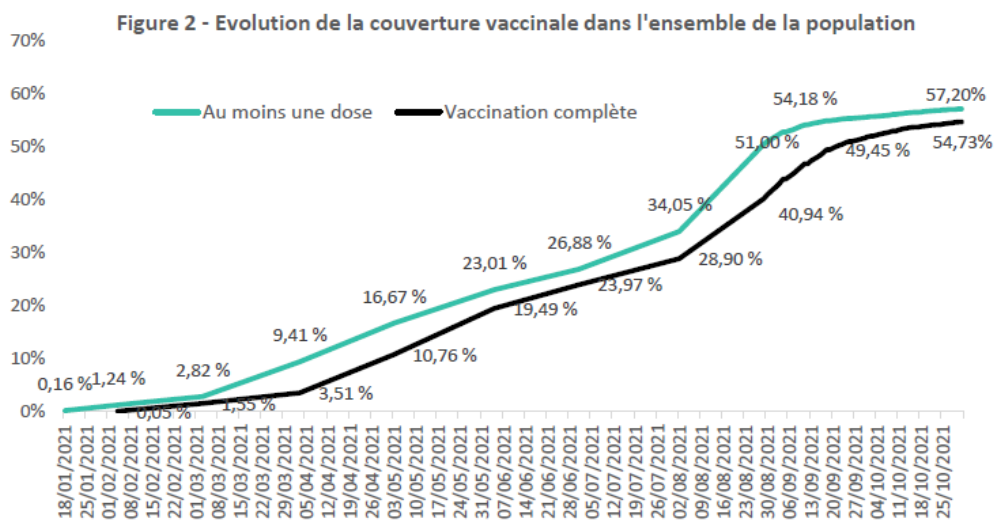
Source : covidtracker.fr

En **Polynésie française**, la vaccination a progressé de vingt-cinq points entre la fin juillet, date du déclenchement de la vague épidémique, et la fin août.

En **Nouvelle-Calédonie**, elle a fortement augmenté au début du mois de septembre, au moment de la flambée épidémique, mais également après l'adoption par le Congrès, le 3 septembre, d'une **délibération instaurant l'obligation vaccinale**. En application de cette délibération, **toutes les personnes majeures présentes sur le territoire doivent être vaccinées d'ici le 31 décembre 2021**. À ce stade, cette obligation n'est pas assortie de sanctions, celles-ci étant renvoyées à une délibération ultérieure du Congrès « si l'évolution du taux de vaccination dans les prochains mois ne

permet pas une protection suffisante de la population en cas d'introduction du virus ou si la situation sanitaire se dégrade de manière significative »¹.

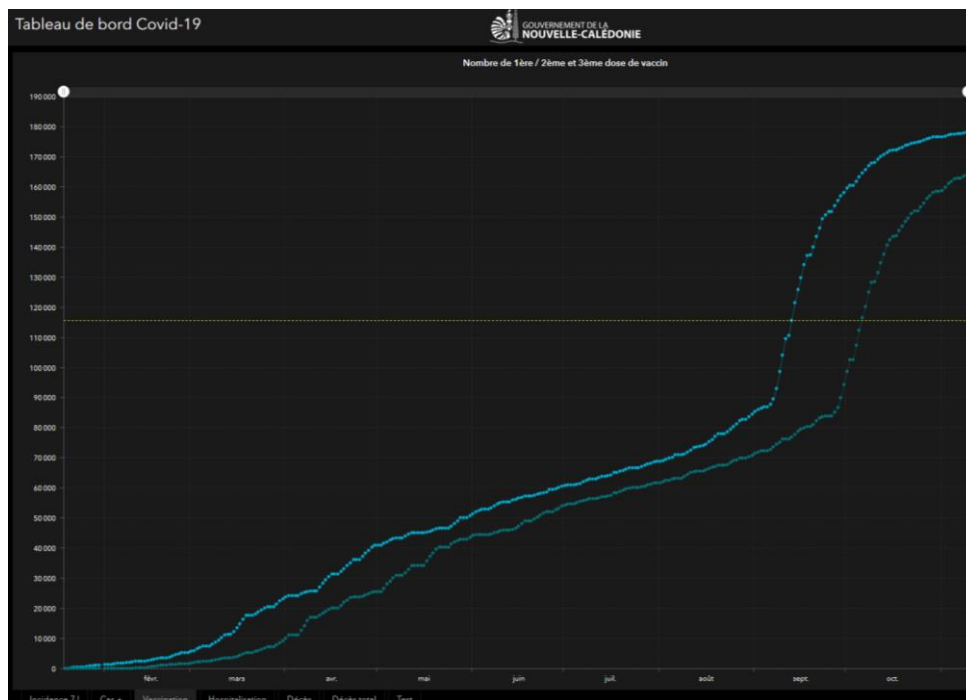
ÉVOLUTION DE LA VACCINATION EN POLYNÉSIE FRANÇAISE Nombre de personnes ayant reçu une 1^{ère} et une 2^{ème} dose



Source : gouvernement de Polynésie française

¹ Délibération n° 44/CP du 3 septembre 2021 instaurant une obligation vaccinale contre le virus SARS-CoV-2 en Nouvelle-Calédonie

ÉVOLUTION DE LA VACCINATION EN NOUVELLE-CALÉDONIE Nombre de personnes ayant reçu une 1^{ère} et une 2^{ème} dose



Source : gouvernement de Nouvelle-Calédonie

Dans les territoires de l'Océan indien et du Pacifique, la vaccination a accru la protection des populations face aux risques de reprise épidémique, mais elle demeure encore insuffisante pour prévenir toute remontée qui impliquerait des prises en charge hospitalières.

Aux Antilles, le risque d'une 5^{ème} vague se traduisant de nouveau par un **nombre élevé de formes sévères**, une **forte mobilisation des capacités d'hospitalisation et de réanimation**, avec des conséquences sur la prise en charge d'autres pathologies, et un **taux de mortalité élevé**, a été jugé très probable par les interlocuteurs rencontrés par la délégation de la mission d'information. À peine la moitié des 65-74 ans disposent d'un schéma vaccinal complet et les taux sont de 7 à 10 points inférieurs pour les plus de 75 ans.

La **situation est plus défavorable encore en Guyane**, avec des niveaux de vaccination inférieurs de cinq points à ceux des Antilles pour les plus de 65 ans.

Certes, la circulation du virus au cours des dernières semaines et des derniers mois a pu contribuer à l'**immunité** d'une partie de la population.

Selon la dernière **enquête de séroprévalence** publiée il y a quelques jours par l'Institut Pasteur de **Guyane**, 63,9 % de la population guyanaise possède des anticorps contre le Sars-CoV-2 en ayant contracté la maladie ou

par la vaccination. Or un quart de la population dispose d'un schéma vaccinal complet, environ 30 % ayant reçu une dose.

Il n'a pas été possible à la mission d'information de disposer d'information de même nature sur le niveau d'immunité aux Antilles¹.

En tout état de cause, même si l'immunité naturelle chez les non-vaccinés y était comparable à celle estimée pour la Guyane, elle demeurerait très inférieure au niveau nécessaire pour empêcher la circulation du virus, qui est évalué à 90 % de la population compte tenu du caractère contagieux et pathogène du variant delta.

Aux Antilles comme en Guyane, la part de la population vulnérable vis-à-vis d'une reprise épidémique est donc toujours très importante.

3. Des freins puissants à la vaccination aux Antilles

La question de la vaccination a été au cœur des entretiens menés par la délégation de la mission d'information qui s'est rendue en Martinique et en Guadeloupe du 17 au 21 octobre dernier.

Les deux départements ont bénéficié d'une mise à disposition précoce des vaccins et la vaccination y a été ouverte aux différentes catégories de population plus rapidement que dans l'hexagone. Pourtant, elle demeure à un niveau extrêmement bas et se heurte à des résistances puissantes.

a) De nombreux facteurs de défiance vis-à-vis de la vaccination

Lors d'une **consultation citoyenne** menée cet été sur près de 6 000 personnes en **Martinique**², **un répondant sur deux déclarait ne pas vouloir se faire vacciner**, cette proportion dépassant les 65 % chez les 18-34 ans puis diminuant avec l'âge, excepté pour la tranche des 75 ans et plus. Un quart des répondants se disaient opposés à la vaccination contre le covid-19 et les deux-tiers n'étaient pas en accord avec le fait que la vaccination constituait une solution pour venir à bout de l'épidémie et retrouver progressivement une vie normale. Les alternatives proposées se partageaient entre l'utilisation de traitements³ ou la mise en place d'un confinement strict, la fermeture des frontières et le respect des gestes barrières.

Combinées à l'opposition au passe sanitaire et à l'obligation vaccinale pour les personnels de santé, les **motivations exprimées pour**

¹ Une enquête de séroprévalence de Santé publique France est en cours pour la Guadeloupe.

² Enquête communiquée par l'agence régionale de santé de Martinique.

³ Médecine alternative ou traditionnelle, développement de nouveaux traitements, recours à des traitements existants mais non prescrits tels que l'ivermectine ou l'hydroxychloroquine.

justifier l'hostilité, les réticences ou les doutes vis-à-vis de la vaccination ne diffèrent pas fondamentalement de celles constatées dans l'hexagone.

Elles trouvent cependant **aux Antilles un écho beaucoup plus important** lié à de **multiples facteurs** :

-une moindre adhésion aux traitements issus de l'industrie pharmaceutique et une inclination traditionnelle à privilégier le recours à la **pharmacopée locale** et à des **traitements alternatifs** ;

-une propension sans doute plus marquée qu'ailleurs à **relativiser les effets de la pandémie** au regard des autres risques qui caractérisent ces territoires (cyclones, séismes, éruptions volcaniques) ;

-la place démesurée prise par les **réseaux sociaux**, vecteurs privilégiés d'informations contestables ou erronées sur la pandémie, les vaccins, les traitements et la gestion de la crise sanitaire ;

- la **défiance** d'une partie de la population **vis-à-vis de l'État et de la parole officielle**, pour des raisons très profondément ancrées tenant à l'histoire de ces territoires, mais aussi, de manière plus contemporaine, à l'occultation prolongée des conséquences de l'usage de la chlordécone ; de ce point de vue, l'opposition à la vaccination promue par les autorités comporte une dimension identitaire ;

-l'**instrumentalisation de la question vaccinale** par des mouvances politiques y trouvant des opportunités de déstabilisation.

b) Une tension sociale qui fige les positions au sein de la population

La délégation de la mission d'information a constaté, lors de son déplacement aux Antilles, une **tension palpable autour de la question de la vaccination**.

L'opposition à la vaccination se manifeste de façon virulente, par des mises en cause ou des menaces inacceptables à l'encontre de ceux qui en soulignent la nécessité, qu'il s'agisse de fonctionnaires, d'élus, de médecins, d'acteurs du monde économique, culturel ou social.

L'opinion publique est très divisée. Si une importante minorité reste très déterminée dans son rejet, plusieurs interlocuteurs de la délégation ont souligné le **sentiment de peur qui caractérise une fraction de la population** : peur du virus, plus encore peur du vaccin, mais également peur de prendre parti ou de se singulariser dans un contexte où la non-vaccination demeure aujourd'hui la norme dominante.

Sans être hostiles au vaccin, **beaucoup d'Antillais hésitent encore à franchir le pas**. Et il est révélateur que parmi ceux qui s'y rallient, certains veillent le faire en toute discrétion, en se rendant dans une commune autre que celle de leur domicile ou en exigeant une stricte confidentialité, comme cela a été rapporté à plusieurs reprises à la délégation, que ce soit pour ne pas faire apparaître qu'ils se sont déjugés ou par peur d'être mal considérés.

c) Des autorités en difficulté face à l'activisme antivaccinal

La force de l'activisme antivaccinal tout comme l'hostilité ou la réserve d'un part importante de la population ont très certainement été sous-estimées dans les premiers mois de la campagne vaccinale.

La véritable **contre-campagne véhiculée par les réseaux sociaux** a beaucoup plus porté qu'une communication institutionnelle calquée sur celle conduite dans l'hexagone, peu adaptée aux particularités du contexte local et n'impliquant guère les acteurs de proximité tels que les professionnels de santé ou les élus.

De même, seule la fraction la plus convaincue de la population s'est rendue spontanément dans les centres de vaccination.

Face à cette situation, **des inflexions ont été apportées.**

La communication a été réorientée et axée sur les préoccupations de la population et la réponse aux arguments avancés par les anti-vaccins. Les opérations d'« aller vers » se sont multipliées, en particulier avec les tournées de « vaccibus » généralement financés par les collectivités locales. Plusieurs élus se sont impliqués, par des prises de position publiques ou des initiatives locales, et certains d manière très engagée, même si d'autres demeurent sur la réserve ou ne se considèrent pas légitimes pour formuler des préconisations en matière de santé publique.

En Martinique, un comité citoyen de transparence, composé de sept représentants de la société civile, a été mis en place. Il s'est fait le relai auprès des autorités ou de professionnels de santé des interrogations de la population sur la gestion de la crise sanitaire, la vaccination ou encore les traitements. Il a publié depuis le mois d'août cinq communications qui ont été signalées dans la presse locale, mais qui mériteraient une diffusion plus large qu'il n'est pas dans les moyens du comité d'opérer.

Ces évolutions sont intervenues assez tardivement et n'ont pour l'instant produit que des effets limités, alors que localement, les questions de la vaccination et de l'obligation vaccinale des soignants tendent désormais à se confondre dans l'esprit de l'opinion publique, relativisant les considérations d'ordre strictement scientifique et sanitaire.

Les solutions de proximité pour la vaccination se sont multipliées, mais les résultats demeurent inégaux. Ils sont meilleurs là où la population a été préalablement sensibilisée, notamment par une implication des municipalités.

d) Des ressorts comparables en Guyane

La mission d'information n'a pu recueillir des éléments aussi détaillés sur les ressorts du faible taux de vaccination en Guyane, mais ceux dont elle dispose montrent qu'avec des différences liées au contexte local, à

la géographie et aux caractéristiques de la population, les problématiques sont assez voisines de celles rencontrées aux Antilles.

Les mouvements hostiles à la vaccination recueillent un écho important, les doutes sur les effets du vaccin sont répandus, la parole des autorités et des scientifiques est mise en cause.

Comme aux Antilles, la communication a été ajustée, notamment par des supports dans les différentes langues parlées sur le territoire. Un comité citoyen de la transparence de 17 membres a également été mis en place à la fin du mois de septembre.

Pour répondre aux objections à l'encontre des vaccins à ARN messenger, le territoire a été approvisionné à la mi-octobre en vaccins Janssen sans que cela ne modifie sensiblement la progression de la vaccination qui demeure toujours extrêmement lente.

4. Une mise en œuvre difficile de l'obligation vaccinale dans le secteur sanitaire

Pleinement en vigueur dans l'hexagone depuis le 16 octobre, l'obligation vaccinale des personnels des établissements de santé et des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux prévue par la loi du 5 août dernier relative à la gestion de la crise sanitaire a fait l'objet, outre-mer d'un **calendrier aménagé** compte tenu des effets prolongés de la vague épidémique de l'été dernier. Les échéances d'engagement dans le parcours vaccinal et d'exigence d'un schéma complet ont été décalées. Le contrôle de cette obligation dans les établissements hospitaliers s'effectue de manière échelonnée : à l'égard des cadres et personnels médicaux tout d'abord, des personnels affectés aux fonctions support ensuite et enfin des personnels soignants non médicaux.

En **Nouvelle-Calédonie**, le Congrès, par sa délibération du 3 septembre dernier, a instauré une obligation de vaccination, à compter du 31 octobre 2021 et sous peine d'une amende de 175 000 francs CFP (1 458 euros) de plusieurs catégories de personnels¹. À l'issue d'une table ronde sociale tenue le 23 octobre, il a été décidé de reporter cette obligation au 31 décembre 2021.

Une obligation comparable² a été prévue en **Polynésie française**, à compter du 23 octobre et sous peine d'une amende du même montant et

¹ Personnes exerçant une activité professionnelle dans les domaines suivants : transport aérien et maritime, secteur portuaire et aéroportuaire ; mise en œuvre des mesures de quarantaine ; établissements de soins publics ou privés ; secteurs sensibles dont l'interruption entrainerait des conséquences néfastes sur le fonctionnement du pays ou affecterait la sécurité ou l'ordre public.

² Personnes exerçant une activité professionnelle ou bénévole les exposant ou exposant les personnes dont elles ont la charge à des risques de contamination : professionnels de santé ; personnels des établissements de soins publics ou privés ou accueillant des personnes âgées, des

d'une majoration du ticket modérateur pour le remboursement des soins, par la loi du pays du 23 août 2021 relative à la vaccination obligatoire dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire liée à la covid-19. Le 13 octobre dernier, le président du pays a annoncé son report de deux mois, jusqu'au 23 décembre.

Cette obligation a suscité de vives contestations, particulièrement aux Antilles et en Guyane, débouchant sur des conflits sociaux dans de nombreux établissements hospitaliers. À la suite de la médiation engagée en Martinique, le Gouvernement y a également repoussé au 31 décembre l'exigence d'un schéma vaccinal complet, les personnels devant justifier d'une première injection avant le 6 décembre.

À la veille des échéances initiales, les estimations sur le taux de vaccination des personnels concernés étaient particulièrement basses. Elles sont aujourd'hui nettement plus élevées, davantage de personnels ayant déclaré leur statut vaccinal ou régularisé leur situation.

Ainsi, le taux de professionnels libéraux engagés dans le parcours vaccinal est supérieur à 80 % et atteint même 95 % à La Réunion.

En Guadeloupe, le taux de vaccination du personnel est de 84 % au CHU de Pointe-à-Pitre, de 95 % au centre hospitalier de Basse-Terre et de près de 100 % à la clinique des Eaux Claires de Baie-Mahault. 60 % des Ehpad ont un taux de vaccination compris entre 90 % et 100 %.

À La Réunion, 94 % des personnels établissements de santé et médico-sociaux sont en conformité avec l'obligation vaccinale et 85 % au centre hospitalier de Mayotte.

En Martinique, le taux de vaccination du personnel du CHU n'avoisinerait en revanche que les 50 % et en Guyane, il n'est que de 64 % pour l'ensemble des établissements de santé.

Aux yeux de la mission d'information, l'obligation fixée par la loi doit pleinement s'appliquer outre-mer. Il est en revanche légitime que sa mise en œuvre obéisse à des modalités adaptées à la situation de chaque territoire et que les équipes compétentes soient en mesure de répondre à toutes les interrogations des personnels concernés.

enfants, des personnes handicapées ; personnes au contact du public dans les services publics, les commerces, les activités de prestation de service ; personnes de plus de 16 ans atteintes de certaines affections, personnes exerçant des activités essentielles au fonctionnement de la Polynésie française ; personnes exerçant des activités dans lesquelles les gestes barrières ne peuvent être respectés.

D. DOTER LES OUTRE-MER DE CAPACITÉS SANITAIRES PLUS ROBUSTES À COURT ET À MOYEN TERME

1. Une mobilisation pour la vaccination à accentuer et à cibler

La vaccination doit demeurer une **priorité absolue**, tant pour prémunir les territoires ultramarins des impacts d'une probable cinquième vague que pour permettre le retour à une vie économique et sociale normale.

Il s'agit à la fois de toucher les catégories de population les plus à l'écart de la vaccination et de tenir compte des facteurs auxquels s'est heurtée la campagne vaccinale, particulièrement **aux Antilles et en Guyane**. Dans ces territoires, la communication doit être beaucoup plus adaptée à l'état d'esprit et aux préoccupations de la population. Des efforts et des moyens spécifiques doivent être consacrés à des **actions « sur-mesure »** pour améliorer la couverture vaccinale.

D'une manière générale, il est souhaitable que les autorités locales disposent de la latitude nécessaire et des moyens pour conduire, notamment en matière de vaccination, des **actions adaptées au contexte de chaque collectivité**.

Proposition : accentuer les actions de communication pour répondre aux informations erronées diffusées sur l'épidémie et la vaccination en valorisant sous une forme accessible au grand public les données issues de l'expertise scientifique.

Proposition : constituer à l'échelle de chaque territoire un réseau de relais pour une communication de proximité sur la vaccination, adaptée aux préoccupations de la population, à travers les élus locaux et les milieux professionnels, associatifs, culturels et sportifs.

Proposition : mettre en place une communication spécifique en direction des jeunes, par exemple en s'appuyant sur les volontaires du service civique.

Proposition : dans les territoires où les taux de vaccination sont les plus faibles, dégager des ressources humaines dédiées à l'écoute et au dialogue afin de répondre aux interrogations de la population vis-à-vis de la vaccination.

Proposition : afin d'améliorer les résultats des opérations de vaccination de proximité, les préparer par des actions d'information préalable s'appuyant sur des relais locaux, notamment les élus.

Proposition : mener des actions spécifiques en direction des personnes présentant les risques de formes sévères les plus élevés : personnes en surpoids, diabétiques, insuffisants rénaux, hypertendus.

Proposition : renforcer l'implication des médecins et pharmaciens dans la vaccination

2. Des situations de crise à mieux anticiper

Selon les informations recueillies par la mission d'information auprès du ministère des solidarités et de la santé, plusieurs dispositions ont été prises en vue d'améliorer les capacités des territoires ultramarins à faire face à une nouvelle crise sanitaire.

Les stocks de matériels médicaux ont été renforcés, avec l'intégration du matériel acheminé l'été dernier. Les plans de montée en puissance des établissements de santé ont généralement été adaptés à la lumière des constats effectués lors de la crise. Un nouveau prestataire a été retenu pour l'acheminement des renforts en personnel et des matériels et pour l'organisation des opérations d'évacuation sanitaire, afin d'en assurer une plus grande réactivité. Deux concentrateurs d'oxygène ont été acquis pour la zone Antilles, en vue de doter ces territoires d'une autonomie compétente en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

Proposition : dans l'immédiat, tant que subsistent une situation sanitaire incertaine et un important retard dans la prise en charge des pathologies autres que le covid, maintenir autant que possible les renforts nationaux venant en appui des établissements hospitaliers ultramarins.

Proposition : au vu des plans de montée en puissance des établissements de santé, anticiper les besoins et mieux organiser et mobiliser la réserve sanitaire afin d'assurer une plus grande réactivité en cas de cinquième vague, notamment aux Antilles et en Guyane compte tenu du moindre niveau de protection des populations de ces territoires.

Proposition : fournir un appui technique aux professionnels de santé des territoires ultramarins afin d'effectuer un retour d'expérience approfondi sur la crise sanitaire de l'été 2021, identifier les lacunes ou points d'amélioration et consolider les plans de préparation aux crises.

Proposition : veiller particulièrement, dans les plans de préparation aux crises, à renforcer la coordination entre autorités sanitaires, établissements hospitaliers et professionnels libéraux.

Proposition : veiller au renforcement de l'autonomie des territoires en constituant des stocks suffisants d'équipements, de matériels et de produits de santé et en garantissant une capacité locale de production d'oxygène.

Proposition : explorer les possibilités de coopération régionale de nature à offrir, en cas de crise, une alternative au recours à des renforts nationaux ou à des évacuations sanitaires vers l'hexagone.

3. Des infrastructures hospitalières à relever, notamment aux Antilles

L'offre de soins hospitaliers outre-mer apparaît assez contrastée. « La Guadeloupe et la Martinique ont une capacité d'accueil et une activité d'hospitalisation complète comparable à celles de la métropole. En Guyane, à La Réunion et plus encore à Mayotte, les capacités d'accueil, rapportées à la population, sont nettement moins élevées et moins variées. Pour l'hospitalisation partielle, la Guadeloupe, ainsi que La Réunion se rapprochent de la métropole. ... En nombre de lits de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) pour 100 000 habitants, la Guadeloupe est le DROM qui se rapproche le plus de la métropole en 2019 (- 10% d'écart), suivi par la Guyane et la Martinique (- 16 %) et La Réunion (- 18 %). Pour Mayotte, l'écart reste toujours nettement plus important (- 55 %) »¹.

Selon la même source, « les DROM hors Guyane ont connu les plus grandes évolutions de leur densité de lits en réanimation entre 2013 et 2019, leur permettant d'atteindre un niveau similaire à celui de la métropole : la densité de lits de réanimation progresse ainsi très fortement en Martinique (+ 71 %), à La Réunion (+ 30 %, malgré une augmentation de la population de 3%) et en Guadeloupe (+ 24%). À l'inverse, la densité de lits en réanimation pour 100 000 habitants en Guyane a reculé de 20 % entre 2013 et 2019, reflétant la hausse de la population sur cette période ». Mayotte, où les données relatives à l'évolution 2013-2019 ne sont pas disponibles, et la Guyane sont les régions françaises pour lesquelles la densité en lits de réanimation est la plus faible. Pour sa part, la densité de lits en soins critiques « progresse le plus fortement dans les DROM entre 2013 et 2019 : Martinique (+ 58 %), Guadeloupe (+ 32 %), La Réunion (+ 30 %) et Guyane (+ 15 %) », même si elle reste notablement inférieure à la moyenne nationale à Mayotte, en Guyane et en Guadeloupe.

S'agissant des **infrastructures hospitalières** elles-mêmes, la Nouvelle-Calédonie dispose d'un hôpital très récent et bien dimensionné. C'est aussi le cas en Polynésie française, avec un hôpital achevé il y a une dizaine d'années qui pourrait sans doute faire l'objet d'aménagements complémentaires pour accroître les surfaces de stockage et les capacités d'accueil des patients nécessaires en cas de crise. Dans ces deux territoires, la santé relève de la compétence des territoires. Si les équipements hospitaliers sont à niveau, leur fonctionnement est assuré par des organismes d'assurance maladie qui sont confrontés à des déficits², l'organisation et le coût des évacuations sanitaires inter-îles soulevant également des difficultés particulières en Polynésie française. L'État accorde à cette dernière un soutien financier en matière de santé dans le cadre d'une convention qui a été renouvelée le 14 octobre dernier pour la période 2021-2023. Cette

¹ Les établissements de santé – édition 2021 - DREES

² Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs (Cafat) en Nouvelle-Calédonie ; caisse de prévoyance sociale (CPS) en Polynésie française.

contribution de l'État s'inscrit dans la limite d'une moyenne annuelle de 13,19 millions d'euros.

L'équipement est en revanche vieillissant et mérite d'être modernisé aux Antilles. Le chantier du nouveau CHU de Pointe-à-Pitre, engagé après l'incendie survenu en 2017, devrait être achevé fin 2023.

En Guyane, le plan santé annoncé par le Gouvernement en mars dernier prévoit la création d'un CHU à l'horizon 2025, le renforcement des 17 centres délocalisés de prévention santé (CDPS), la transformation d'ici 2022 de trois d'entre eux¹ en hôpitaux de proximité aménagés, le doublement des capacités d'hospitalisation en soins critiques d'ici 2024.

À Mayotte, la décision de construire un second site hospitalier, nécessaire en raison de l'augmentation rapide de la population, a été annoncée en 2019, mais cette réalisation n'est pas prévue avant la fin de la décennie.

Les outre-mer représentent une part significative du **plan d'investissement** prévu dans le cadre du « Ségur de la santé » - plus d'1 milliard d'euros sur un total de 14,5 milliards - et plus encore de son volet « projets », soit plus de 700 millions d'euros sur un total de 6,5 milliards. En outre, ces montants n'incluent pas les 580 millions d'euros destinés à la construction du CHU Guadeloupe, entièrement financée par l'État.

Le tableau ci-après retrace les montants prévus, qui se décomposent en subventions destinées à améliorer la trésorerie des établissements et à les désendetter, en financements de projets et en dotations pour des investissements courants.

¹ *Maripasoula, Grand Santi et Saint-Georges de l'Oyapock*

Répartition du plan d'investissement en santé (volet sanitaire)

(en millions d'euros)

	Restauration capacités financières	Projets	Investissements courants	Total
Guadeloupe	46	98*	10	154*
Martinique	75	364	9	448
Guyane	33	99	6	138
La Réunion	122	110	20	252
Mayotte	26	33	6	65
St-Pierre-et-Miq.	0,1	5,3	0,1	5,5
Total	302,1	709,3	51,1	1 062,5

* hors financement par l'État, à hauteur de 580 millions d'euros, de la construction du CHU de Pointe-à-Pitre.

Un effort de rattrapage est donc engagé, mais ses effets ne seront pas immédiats.

Aux yeux de la mission d'information, l'insularité ou l'isolement et l'éloignement des territoires ultramarins, qui les privent de possibilités géographiques alternatives de prise en charge, justifient un dimensionnement de l'offre de soins au moins équivalent à celui de l'hexagone.

Il est donc important que les moyens en investissement prévus à la suite du Ségur de la santé soient rapidement engagés sur les projets les plus pertinents.

Par ailleurs, à la lumière de la crise épidémique, une attention particulière mérite d'être apportée aux capacités en soins critiques.

Proposition : engager rapidement sur les projets les plus pertinents les moyens en investissement prévus outre-mer à la suite du Ségur de la santé.

Proposition : maintenir dans les territoires ultramarins une capacité en soins critique supérieure à celle dont ils disposaient avant la crise épidémique de l'été 2021.

Proposition : mettre à l'étude la mise en place d'une capacité de réanimation au centre hospitalier de Saint-Martin compte tenu des difficultés rencontrées en matière d'évacuations sanitaires lors de la dernière crise épidémique.

4. Une attractivité médicale à renforcer

Selon les données publiées par le Conseil national de l'ordre des médecins, la densité en médecins généralistes s'est renforcée entre 2012 et 2021 en Martinique, en Guadeloupe en Guyane et à La Réunion, alors qu'elle a régressé en moyenne nationale, et dans ces mêmes départements, la densité en médecins spécialistes a davantage progressé qu'en moyenne nationale.

Pour autant, « à l'échelle régionale, la Guyane, la Martinique et la Guadeloupe sont les régions les plus touchées par la sous-densité médicale La situation est particulièrement dégradée en Guyane, dont la part de population vivant en zone sous-dense en 2018 s'élève à 44,2 %. La situation s'améliore légèrement en Martinique et en Guadeloupe, seules régions où la part de population résidant en zone sous-dense recule sensiblement durant la période »¹. Dans ces deux régions, environ 18 % de la population vit cependant en zone sous-dense en médecins généralistes, contre 5,7 % pour la France entière.

Un dispositif d'autorisation d'exercice dérogatoire au droit commun a récemment été instauré pour faciliter le **recrutement de praticiens étrangers** dans certains territoires d'outre-mer². Entre 2020 et 2021, plus de 700 postes de praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) y ont été ouverts et, selon les informations communiquées à la mission d'information par le ministère des solidarités et de la santé, la quasi-totalité des postes ont été pourvus.

La délégation de la mission d'information a cependant constaté lors de son déplacement aux Antilles le **risque d'effritement de la ressource médicale, notamment en milieu hospitalier**, compte tenu du contexte éprouvant traversé lors de la crise épidémique et des fortes tensions sociales qui se sont manifestées. Un nombre important de souhaits de départ vers l'hexagone ont été exprimés.

Par ailleurs, la mise en œuvre des nouvelles dispositions législatives sur l'intérim médical, bien que reportée, et la suppression prévue en 2022 du statut de clinicien hospitalier, alors que les conditions du nouveau statut unique de praticien contractuel remplaçant les trois formules actuelles de contrat ne sont encore définitivement connues, créent une **incertitude sur la pérennité de la présence d'un certain nombre de personnels médicaux** dans les établissements.

Proposition : élaborer une stratégie et des mesures spécifiques pour renforcer l'attractivité de l'exercice médical outre-mer.

Proposition : veiller, dans les territoires ultramarins, à assurer une transition adaptée pour la mise en œuvre du nouveau cadre d'exercice de

¹ DREES Études et résultats - février 2020 n° 1144

² Article 71 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et décret n°2020-377 du 31 mars 2020 pris pour son application.

l'intérim médical et du nouveau statut unique de praticien contractuel destiné à remplacer les statuts contractuels actuel et le statut de clinicien hospitalier.

II. UNE RÉPONSE ÉCONOMIQUE D'AMPLEUR APPRÉCIABLE, MAIS DEVANT ENCORE GAGNER EN ADAPTATION ET EN AMBITION

A. UNE CRISE FRAPPANT DES TERRITOIRES AFFECTÉS DE FRAGILITÉS STRUCTURELLES QUI ONT EN PARTIE JOUÉ UN RÔLE AMORTISSEUR

1. Des vulnérabilités liées à des fragilités structurelles ...

Face à la crise provoquée par l'épidémie et les mesures de freinage associées, lesquelles suivaient d'autres secousses ayant affecté leur économie¹, les territoires ultramarins ont présenté des vulnérabilités spécifiques liées à leurs fragilités structurelles.

a) Une forte dépendance des échanges commerciaux extérieurs

Les outre-mer disposant d'une faible base industrielle, une grande partie de la consommation des ménages et des entreprises y provient des importations et une part significative des débouchés sont liés aux exportations. La rupture mondiale des chaînes d'approvisionnement a désorganisé la production internationale de biens manufacturés, diminué le flux d'importations et entraîné la fermeture des marchés de destination des entreprises ultramarines avec de faibles possibilités de se reporter sur le marché local.

Par ailleurs, les territoires ultramarins ont subi l'impact des mesures de freinage en vigueur dans l'hexagone, avec lequel se concentrent 50 à 60 % de leurs échanges, alors qu'eux-mêmes, jusqu'à l'été dernier, étaient moins touchés par l'épidémie. De ce point de vue, le faible degré d'intégration régionale est un facteur aggravant.

b) Une écrasante majorité de TPE et PME

Les outre-mer se caractérisent par une très forte proportion de TPE², souvent sous le régime de l'entrepreneur individuel, et de PME (95 %

1 L'ouragan Irma aux Antilles en 2017, qui selon l'institut allemand Cedim aurait engendré des coûts de reconstruction de 10 milliards de dollars pour la Caraïbe, dont 1,5 milliard de dollars pour Saint-Martin et 780 millions d'euros pour Saint-Barthélemy ; les conflits sociaux en Guyane ; la hausse de l'insécurité à Mayotte.

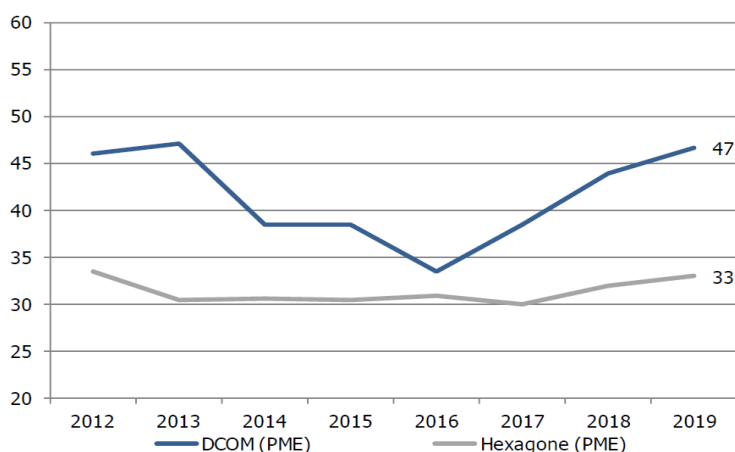
2 Selon Chérifa Linossier, présidente de la CGPME de Nouvelle-Calédonie et vice-présidente de la Représentation patronale du Pacifique Sud : « le tissu économique de ces pays est tel, qu'en Nouvelle-Calédonie, il a fallu redéfinir les critères de définition des entreprises. Ainsi, si les TPE restent les entreprises de moins de 10 salariés, les entreprises considérées comme PME sont, en Nouvelle-Calédonie, des entreprises salariant entre 10 et 99 personnes, alors qu'en France, la définition de PME inclut des entreprises jusqu'à 250 salariés. Ainsi, on notera qu'en Nouvelle-Calédonie, sur les 56 032 entreprises existantes au 1^{er} janvier 2014, 54 735 sont des TPE de moins de 10 salariés dont 49 425 d'entre elles sont des entreprises individuelles » (table-ronde au Sénat - 2014).

environ). 84 % des entreprises de Guadeloupe n'auraient aucun salarié, 81 % en Martinique et 65 % en Guyane¹.

Or ces petites entreprises sont, toutes choses égales par ailleurs, plus vulnérables aux chocs économiques, *a fortiori* de cette ampleur, compte tenu de leur plus faible trésorerie, de leur moindre rentabilité et des réticences des banques à leur octroyer des prêts.

Leur besoin en fonds de roulement (décalage de trésorerie entre les encaissements et les décaissements) est supérieur à celui constaté dans l'hexagone.

ÉVOLUTION DU BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT DES PME DES DCOM DE LA ZONE EURO ET DE L'HEXAGONE (en jours de chiffre d'affaires)



Source : Banque de France, IEDOM, base Fiben

Pour Mme Marie-Anne Poussin-Delmas, présidente de l'IEDOM et directrice générale de l'IEOM, « cela correspond à la nécessité, pour les entreprises ultramarines, de constituer davantage de stock. Joue également sur ce besoin en fonds de roulement le poids de la fiscalité indirecte, en particulier de l'octroi de mer² ». Il s'agit donc là d'une fragilité plus importante que pour les entreprises hexagonales en cas de diminution des revenus d'activité.

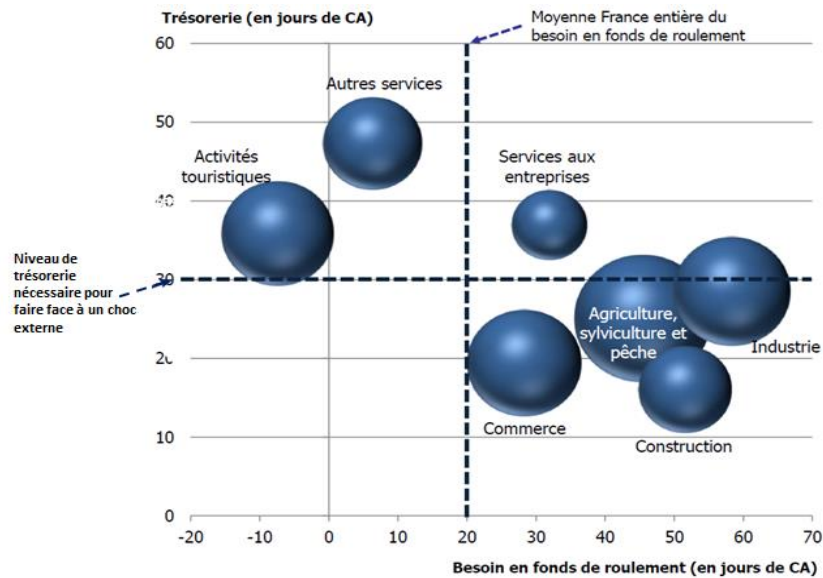
Les secteurs les plus touchés par les restrictions d'activité sont en outre ceux dont le besoin en fonds de roulement (BFR) est le plus élevé et dont la trésorerie est la plus faible (hormis le tourisme, très impacté mais dont le BFR est négatif de 10 jours de chiffre d'affaires, et dont la trésorerie est supérieure à la moyenne). Mme Poussin-Delmas indiquait ainsi que « les secteurs-clés sur lesquels doit reposer la reprise en outre-mer – construction, industrie, commerce, mais aussi agriculture, sylviculture et pêche – sont clairement

¹ Selon Mme Carine Sinaï-Bossou, présidente de la Chambre de commerce et d'industrie de la Guyane, entendue en audition par la mission d'information.

² Table-ronde organisée par la mission d'information le 28 septembre 2021.

aujourd'hui dans une situation financière compliquée par rapport au défi que représente la reprise économique ».

NIVEAU DE TRÉSORERIE ET DE BFR PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ



Source : IEDOM et base FIBEN.

c) Un poids important de l'économie informelle

La part de l'économie informelle dans le PIB est outre-mer beaucoup plus importante que dans l'hexagone. À titre d'exemple, elle représentait en 2015 à Mayotte les deux tiers des entreprises marchandes (soit 5 300 entreprises) et générait 9 % de la valeur ajoutée de l'ensemble des entreprises¹. Sans que des données aussi précises puissent être avancées, l'économie informelle est particulièrement marquée à Wallis-et-Futuna (notamment dans les secteurs de l'agriculture et de l'artisanat). En Guadeloupe, le secteur informel représenterait entre 23 et 26,5 % des emplois, entre 19 et 20 % en Martinique et de 12,5 à 16,5 % à La Réunion².

Cette situation a accru les difficultés économiques outre-mer lors de la crise. Les entreprises du secteur informel ne sont pas éligibles aux aides et sont concentrées dans les activités les plus affectées, comme le commerce de détail ou la construction. Enfin, comme l'a indiqué en audition M. Bourahima Ali Oussen, président de la Confédération des PME de Mayotte, compte tenu de l'économie informelle, une recrudescence des

¹ Insee, « De nombreuses entreprises informelles pour peu de richesse créée. Enquête sur les entreprises mahoraises en 2015 », février 2018.

² Primeview,

violences et des vols dans les entreprises fermées a été constatée (200 cambriolages sur 45 jours, surtout dans la grande distribution).

d) Une diversification insuffisante

De manière générale, la diversification de l'économie est considérée comme de nature à mieux amortir les chocs économiques. Or les économies ultramarines reposent sur un nombre réduit de secteurs : l'agriculture, caractérisée par une grande spécialisation, le tourisme, le bâtiment, qui bénéficie de dispositifs non-négligeables de défiscalisation, le nickel en Nouvelle-Calédonie et l'industrie spatiale en Guyane.

S'agissant du **tourisme**, il est déterminant aux Antilles (30 % du PIB de la Guadeloupe, par exemple) ainsi qu'à la Réunion, en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française. M. Éric Leung, président de la délégation aux outre-mer du CESE a ainsi rappelé, lors de son audition par la mission d'information le 28 septembre 2021 : « *la filière touristique de l'île de La Réunion, dont le chiffre d'affaires annuel s'établit normalement à 1,7 milliard d'euros, a perdu l'année dernière plus de 770 millions d'euros, soit 50 %. Et je rappelle que le tourisme représente 9 % du PIB de notre territoire* » ;

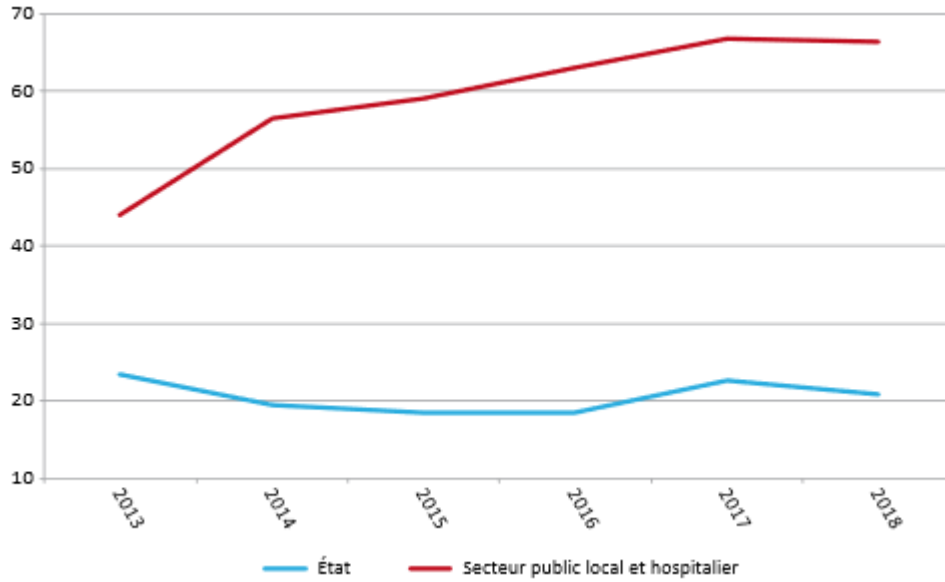
e) Des délais de paiement des collectivités locales et des établissements hospitaliers anormalement longs

Outre-mer, en 2018, les délais de paiement des services de l'État étaient en moyenne de 20,8 jours, mais ils atteignent 66,5 jours pour le secteur public local et hospitalier (pour des délais règlementaires respectifs de 30 jours et de 50 jours)¹.

Selon une étude plus récente transmise par l'IEDOM-IEOM à la mission d'information en septembre 2021, ils atteindraient près de 100 jours pour les établissements publics de santé des départements et collectivités d'outre-mer.

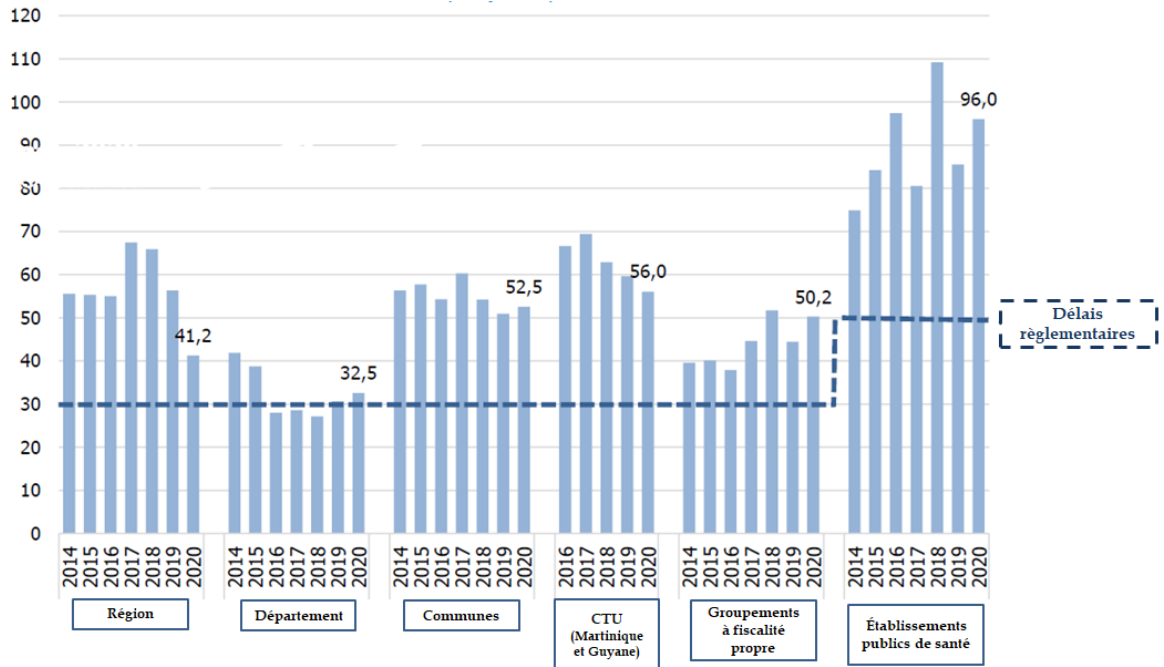
¹ IEDOM, Rapport annuel, « Délais de paiement pratiqués par les entreprises et les organismes publics des départements d'outre-mer », août 2019.

ÉVOLUTION DES DÉLAIS DE PAIEMENT DU SECTEUR PUBLIC (en jours)



Source : DGFIP, rapport IEDOM.

ÉVOLUTION DES DÉLAIS DE PAIEMENT DES COLLECTIVITÉS LOCALES ET HOSPITALIÈRES DANS LES DCOM DE LA ZONE EURO (en jours)



Source : DGFIP, document transmis par l'IEDOM-IEOM.

De tels délais engendrent de réelles contraintes sur la trésorerie des entreprises, notamment celles du secteur de la construction où il atteint 123 jours, des services aux entreprises (94 jours) et des transports (92 jours).

Ces différentes fragilités structurelles, particulièrement mises en évidence en 2020 lorsque la crise était à son apogée, ne se sont pas résorbées depuis, alors que la vague épidémique survenue mi-2021 a contraint les pouvoirs publics à de nouvelles mesures de restriction d'activité.

2. ... dont certaines ont paradoxalement permis d'atténuer légèrement l'importance du choc économique

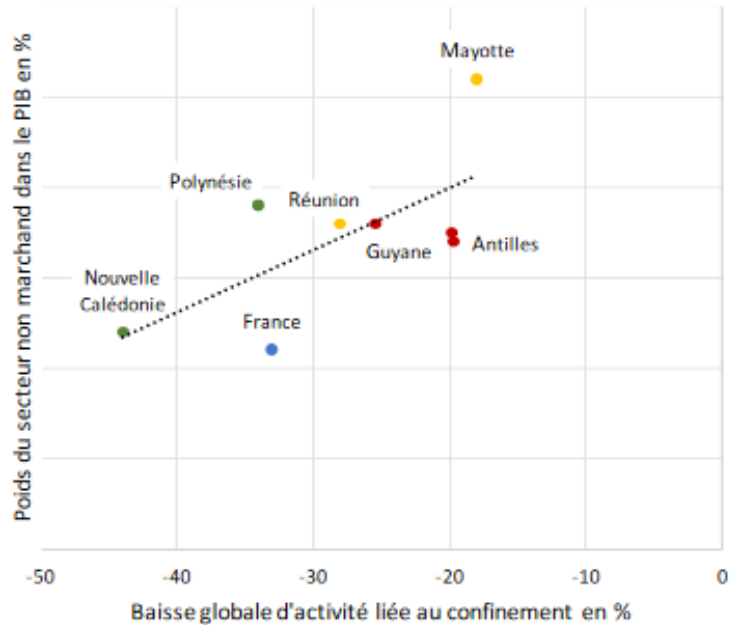
Certaines spécificités de l'économie ultramarine ont cependant permis d'amortir l'impact de la crise économique.

La part du secteur non-marchand, plus élevée dans ces territoires qu'en métropole, atténue leur vulnérabilité aux chocs économiques¹. Il représente 54 % de la valeur ajoutée à Mayotte, entre 33 et 37 % dans les autres DROM et en Polynésie française et 24 % en Nouvelle-Calédonie, contre 22 % en moyenne pour la France entière.

Le graphique ci-dessous illustre la corrélation entre la part du secteur non marchand et la baisse d'activité au cours de l'année 2020.

¹ Dans les comptes nationaux, l'intégration du secteur non marchand s'effectue sur la base de la valorisation de ses coûts de production, principalement salariaux.

VARIATION DE L'ACTIVITÉ PENDANT LE PREMIER CONFINEMENT ET POIDS DU SECTEUR NON MARCHAND DANS LES OUTRE-MER

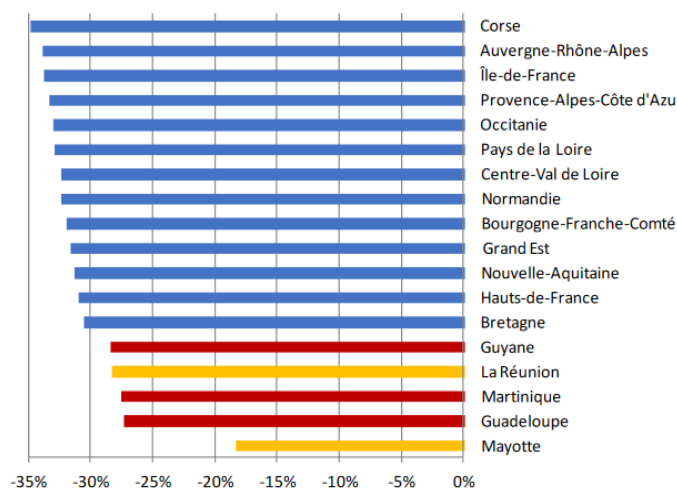


Source : CEROM, mars 2021, *Les conséquences économiques de la crise sanitaire dans les Outre-mer*.

À ce facteur s'ajoute, pour La Réunion, une moindre dépendance aux exportations. Lorsque les marchés de destination se sont fermés, l'impact sur la chute du PIB y a donc été moins fort que pour les autres territoires ultramarins.

La combinaison de ces différents éléments, ainsi qu'une durée de confinement plus courte pour les territoires du Pacifique, s'est traduit outre-mer par un recul d'activité moins fort qu'en métropole lors du premier confinement de 2020.

**VARIATION D'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE
PAR RAPPORT À UNE SITUATION NORMALE, EN %,
LORS DU PREMIER CONFINEMENT**



Source : CEROM - « Les conséquences économiques de la crise sanitaire dans les Outre-mer », page 4.

**B. UNE RÉPONSE ÉCONOMIQUE EFFICACE MAIS INSUFFISAMMENT
TERRITORIALISÉE**

**1. Un choc inédit en 2020, une reprise réelle au premier semestre
2021 et de fortes incertitudes pour les mois à venir**

a) Une chute de l'activité très marquée en 2020, bien que moins forte qu'en France métropolitaine

(1) Une chute d'activité globale entre 3 % et 6 % du PIB en outre-mer, qui masque des situations contrastées selon les territoires

Les différents « amortisseurs » recensés *supra* ont « ont permis d'amortir la baisse du PIB, qui, en dépit des estimations très élevées du début d'année¹, s'est établie, à la fin de l'année 2020, entre moins 3 % et moins 6 %, à comparer à la diminution de 7,9 % enregistrée dans l'Hexagone, sauf en Polynésie française, où la régression du PIB a été de 7,6 % », ainsi que l'a relevé Mme Marie-Anne Poussin-Delmas devant la mission d'information.

Pour autant, cette chute de l'activité reste massive, inédite par son ampleur et sa synchronie entre les territoires, et ses conséquences dommageables devraient persister sur le moyen terme.

¹ Les premières estimations conduites par l'IEOM/IEDOM en mai 2020 tablaient sur une baisse de 10 à 20 % du PIB pour les territoires d'outre-mer.

Dans le détail, le PIB de la **Guadeloupe** s'est contracté de 3 % en 2020 et les estimations de perte de chiffre d'affaires s'établissent à -13,1 %. En **Martinique**, la baisse du PIB est également de 3 %, et l'indicateur du climat des affaires a connu en 2020 sa plus forte baisse depuis les mouvements sociaux de 2009. Ainsi que le note une publication¹ de l'IEOM/IEDOM d'avril 2021, « *il n'en reste pas moins que l'économie martiniquaise expérimente en 2020 l'une des plus dures récessions de son histoire moderne* ».

En **Guyane**, si le secteur du tourisme s'est effondré et ne s'était toujours pas entièrement redressé en avril 2021, l'activité des principaux secteurs est restée plutôt stable. Le moral des chefs d'entreprise, après avoir plongé lors du premier trimestre 2020, atteignait ainsi fin 2020 son niveau de 2019.

À **Saint-Pierre-et-Miquelon**, « *malgré des incertitudes persistantes et une reprise inégale selon les secteurs d'activité, l'économie de l'archipel s'est montrée résiliente face à la crise économique en 2020* », selon le rapport IEDOM-IEOM précité, grâce notamment à la consommation des ménages et au poids de l'administration publique.

À **La Réunion**, les pertes de chiffre d'affaires ont atteint 9 % en moyenne sur l'année, tous les grands secteurs économiques étant touchés, mais l'économie a fait preuve dans l'ensemble d'une importante résilience en raison notamment d'une situation sanitaire mieux maîtrisée. À Mayotte en revanche, les difficultés déjà existantes ont été amplifiées par la crise sanitaire et économique, les problèmes de trésorerie des entreprises ayant été particulièrement aigus ; après une courte reprise, l'activité globale a ainsi à nouveau diminué au dernier trimestre.

En **Nouvelle-Calédonie**, l'économie a été fortement fragilisée tout au long de 2020 (en particulier pour les secteurs tournés vers l'extérieur comme le tourisme) et « *sa capacité de résilience est dans une large mesure entamée* », d'autant que le secteur du nickel a connu de nouvelles tensions.

En **Polynésie française**, 85 % des entreprises ont connu une baisse d'activité durant le confinement, liée notamment à la division par trois du nombre de touristes. La gravité de la situation a conduit les autorités publiques locales, appuyées par l'État, à mettre en place des mesures de soutien.

À **Wallis-et-Futuna**, enfin, où le territoire a été épargné par la pandémie en 2020, l'économie a maintenu une trajectoire favorable.

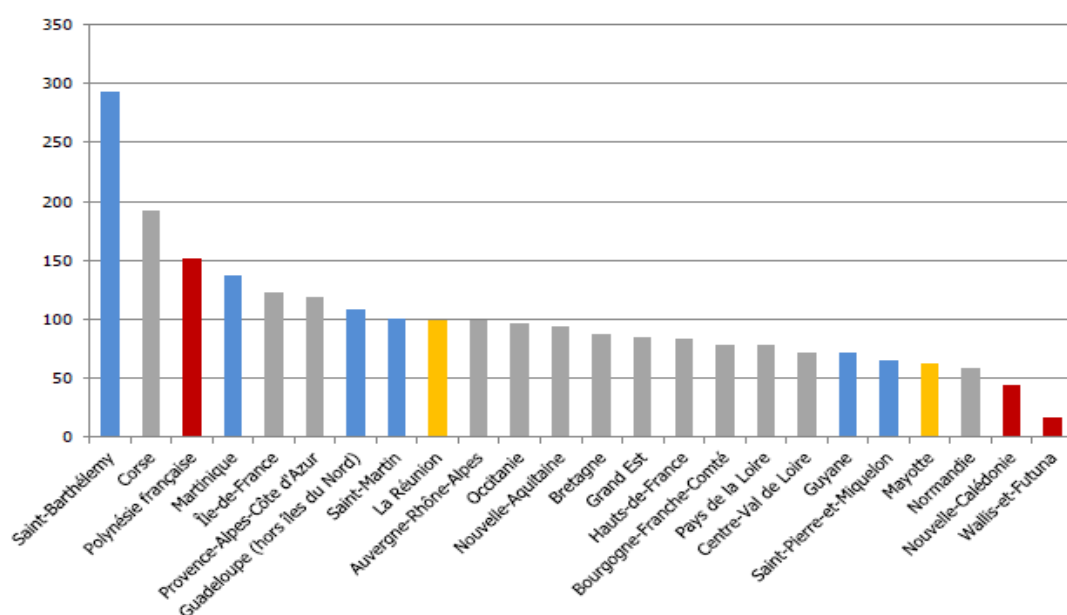
En ce qui concerne plus particulièrement le secteur touristique, l'activité a chuté en 2020 de 45 % en Guadeloupe, de 43 % en Martinique et de 40 % en Guyane.

¹ IEDOM-IEOM, « *Conjoncture outre-mer 2020 et perspectives 2021 : après le choc de la crise covid* », Publications économiques et financières n° 656, avril 2021.

(2) Les entreprises ultra-marines ont bénéficié d'un soutien non négligeable de l'État

La moindre diminution en 2020 du PIB en outre-mer par rapport à la métropole s'explique notamment par les mesures de soutien mises en œuvre. Ainsi, toujours selon Mme Poussin-Delmas, « les dix premières régions françaises bénéficiaires de PGE comptent six territoires ultramarins. À la fin du mois de septembre, l'encours de crédit dont les entreprises ultramarines ont bénéficié s'est élevé à 3,4 milliards d'euros, à savoir 2,5 % de l'encours pour la France entière, soit le poids exact du PIB des outre-mer dans le PIB de notre pays ».

INTENSITÉ DU RECOURS AUX PGE AU 3 SEPTEMBRE 2021 DANS LES DOM-COM

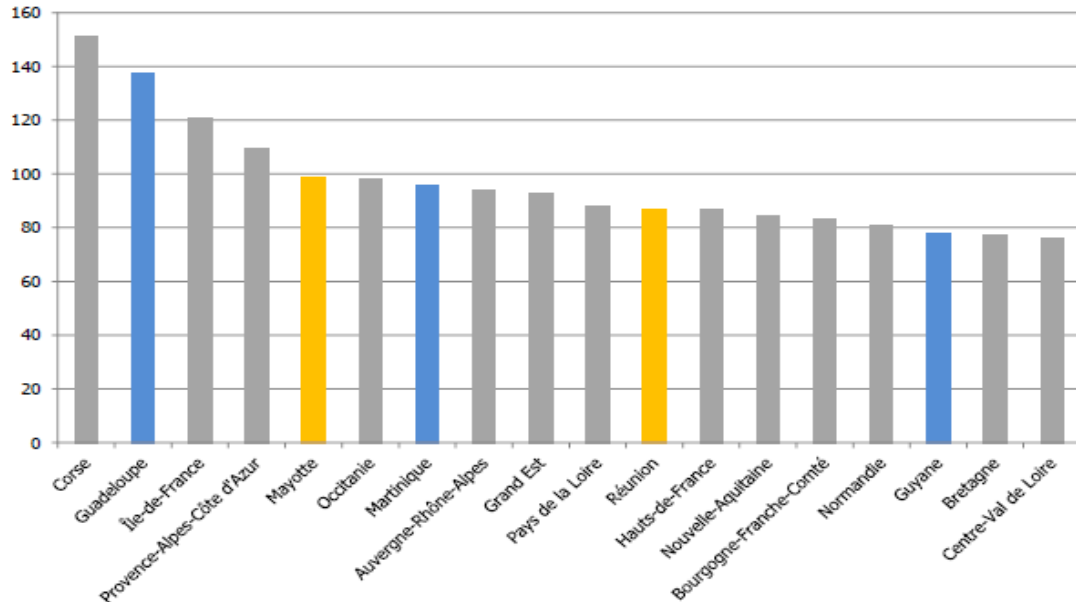


Source : IEDOM-IEOM, documents transmis à la mission d'information.

Note de lecture : l'intensité est mesurée par le ratio entre la part de la région dans le total des PGE accordés en France entre la part de la région dans le PIB total.

Mme Poussin-Delmas a par ailleurs précisé que « l'intensité du recours au dispositif d'activité partielle a également été massive lors du premier confinement. Les cinq DOM ont bénéficié de 629 millions d'euros d'indemnisation », expliquant en partie la chute plus modérée, bien que significative, de l'activité. Pour ne prendre que l'exemple de la Guadeloupe, 10,6 millions d'heures chômées ont été validées, pour une dépense publique de 101 millions d'euros, et 80 % des établissements employant au moins un salarié dans le secteur privé ont été concernés.

INTENSITÉ DU RECOURS À L'ACTIVITÉ PARTIELLE DANS LES DOM-COM DE LA ZONE EURO



Source : IEDOM-IEOM, documents transmis à la mission d'information.

La banque centrale des collectivités du Pacifique a également joué un rôle *via* sa politique de refinancement. Celui-ci a ainsi été multiplié par 12 entre fin 2019 et septembre 2021, pour atteindre 150 milliards de francs Pacifique, avec des taux nuls voire négatifs.

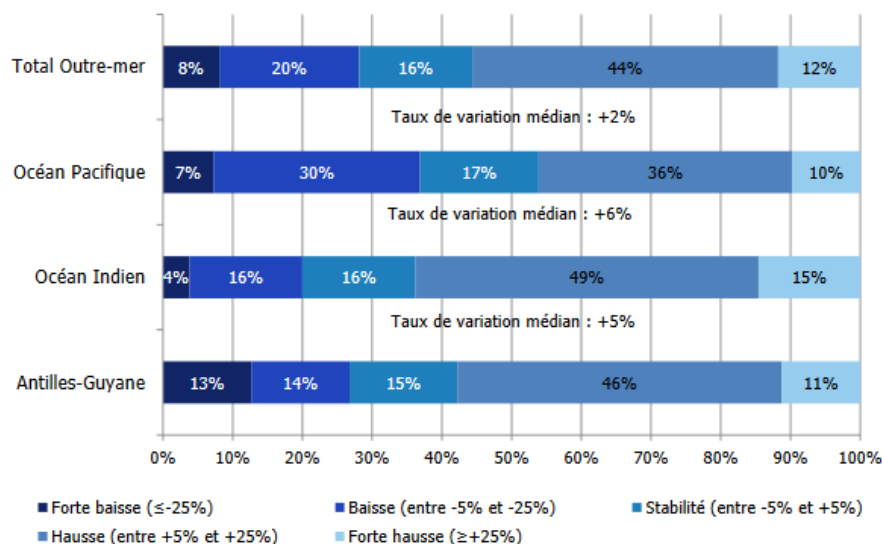
b) La reprise épidémique mi-2021 met fin à la dynamique de reprise encourageante observée au premier semestre 2021

(1) Un regain d'activité économique soudainement stoppé

Compte tenu de la forte reprise épidémique aux mois de juillet et août, plusieurs territoires ultramarins ont à nouveau été confinés : la Guadeloupe du 4 août au 8 octobre, la Martinique du 30 juillet au 19 septembre, La Réunion de fin juillet au 18 septembre, la Nouvelle-Calédonie du 6 septembre au 14 novembre, la Polynésie française du 23 août au 20 septembre (confinement maintenu les week-ends dans les îles les plus peuplées). Tous les territoires, y compris ceux non soumis à confinement, ont fait l'objet d'un renforcement des mesures de restriction d'activité.

Or cette situation a heurté de plein fouet le regain d'activité qui était constaté jusqu'alors en 2021 et qui permettait aux chefs d'entreprise d'anticiper une hausse de leur chiffre d'affaires de 5 % en moyenne.

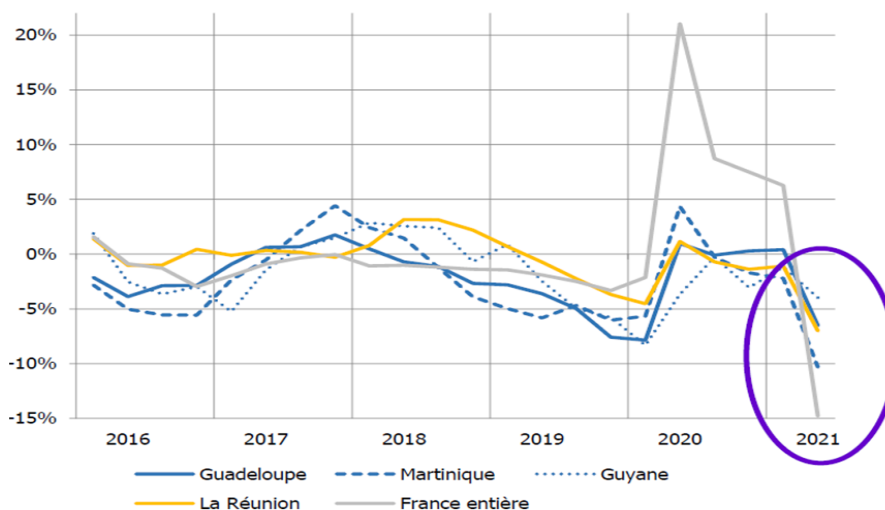
ANTICIPATIONS DE L'ÉVOLUTION DU CHIFFRE D'AFFAIRES DES ENTREPRISES ULTRAMARINES POUR 2021



Source : IEDOM-IEOM, note n° 656, avril 2021.

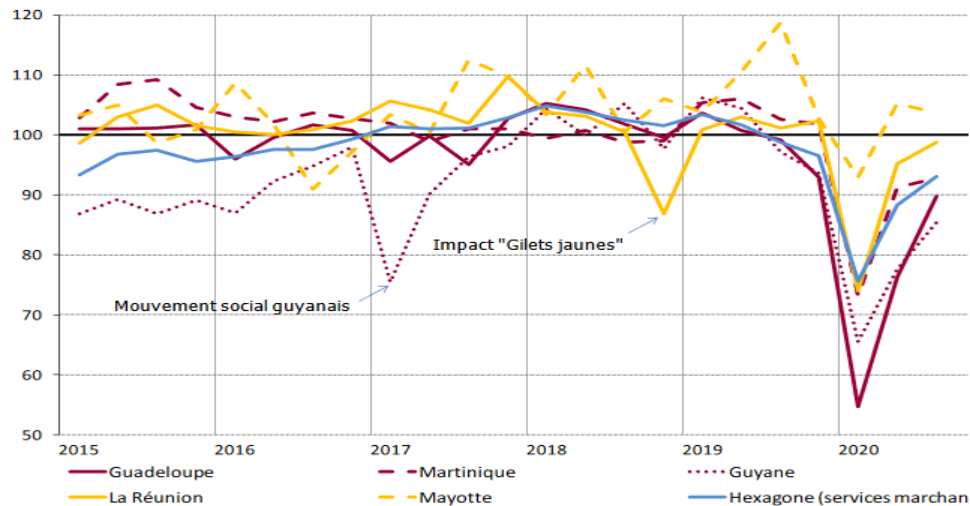
La matérialisation de ces anticipations se traduisait ainsi à la fois par une diminution du nombre de demandeurs d'emplois et par une hausse de l'indicateur du climat des affaires.

ÉVOLUTION DES DEMANDEURS D'EMPLOIS (DE CATÉGORIE A) DANS LES DOM, EN GLISSEMENT ANNUEL



Source : IEDOM-IEOM, à partir des données des DIECCTE, de Pôle emploi et de la DARES.

INDICATEUR DU CLIMAT DES AFFAIRES DANS LES DOM
(100 = moyenne de longue période)



Source : Rapport CEROM, à partir des données IEDOM, IEOM, Banque de France.

Compte tenu de la fermeture de nombre d'entreprises et des fragilités structurelles, qui ont pu se révéler temporairement vertueuses en 2020 (cf. supra) mais qui maintiennent *ceteris paribus* ces territoires dans une vulnérabilité économique, la **crise de l'été 2021**, dont il n'est pas encore possible de quantifier précisément l'ampleur en termes de destruction de richesse et d'emplois, **risque d'aggraver durablement une situation économique déjà fortement dégradée**¹. En outre, plusieurs acteurs ont souligné qu'en raison d'un trop faible taux de vaccination, l'application du passe sanitaire, dans certains territoires comme Mayotte ou la Guyane, risquait d'entraîner un recul de la fréquentation des restaurants et hôtels² et un manque d'effectifs. En Guyane par exemple, moins d'un tiers des restaurateurs ont pu ouvrir avec une équipe complète, en raison du faible taux de vaccination de leur personnel.

Par ailleurs, ainsi que l'a rappelé Mme Poussin-Delmas devant la mission d'information, « *contrairement à l'ensemble des autres secteurs, le secteur touristique a raté son redémarrage au deuxième trimestre 2021 [alors son chiffre d'affaires a baissé de 45 % en 2020]. Il n'a pas repris du fait de la situation sanitaire, notamment de son impact sur le trafic aérien. Il se trouve dans une situation d'extrême difficulté. Le chiffre d'affaires du secteur était en recul de 4 % au premier trimestre par rapport au trimestre précédent. La situation ne s'est pas améliorée au deuxième trimestre, avec un chiffre d'affaires en recul de 14 %* ». Au surplus, en Polynésie française où le secteur touristique est prépondérant, les

¹ La Polynésie française a par exemple perdu 2 050 emplois en 2020.

² Mme Carine Sinaï-Bossou, présidente de la Chambre de commerce et d'industrie de la Guyane, a par ailleurs indiqué à la mission d'information que la fréquentation du zoo de Guyane avait chuté de 70 % suite à la mise en place du pass sanitaire.

perspectives positives offertes par la réouverture du trafic aérien international en juillet ont rapidement été balayées par le regain épidémique. Selon le Syndicat des entreprises du tour operating (SETO), la Polynésie ne se situe ainsi qu'à 75 % de son niveau d'activité d'avant-crise, et La Réunion qu'à 36 %.

L'ANNULATION DES DÉPARTS DE CROISIÈRES : UN CHOC ÉCONOMIQUE À COURT-TERME, UNE INQUIÉTUDE À PLUS LONG TERME

Compte tenu des spécificités de cette activité (proximité des passagers, diversité des pays d'origine des passagers, nombre d'activités réalisées sans masque - repas, activités aquatiques, danse, etc. -), le dynamisme du secteur des croisières dépend étroitement des mesures sanitaires édictées dans les différents ports de départ ou de destination et du taux de vaccination observé dans ces localités.

Or le Comité France Maritime a annoncé en octobre 2021 que la Guadeloupe et la Martinique n'accueilleraient aucune escale de bateaux de croisière avant le 15 janvier 2022, c'est-à-dire lorsque la saison hivernale sera déjà entamée, et que les vacances de Noël seront achevées.

Cette décision, outre ses conséquences économiques à court-terme pour le secteur touristique (et notamment les agences de voyage), suscite des inquiétudes quant à l'attractivité de ces territoires à moyen terme. Entendus en Martinique par la mission d'information qui s'est rendue sur place, des acteurs du tourisme ont ainsi fait part de leurs craintes que cette décision permette à d'autres ports des Caraïbes (Sint-Marten, République dominicaine) de s'imposer comme points de départ, au détriment des îles françaises, ce qui affaiblirait structurellement le dynamisme de ce secteur, pourtant vital à l'économie locale.

Le Comité du tourisme de Guadeloupe a, quant à lui, indiqué craindre que les compagnies aériennes ayant ouvert des lignes pour acheminer les croisiéristes fassent finalement le choix de les fermer.

Au total, pour la Guadeloupe, le manque à gagner pourrait représenter entre 80 et 100 millions d'euros (700 emplois dépendent directement des croisières).

Tout ceci se traduit donc par d'importantes craintes qu'une vague de faillites ne survienne dans les prochains mois : « *les chefs d'entreprise sont très inquiets, comme ils l'ont exprimé à l'occasion de notre enquête de conjoncture : 28 % craignent de devoir cesser leur activité dans un délai de douze mois – ce taux est de 25 % dans le secteur de la construction¹* ». Cette situation contraste fortement avec les anticipations plutôt positives que les entrepreneurs portaient début 2021 sur le dynamisme de leurs secteurs respectifs. Ces

¹ Mme Marie-Anne Poussin-Delmas, présidente de l'Institut d'émission des départements d'outre-mer (IEDOM) et directrice générale de l'Institut d'émission d'outre-mer (IEOM), audition du 28 septembre 2021.

considérations ne s'appliquent toutefois pas à Saint-Barthélemy, où les représentants de la CCI ont indiqué à la mission d'information que la situation économique était excellente, grâce notamment au taux élevé de vaccination et au retour des touristes américains. En revanche, en Nouvelle-Calédonie, elles se doublent d'inquiétudes vives des entrepreneurs quant à l'évolution institutionnelle du territoire, compte tenu du référendum prévu le 12 décembre 2021.

Par ailleurs, à ces difficultés liées aux restrictions d'activité s'ajoutent divers éléments exogènes susceptibles de dégrader encore la situation. Ainsi du coût du fret et de l'inflation qui en résulte : « *nous connaissons aujourd'hui des pénuries de conteneurs et des lenteurs d'approvisionnement. Le prix des conteneurs a été multiplié par quatre entre septembre 2020 et août 2021. Par conséquent, les outre-mer subissent aujourd'hui, de façon générale, une hausse des prix des matières premières, des coûts du fret, du prix de l'énergie et, au-delà, de nombreux intrants¹* ». Les retards du fret obligent les entreprises à surstocker afin de pallier toute rupture d'approvisionnement, ce qui entraîne des coûts logistiques supplémentaires, soit répercutés dans les prix de vente, soit absorbés par une réduction de leur rentabilité. Cette situation est particulièrement préjudiciable dans des territoires comme Mayotte, où 80 % des marchandises sont importées. En outre, cette hausse des prix pose des difficultés pour les titulaires de contrats dont les termes financiers ont été négociés il y a plusieurs mois ; l'équilibre desdits contrats s'en trouve d'autant modifié.

Si, mi-novembre 2021, la situation sanitaire semble s'améliorer, rien ne permet de conclure à un retour rapide à la normale de la vie économique. La mise à l'arrêt de l'économie ultramarine pouvant produire des dégâts de moyen terme voire de long terme (faillites, difficultés d'approvisionnement, marchés d'export toujours fermés, moindre appétence des touristes pour ces zones, etc.), et les entreprises ultramarines présentant des fragilités considérables, les mesures de soutien économique doivent être maintenues y compris en cas de légère reprise de l'activité.

(2) Une nouvelle vague qui aggrave en outre les difficultés sociales

Les territoires d'outre-mer se caractérisent par des **indicateurs sociaux plus dégradés** que la moyenne. Ainsi du chômage, qui en 2020 s'est élevé par exemple à près de 19 % en Guadeloupe, 13 % en Martinique, 17 % à La Réunion, 11 % en Nouvelle-Calédonie (mais 15 % pour les Kanaks), 15 % en Polynésie française. Ainsi également du taux de pauvreté, qui atteint quant à lui 30 %² en Martinique et en Guadeloupe, 42 % à La Réunion, 53 % en Guyane et même 77 % à Mayotte.

¹ *Ibid.*

² *Insee, « Niveau de vie et pauvreté dans les DOM », juillet 2020.*

Ainsi qu'il a été rappelé en audition par M. Bourahima Ali Ousseni, président de la Confédération des PME de Mayotte, le PIB/habitant sur l'île est de 12 000 euros contre 30 000 euros environ en métropole.

À ces difficultés s'ajoutent celles liées :

- à un contexte social éruptif ;
- à un taux plus élevé d'infractions violentes¹ et de violences intrafamiliales ;
- à « *un temps effectif d'étude sensiblement inférieur à celui observé en métropole, [...] affecté par l'insuffisance des transports scolaires*² » ;

Or la mise en place d'un nouveau confinement et/ou d'un couvre-feu dans plusieurs de ces territoires est fortement susceptible d'aggraver la situation sociale, notamment celle liée aux violences intrafamiliales et celle consécutive à la fermeture des écoles et à la déscolarisation d'un certain nombre d'élèves.

**LA NOUVELLE-CALÉDONIE ET LA POLYNÉSIE FRANÇAISE,
DEUX COLLECTIVITÉS SANS MARGE DE MANŒUVRE BUDGÉTAIRE**

Si plusieurs mesures d'aides ont été décidées par les assemblées délibérantes de ces collectivités, l'État a été contraint d'intervenir à plusieurs reprises pour combler leur déficit budgétaire et leur assurer des marges de manœuvre financières.

En Nouvelle-Calédonie, le budget n'a ainsi pas été voté par le Congrès, mais arrêté par le Haut-commissaire. La collectivité a perçu en 2020 un prêt de l'Agence française de développement (AFD) garanti par l'État de 240 millions d'euros, ainsi qu'une subvention étatique de 82 millions d'euros en 2021. Une aide supplémentaire de 40 millions d'euros a été annoncée. D'ici la fin de l'année, le besoin de financement serait toutefois encore évalué entre 200 et 250 millions d'euros.

En audition, le ministre de la santé de Nouvelle-Calédonie a toutefois évoqué une impasse budgétaire de 375 millions d'euros pour 2020.

La Polynésie française a perçu, quant à elle, deux PGE accordés par l'AFD (240 puis 300 millions d'euros).

¹ Ministère de l'intérieur, « *Insécurité et délinquance en 2020 : bilan statistique* » Fiche thématique #7 Outre-mer.

² *Rapport d'information fait au nom de la commission des finances du Sénat pour suite à donner à l'enquête de la Cour des comptes, transmise en application de l'article 58-2° de la LOLF, sur le système éducatif dans les académies ultramarines, par M. Gérard LONGUET (décembre 2020).*

2. Dans l'ensemble, un soutien économique notable, mais devant mieux répondre aux besoins légitimes d'adaptation locale

a) Le soutien économique de l'État a permis d'éviter une catastrophe économique...

Les territoires d'outre-mer ont bénéficié depuis mars 2020 de mesures de soutien équivalentes à celles prévues pour la métropole. De l'avis général, elles ont été bienvenues et ont joué un rôle important pour éviter un désastre économique. Environ 6 milliards d'euros ont ainsi été injectés dans l'économie de ces territoires, qui se décomposent comme suit :

- 3,5 milliards d'euros de PGE ;
- 1 milliard d'euros au titre du Fonds de solidarité ;
- 830 millions d'euros de reports de charges ;
- 650 millions d'euros au titre de l'activité partielle¹.

M. Éric Leung, président de la délégation aux outre-mer du Conseil économique, social et environnemental, a ainsi indiqué à la mission d'information : *« les mesures massives qu'a apportées l'État depuis le premier confinement en mars 2020 ont répondu aux attentes du monde économique de façon générale. Si l'intensité de la mise en œuvre de ces aides a été différenciée, nous pouvons considérer que les fonds de solidarité, l'articulation des prêts garantis par l'État, l'activité partielle ont permis de sauvegarder nos entreprises dans la très grande majorité de nos onze territoires ».*

LES MESURES DE SOUTIEN ÉCONOMIQUE ONT ÉTÉ PROLONGÉES EN OUTRE-MER À LA SUITE À LA RÉSURGENCE DE L'ÉPIDÉMIE

Alors que le terme du « quoi qu'il en coûte » est intervenu fin septembre 2021 en métropole (notamment avec l'extinction du fonds de solidarité), différentes mesures de soutien économique ont été prolongées en outre-mer à la suite du déclenchement de l'état d'urgence sanitaire à La Réunion, en Guadeloupe, en Martinique et en Guyane :

- concernant l'activité partielle, les entreprises dont l'activité est partiellement ou totalement interrompue sur décision de l'État restent éligibles à ce dispositif ; pour les autres, si leur perte de CA est supérieure à 60 %, elles sont éligibles à ce dispositif (sans reste à charge pour l'entreprise). Pour celles dont la perte est inférieure à 60 %, le bénéfice de l'activité partielle dépend de leur couverture ou non par un accord collectif relatif à l'activité partielle de longue durée (APLD). Si elles sont couvertes, elles sont éligibles à l'activité partielle avec un reste à charge de 15 % ; si elles ne le sont pas, le reste à charge était de 25 % en

¹ Il convient de noter que le dispositif d'activité partielle n'a pas été mis en place en Polynésie française.

- août et de 40 % à partir de septembre ;
- le fonds de solidarité est maintenu, mais selon un schéma complexe, qui dépend de l'interruption totale ou non de l'activité sur décision de l'État pendant plus de 21 jours au cours du mois, du type d'activité exercée (secteurs protégés ou non) et de l'emplacement géographique de l'entreprise (territoire soumis à état d'urgence sanitaire ou non, ou soumis à un confinement pendant plus de 8 jours) ;
 - l'exonération de charges patronales et le régime plus favorable d'aide au paiement des charges sociales sont maintenus pour les petites entreprises du tourisme, de l'événementiel, de la culture, du sport et du transport aérien, mais uniquement pour les entreprises exerçant leur activité dans un secteur protégé et employant moins de 250 salariés.

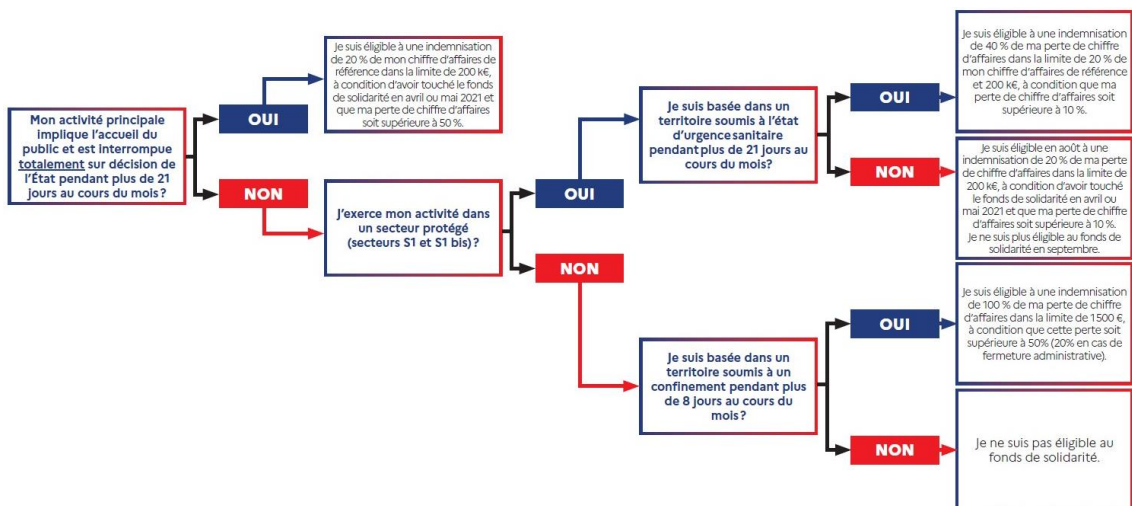
b) ... mais est resté insuffisamment adapté aux fortes spécificités des entreprises ultramarines, y compris en 2021

Les différents acteurs économiques entendus par la mission ont tous relevé que ces aides ont permis d'amortir, temporairement, les effets de la crise. Pour autant, plusieurs d'entre eux ont mis en avant le fait que les mesures de soutien ne tenaient pas suffisamment compte des réalités locales. Ils ont notamment déploré que peu de suites aient été données à leurs demandes d'adaptation, ou trop tardivement.

(1) Des critères d'éligibilité parfois trop restrictifs

Le maintien du fonds de solidarité au-delà de septembre 2021 obéit quant à lui à un schéma particulièrement complexe, et semble comporter plusieurs « trous dans la raquette » liés à la multiplicité des critères d'éligibilité.

SCHÉMA EXPLICATIF DE L'ÉLIGIBILITÉ AU FONDS DE SOLIDARITÉ EN OUTRE-MER



Source : Ministère des outre-mer

Ainsi, une entreprise qui n'a pas été fermée administrativement, mais qui exerce son activité dans un secteur protégé au sein d'un territoire non soumis à état d'urgence sanitaire n'est éligible à l'indemnisation de 20 % de la perte de chiffre d'affaires qu'à la condition d'avoir déjà touché le fonds de solidarité en avril ou mai 2021 ; dans tous les cas, elle n'est plus éligible depuis septembre. De même, une entreprise qui n'a pas été fermée administrativement, qui n'exerce pas dans un secteur protégé mais qui est basée dans un territoire soumis à confinement pendant plus de huit jours ne peut percevoir qu'une indemnisation d'au plus 1 500 euros, et seulement si la perte est supérieure à 50 %. Or toutes ces entreprises, sans être en « première ligne » face aux confinements et fermetures administratives, peuvent souvent être des victimes collatérales du marasme général de l'écosystème dans lequel elles s'inscrivent.

UNE INDEMNISATION QUI NE TIENT PAS SUFFISAMMENT COMPTE DE L'AMPLEUR DE LA PERTE, DÈS LORS QUE CELLE-CI EST IMPORTANTE

Il convient de noter que le montant de l'indemnisation jusqu'à 40 % de la perte de chiffre d'affaires, pour les entreprises situées dans un territoire soumis à état d'urgence sanitaire et qui exercent leur activité dans un secteur protégé (donc les entreprises les plus directement touchées), est plafonnée à 20 % du chiffre d'affaires.

Autrement dit, seules les entreprises qui enregistrent des pertes de moins de 50 % peuvent toucher une aide de 40 % de leur CA (au-dessus de 50 % de perte, l'indemnisation serait limitée par le fait que le plafond de 20 % du CA serait dépassé).

Ce qui signifie qu'à chiffre d'affaires égal, deux entreprises dont l'une a perdu 70 % de son activité et l'autre 35 % perçoivent la même indemnité.

Le volet n° 2 du Fonds de solidarité (compensations financières accordées par les collectivités) n'était par ailleurs initialement ouvert qu'aux entreprises employant au moins un salarié¹. Or quatre entreprises sur cinq en Martinique, Guadeloupe et Guyane n'emploient aucun salarié, ce qui les excluait d'office du bénéfice de ces aides.

Au rang des critères trop restrictifs, plusieurs acteurs économiques ont déploré par ailleurs l'exigence d'avoir bénéficié du fonds de solidarité en avril ou mai 2021 (ou entre janvier et juin 2020 pour la Polynésie française) pour pouvoir en bénéficier en septembre-octobre 2021. Les entreprises n'en

¹ Article 4 du décret n° 2020-371 du 30 mars 2020 relatif au fonds de solidarité à destination des entreprises particulièrement touchées par les conséquences économiques, financières et sociales de la propagation de l'épidémie de covid-19 et des mesures prises pour limiter cette propagation.

ayant pas ressenti le besoin au printemps sont dès lors pénalisées à l'automne (par exemple en Polynésie, où la situation sanitaire était plus calme au printemps) ; si la situation semble avoir été ultérieurement réglée par l'État, elle a engendré un surcroît de complexité, de démarches, et placé temporairement lesdites entreprises dans une situation fragile du point de vue de leur trésorerie.

En outre, ces aides étant conditionnées au fait d'être à jour des obligations fiscales et sociales, un certain nombre d'entreprises qui de manière exceptionnelle n'étaient pas dans ce cas en ont été écartées. La CCI de Martinique évalue ainsi à 13 % cette proportion.

Parallèlement, le poids élevé du secteur informel a conduit, mécaniquement, à une sous-estimation de l'ampleur du soutien nécessaire aux entrepreneurs ultramarins.

(2) Un « maquis d'aide » d'une grande complexité, alors que les bénéficiaires sont de petites entreprises peu familières de ces démarches

De façon générale, il a été fréquemment déploré lors des échanges entre les rapporteurs et le monde économique que les différentes aides s'accompagnaient d'une multiplicité d'interlocuteurs¹, complexifiant d'autant les démarches et débouchant sur un allongement des délais de versement, voire sur une résignation des chefs d'entreprises. Or cet état de fait est proportionnellement plus marqué en outre-mer qu'en métropole, compte tenu de la très forte prépondérance des très petites entreprises (voire sans salarié).

En outre, la dématérialisation systématique de toutes les démarches représente un handicap dans les zones où l'accès au numérique reste insuffisant, ainsi que le réseau consulaire l'a souligné lors du déplacement de la mission d'information en Martinique. Cette réflexion vaut au demeurant tant pour les dispositifs nationaux que pour certaines mesures plus locales, comme le « prêt territorial Covid-19 » mis en place en Martinique.

Par ailleurs, les plus petites d'entreprises n'ont, souvent, pas de comptabilité, ce qui les excluait d'office du bénéfice du PGE.

(3) Une hausse drastique et potentiellement fatale de l'endettement des TPE-PME

Par ailleurs, le recours aux PGE a conduit les entreprises à augmenter leur taux d'endettement. Si cette situation n'est pas propre à

¹ En Nouvelle-Calédonie, par exemple, l'organisme instructeur du chômage partiel est la Direction du travail et de l'emploi (DTE), celui de l'aide au paiement des cotisations sociales est la CAFAT, celui du report du paiement de l'impôt sur le revenu est la Direction des services fiscaux (DSF), celui du plan d'urgence « Province Sud » est le Centre administratif de la province Sud (CAPS), celui de la prise en charge des cotisations sociales est la Direction du développement économique et de l'environnement (DDEE), et celui du fonds de solidarité est le Haut-commissariat.

l'outre-mer, elle soulève des difficultés particulières pour les entreprises de ces territoires. Ainsi que l'a souligné M. Leung à la mission d'information, *« en matière de trésorerie, au-delà du mur de dettes, des besoins en fonds de roulement et des délais de règlement qui sont hors norme chez nous, il faut ajouter le fait que, depuis 2018 et la crise des « gilets jaunes », les territoires ultramarins sont considérés par certains établissements bancaires ou certains assureurs crédits comme des « pays » à haut risque. Comme les comptes à la fin de l'année 2020 ont été clôturés avec des taux d'endettement ou des résultats d'exploitation médiocres, il s'ensuit que beaucoup de nos entreprises connaissent des relations très difficiles avec nos partenaires bancaires. Sans trésorerie et sans accompagnement de nos entreprises, ce sera extrêmement compliqué ».*

Compte tenu de la faiblesse structurelle des fonds propres de ces entreprises, il a également été demandé par les acteurs économiques qu'une fraction des PGE soit convertie en fonds propres, afin tant d'éloigner le spectre de la faillite que d'accélérer leur désendettement et de renforcer leurs capacités d'investissement. La CCI de Guadeloupe a ainsi indiqué à la mission d'information, lors de son déplacement sur place, que *« les petites entreprises ne disposaient d'aucun fonds propre leur permettant de rembourser les PGE ».*

Toutes ces remarques ne sont bien entendu pas réductibles aux seules outre-mer, mais la plus grande fragilité du tissu économique qui s'y trouve rend ces inadaptations et cette complexité encore plus dommageables qu'en métropole, et font donc courir à ces territoires un important risque de faillites et d'effondrement de la vie économique.

(4) Un plan France Relance trop peu adapté aux spécificités des territoires ultramarins

Le déploiement du plan de relance, présenté en septembre 2020 et adopté à la fin de l'année, semble se heurter à plusieurs écueils dans les territoires ultramarins. Plusieurs élus locaux ont ainsi déploré manquer de l'ingénierie technique nécessaire pour constituer les dossiers de demande de fonds, au demeurant dans un calendrier contraint.

En outre, ces élus regrettent que les aides du plan soient trop directement fléchées vers certains types de projets, pénalisant les initiatives des collectivités qui souhaiteraient mettre en œuvre un projet utile à leur territoire mais ne répondant que partiellement aux critères définis au niveau national. La maire de Saint-Laurent-du-Maroni, en Guyane, indiquait ainsi : *« il faut cocher des cases, sauf que chez nous, dans les Outre-mer, on ne peut pas toujours cocher toutes les cases¹ ».*

¹ Public Sénat, « France Relance : des élus ultramarins dénoncent « un fléchage » peu adapté aux spécificités de leurs territoires », 15 novembre 2021.

C. LE SOUTIEN AUX TERRITOIRES D'OUTRE-MER REQUIERT UNE PLUS GRANDE ADAPTATION LOCALE DES DISPOSITIFS NATIONAUX ET DOIT S'INSCRIRE DANS UNE PERSPECTIVE PLUS LARGE DE DÉVELOPPEMENT

1. Maintenir, élargir et accélérer les mesures de soutien économique de court-terme

Compte tenu des différents éléments recueillis par la mission d'information, en audition comme lors de son déplacement dans les Antilles, les mesures suivantes semblent de nature à apporter une solution de court-terme efficace aux entreprises ultramarines impactées par les restrictions d'activité.

Général :

Proposition : engager une action vigoureuse de réduction des délais de paiement du secteur public local et hospitalier, notamment en modernisant le circuit de traitement de la dépense via une accélération de la dématérialisation de la facturation et en renforçant la transparence sur les délais pratiqués afin d'améliorer l'information des entreprises ultramarines.

Proposition : définir un référent au sein des services de l'État centralisant dans chaque collectivité les demandes d'aide et les transférant aux différents services de l'État compétents.

Proposition : mettre en place un groupe de suivi et d'évaluation des mesures de soutien réunissant l'État, les organismes sociaux, les collectivités territoriales, le réseau consulaire et les principales organisations représentatives du monde économique.

Proposition : substituer à l'obligation d'être à jour de leurs charges fiscales et sociales pour l'éligibilité des entreprises aux différentes aides un engagement sur l'honneur d'entrer dans une procédure d'étalement desdites obligations lorsque ce n'est pas le cas.

Fonds de solidarité :

Proposition : abaisser à 40 %, au lieu de 60 %, le seuil de perte de chiffre d'affaires à partir duquel les entreprises sont éligibles au dispositif d'activité partielle sans reste à charge pour l'employeur.

Proposition : pour l'accès au Fonds de solidarité, supprimer la condition d'en avoir déjà bénéficié au moins un mois entre janvier et mai 2021.

Proposition : pour l'accès au Fonds de solidarité des entreprises qui n'ont pas été fermées administrativement mais qui exercent dans un secteur

protégé et qui sont situées dans un territoire soumis à état d'urgence sanitaire, supprimer le plafond d'aide fixé à 40 % de la perte de chiffre d'affaires subie.

Proposition : accélérer massivement le versement des aides au titre de l'activité partielle et du fonds de solidarité afin de minimiser les difficultés de trésorerie des entreprises.

Prêts garantis par l'État :

Proposition : étudier la possibilité d'un différé supplémentaire pour le remboursement des prêts garantis par l'État et d'un allongement de la durée de remboursement pour les entreprises ultramarines, et les adapter selon la date de reprise de l'activité.

Proposition : étudier la possibilité d'une transformation des PGE en fonds propres.

Exonération de charges patronales :

Proposition : élargir le dispositif d'exonération de charges patronales aux entreprises qui n'exercent pas dans un secteur protégé mais qui sont présentes sur un territoire soumis à état d'urgence sanitaire.

Proposition : pour l'accès aux exonérations de charges patronales des entreprises exerçant dans un secteur protégé mais non situées dans un territoire soumis à l'état d'urgence sanitaire, supprimer la condition d'avoir déjà été éligible à ce dispositif en mars, avril ou mai 2021.

2. Adapter les dispositifs de relance aux contraintes des territoires ultramarins

Outre les mesures de court terme, la reprise d'activité et le développement équilibré de long terme des territoires ultra-marins passent par le renforcement structurel de leurs atouts et de la lutte contre leurs handicaps (enclavement, isolement, dépendance aux exportations, concentration sur quelques secteurs, qualité des infrastructures de transport, etc.).

Si le plan de relance s'inscrit dans ces ambitions (1,5 milliard d'euros pour l'outre-mer, dont 94 millions d'euros pour Mayotte, 125 millions d'euros pour la Guyane, 35 millions d'euros pour la Martinique en 2021, par exemple), il présente encore plusieurs faiblesses déplorées par les acteurs économiques entendus par la mission d'information (*cf. supra*). En outre, le volet « outre-mer » du plan de relance a été dimensionné mi-2020, c'est-à-dire bien avant que la nouvelle vague épidémique les frappe à l'été 2021,

alors que le nouveau programme « France 2030 » semble laisser de côté les outre-mer, sauf en ce qui concerne l'exploration des fonds marins.

Il en résulte la nécessité de revoir à la hausse l'enveloppe allouée aux territoires ultramarins, au regard de l'aggravation de leur situation économique et sociale depuis plusieurs mois.

Proposition : rehausser le montant de l'enveloppe du plan de relance dédiée à l'outre-mer, arrêté avant la résurgence de l'épidémie en 2021.

Proposition : concentrer les efforts du plan de relance « outre-mer » sur la numérisation des entreprises, l'amélioration des transports en commun et le développement du tourisme durable.

Proposition : étudier la possibilité de confier la gestion d'une partie de l'enveloppe budgétaire directement aux départements et collectivités d'outre-mer, qui sélectionneraient eux-mêmes les projets lauréats.

De même, le programme « Territoires d'industrie », sur lequel s'appuie l'État depuis 2018 pour renforcer le tissu industriel local, est bienvenu mais dispose de marges d'amélioration. M. Pascal Plante, premier vice-président de la Chambre de commerce et d'industrie de la Réunion, a ainsi déploré en audition le fait que les projets éligibles doivent être supérieurs à 5 millions d'euros. Selon lui, dix-huit projets à La Réunion seraient bloqués en préfecture en raison de ce seuil.

Proposition : assouplir les critères d'éligibilité pour la soumission de projets aux appels d'offre lancés dans le cadre de « Territoire d'industries », comme la dimension minimum des projets, qui empêche certains projets pourtant prêts de voir le jour, et simplifier les démarches pour les PME.

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES LORS DU DÉPLACEMENT EN MARTINIQUE ET EN GUADELOUPE

Une délégation de la mission d'information composée de MM. Bernard Jomier, Jean-Michel Arnaud et Fabien Genet s'est rendue en Martinique et en Guadeloupe du 1^{er} au 21 octobre 2021.

Se sont joints à la délégation :

- en Martinique, Mme Catherine Conconne, sénatrice de la Martinique ;
- en Guadeloupe, Mme Victoire Jasmin, MM. Victorin Lurel et Dominique Théophile, sénateurs de la Martinique, Mme Anick Petrus, sénatrice de Saint-Martin.

I. MARTINIQUE (17-19 OCTOBRE 2021)

-M. Stanislas Cazelles, préfet de la région Martinique, préfet de la Martinique ;

-Colonel Patrick Tyburn, directeur du service territorial d'incendie et de secours ;

-Dr Yolène Bellon-Tulle, Dr Etienne Briand, Dr Didier Flory, Dr Sandrine Tignac, Union régionale des médecins libéraux ;

- Dr Raymond Dorail, membre du Conseil national de l'ordre des médecins ;

-Mme Léa Donardim, présidente de l'Union régionale des professionnels de santé pharmaciens ;

-M. Claude Marie-Joseph, président départemental de l'ordre des pharmaciens ;

- Mme Anne Foll, chef du service interministériel de défense et de protection civiles ;

-Dr. Claude Lise, M^e Danielle Marceline, MM. André Lucrèce et Marcus Cheviot, membres du comité citoyen de transparence ;

- Mme Claire Tessier, sous-préfète chargée de la cohésion sociale ;

- M. Dominique Halbwachs, Mme Karine Baillard, pôle solidarités de la direction de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Deets) ;

- M. Joseph Angele, président du service intégré d'accueil et d'orientation (Siao) ;

- M. Fred Galva, directeur de l'Association laïque pour l'éducation, la formation, la prévention et l'autonomie (Alefpa) ;
- Pr Louis Jehel, Mme Karine Moussau, SOS Kriz ;
- Mme Régine Pognon, association Saint-Vincent de Paul ;
- M. Marcel Clodion, ancien président de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), accompagné du Dr Jean-Luc Fanon ;
- M. Fred-Michel Thirault, maire du Saint-Esprit, vice-président de l'Association des maires de Martinique ;
- M. Christian Rapha, maire de Saint-Pierre, vice-président de l'Association des maires de Martinique ;
- M. Benjamin Garel, directeur général du centre hospitalier universitaire de Martinique ;
- Pr François Roques, président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier universitaire de Martinique ;
- Pr André Cabié, chef du service des maladies infectieuses du centre hospitalier universitaire de Martinique ;
- Dr Papa Gueye, directeur du Samu ;
- Dr Jérôme Viguier, directeur général, Dr Nathalie Duclovel-Pame, directrice déléguée à la veille et à la sécurité sanitaire, Mme Marie-Françoise Emonide, directrice déléguée à la santé environnementale et la prévention, Mme Laurence Deluge, directrice de cabinet, Agence régionale de santé (ARS) ;
- M. Serge Letchimy, président du conseil exécutif de la Collectivité territoriale de Martinique ;
- Mme Dominique Savon, directrice de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Deets) ;
- M. Guillaume Vaille, directeur adjoint, direction régionale des finances publiques (Drfip) ;
- M. Philippe Jock, président de la chambre de commerce e d'industrie ;
- M. Henri Salomon, président de la chambre des métiers et de l'artisanat ;
- Mme Bénédicte Di Geronimo, présidente du Comité martiniquais du tourisme ;
- M. Bernard Édouard, président du Medef Martinique ;
- Mme Céline Rose, présidente de la Cpme Martinique
- Mme Elisabeth Adélaïde, directrice générale adjointe, AVS Voyages.

II. GUADELOUPE (19 - 21 OCTOBRE 2021)

- M. Alexandre Rochatte, préfet de la région Guadeloupe, préfet de la Guadeloupe ;

- M. Régis Elbez, secrétaire général aux affaires régionales ;

- M. Patrick Oudin, commissaire à la vie des entreprises et au développement productif ;

- M. David Arnoux, président de la commission tourisme de la chambre de commerce des îles de Guadeloupe ;

- Mme Angèle Dormoy, président de la chambre de commerce interprofessionnelle de Saint-Martin ;

- M. Thomas Greaux, président de la chambre économique multiprofessionnelle de Saint-Barthélemy ;

M. Willy Rosier, président du comté du tourisme des îles de Guadeloupe ;

- M. Willy Ramsamy, directeur du développement économique de la chambre de métiers et de l'artisanat de Guadeloupe ;

- M. Bruno Blandin, président du Medef de Guadeloupe ;

- M. Jocelyn Sapotille, maire du Lamentin, président de l'Association des maires de Guadeloupe ;

- M. Héric André, maire de Vieux-Fort, premier vice-président de l'Association des maires de Guadeloupe ;

- M. André Atallah, maire de Basse-Terre ;

- M. Élie Califer, maire de Saint-Claude ;

- M. Thierry Abelli, maire de Bouillante ;

Mme Rolande Nadille-Vala, maire de Terre-de-Bas ;

- Mme Liliane Gamiette, adjointe au maire de Deshaies ;

- Mme Jocelyne Mocka, adjointe au maire de Trois-Rivières ;

- M. Jean-Pierre Castanet, adjoint au maire de Capesterre-de-Marie-Galante ;

- M. Bruno Magras, président du conseil territorial de la collectivité de Saint-Barthélemy ;

- M. Daniel Gibbs, président du conseil territorial de la collectivité de Saint-Martin ;

- colonel Félix Anténor-Habazac, directeur colonel Jean-Paul Levif, médecin-colonel Tony Jerpan, service départemental d'incendie et de secours ;

- Dr Florelle Bradamentis, responsable de la cellule « tester-alerter-protéger »-Riposte, Agence régionale de santé ;

-M. Camille Élisabeth, vice-président du conseil régional ;

-Mme Maryse Etzol, vice-présidente du conseil départemental ;

-Mme Valérie Denux, directrice générale, Agence régionale de santé ;

- Dr Bruno Jarrige, directeur médical de crise du CHU de Guadeloupe ;

- Mme Sylvie Mouton, directrice-adjointe du centre hospitalier de Basse-Terre ;

- Mme Marie-Antoinette Lampis directrice du centre hospitalier de Saint-Martin ;

-Dr Frédérique Dulorme, présidente, Dr Pascal Rhinan, Union régionale des médecins libéraux ;

- Dr Catherine Billot-Boulanger, Dr Jean-Claude Viellot ordre départemental des médecins ;

-Mme Pierrette Meury-Abraham, ordre interdépartemental des infirmiers Antilles Guyane ;

-Mme Virginie Sébastien, présidente de l'URPS infirmiers ;

-M. Gérard Cotellon, directeur général du CHU de Guadeloupe ;

- M. Badi Faddoul, président des commerçants de Grande-Terre ;

- M. Anthony Madi, président des commerçants de Basse-Terre ;

M. Vicor Venutulo, président des commerçants du centre commercial Destreland ;

- M. Rudy Nainan, présidents des restaurateurs de la Martinique ;

M. Christian-Georges Léo, président du Syndipros ;

M. Jean-Yves Ramassamy, président, Mme Olivia Ramoutar, vice-présidente, fédération du tourisme de proximité ;

M. Dominique Ascencio, directeur du casino du Gosier.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES LORS DES AUDITIONS

I. GUYANE (14 OCTOBRE 2021)

- M. Thierry Queffelec, préfet de la région Guyane ;
- M. Gabriel Serville, président de l'Assemblée de Guyane ;
- M. Alexandre de La Volpilière, directeur général adjoint de l'Agence régionale de santé (ARS);
- M. Cyril Rousseau, référent Santé Publique France en Guyane ;
- Pr. Félix Djossou, président de la commission médicale d'établissement du Centre hospitalier de Cayenne ;
- Mme Carine Sinaï-Bossou, présidente de la chambre de commerce et d'industrie.

II. LA RÉUNION (21 OCTOBRE 2021)

- M. Étienne Billot, directeur général adjoint de l'Agence régionale de santé (ARS) ;
- Professeur Peter Von Theobald, président de la Commission médicale (CME) du CHU de La Réunion ;
- Docteur Christine Kowalczyk, présidente de l'Union régionale des professions de santé Océan indien ;
- M. Pascal Plante, premier vice-président de la chambre de commerce et d'industrie ;,
- M. Dominique Vienne, président du Conseil économique, social et environnemental régional (Ceser).

III. MAYOTTE (21 OCTOBRE 2021)

- Mme Stéphanie Fréchet, secrétaire générale de l'Agence régionale de santé (ARS) ;
- M. Bourahima Ali Ousseni, président de la Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME).

IV. NOUVELLE-CALÉDONIE (25 OCTOBRE 2021)

- M. Patrick Faure, haut-commissaire de la République ;
- M. Yannick Slamet, ministre en charge de la santé, porte-parole du Gouvernement de Nouvelle-Calédonie ;
- Mme Séverine Métilon, directrice adjointe des affaires sanitaires et sociales ;
- Dr Thierry de Greslan, président de la commission médicale d'établissement, Dr Matthieu Série, vice-président, centre hospitalier territorial Gaston-Bourret,
- M. David Guyenne, président de la Chambre de commerce et d'industrie (CCI) de Nouvelle Calédonie,
- M. Xavier Benoist, président de la Fédération des industries de Nouvelle-Calédonie.

V. POLYNÉSIE FRANÇAISE (27 OCTOBRE 2021)

- M. Dominique Sorain, haut-commissaire de la République ;
- M. Jacques Raynal, ministre de la santé de la Polynésie française ;
- Dr Philippe Dupire, président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Polynésie française ;
- M. Stéphane Chin Loy, président de la chambre de commerce, d'industrie, des services et des métiers ;
- M. Frédéric Dock, président du Medef de Polynésie française.