

Situation de l'agence de santé de Wallis et Futuna

SEPTEMBRE 2025

Paul-Emmanuel
Grimonprez

IGA

N°24111-R

Fabienne
Bartoli

IGAS

N°2024-093R

Dr Christophe
Schmit

IGAS

N°2024-093R

SYNTHÈSE

L'agence de santé de Wallis-et-Futuna (ADS-WF) constitue un établissement public administratif atypique. Chargée de la mise en œuvre de la politique de santé dans un territoire non doté de régime général de sécurité sociale ni de fiscalité affectée, elle porte la responsabilité de l'ensemble des activités sanitaires, de la prévention à la prise en charge ambulatoire et hospitalière, dans un contexte marqué par un isolement géographique, des spécificités sanitaires de la population et un environnement managérial peu stabilisé (cinq équipes de direction en moins de dix ans). Depuis sa création, l'agence compose avec une tension constante entre l'étendue de ses missions, le périmètre réel de ses compétences, et la faiblesse de ses capacités d'action. L'été 2024 a vu se cristalliser ces tensions dans une crise d'ampleur, révélatrice de dysfonctionnements structurels plus anciens et profonds.

Cette crise sociale majeure, survenue un an après l'arrivée d'une nouvelle équipe de direction, a été le produit de trois conflits parallèles : d'une part, une opposition vive entre syndicats locaux ; d'autre part, une division durable au sein des équipes médicales, comme entre personnels locaux, coutumiers et expatriés. Ces tensions ont été alimentées par un sentiment, pour une partie des agents, de favoritisme dans certaines décisions, qu'il s'agisse des évacuations sanitaires, des affectations, des recrutements ou encore des départs en formation vers l'hexagone. Ces pratiques, perçues comme inéquitables, ont contribué à entretenir une conflictualité latente et à affaiblir la confiance dans l'équité du fonctionnement institutionnel. La mission a pu constater que cette sensibilité est enracinée dans des usages où les règles implicites, les obligations coutumières et les liens de proximité peuvent interférer avec les logiques de régulation administrative.

La fragilité de l'ADS-WF ne peut être dissociée de celle du territoire et de sa population, qu'elle partage avec les territoires et pays océaniques voisins. La collectivité d'outre-mer de Wallis-et-Futuna se caractérise par une faible densité démographique, un exode structurel vers la Nouvelle-Calédonie ou l'hexagone, une activité économique réduite et un tissu institutionnel contraint. Les indicateurs sanitaires sont préoccupants : prévalence élevée des maladies chroniques (diabète, obésité), forte consommation de tabac et d'alcool en hausse continue, y compris chez les adolescents ; couverture vaccinale incomplète et recours tardif aux soins malgré l'absence de toute file d'attente ou reste à charge. La population, socialement vulnérable, est très majoritairement dépendante des services publics, dans un contexte où les logiques de gratuité et d'assistance coexistent avec des attentes élevées à l'égard du système de santé. Dans cet environnement, l'agence est seule à porter l'organisation et le financement de l'offre, avec un budget entièrement dépendant d'une dotation d'État dont le montant est négocié chaque année, sans programmation pluriannuelle suffisamment étayée à cause notamment d'un renouvellement incessant d'équipes de direction.

La mission a ainsi pu dresser le constat de la nécessité de poursuivre, pour la nouvelle équipe de direction en place depuis fin mai 2025, des chantiers démarrés mais non suffisamment suivis en raison du caractère éphémère des précédentes équipes de direction.

Seule l'avancée effective de ces chantiers conduira à éviter de nouveaux conflits stériles pour l'amélioration de la prise en charge de la santé de la population de l'archipel. La mission préconise, dans ce contexte, en priorité, la structuration du pôle santé publique et prévention assortie d'un organigramme détaillé avec un positionnement géographique à terme hors de l'hôpital de Sia, la réorganisation de l'offre de soins avec des critères de qualité (début de certification, respect des recommandations de bonnes pratiques, homogénéisation des prescriptions) et, à moyen terme, l'avancée d'une réflexion afin de sécuriser des pistes de financement plus solides pour l'ADS. Cette réflexion devra être menée en réaffirmant le principe de la gratuité des soins pour le patient, à laquelle la population est très attachée. La mise en place d'un système de financement spécifique devra permettre une meilleure couverture, hors du territoire et de dépenses non ou mal prises en charge à ce jour (transports sanitaires, clarification des modalités de couverture des fonctionnaires détachés lors de leur séjour dans l'hexagone) qui laissent subsister de trop nombreux angles morts. Elle devra se mener dans le contexte d'une comparaison avec les régimes des autres territoires ultramarins du Pacifique, tout en ayant à l'esprit le renforcement de la caisse de protection sociale de Wallis-et-Futuna, actuellement seulement en charge des risques vieillesse et famille.

La gouvernance de l'ADS est fragilisée par des tensions sociales et institutionnelles dont le mouvement social de septembre 2024, marqué par des grèves et des blocages d'accès aux soins parfois dangereux pour la santé des patients. **Cette crise a révélé un climat de défiance envers la direction et une instrumentalisation des conflits internes qui entravent l'accès aux soins optimal de la population de cet archipel.**

Le modèle de financement actuel de l'ADS est limité par une dépendance totale à l'État et une absence de facturation. Le budget de fonctionnement est en déficit croissant, sans aucune capacité d'autofinancement ni fonds de roulement, avec un risque de rupture de trésorerie à l'automne 2025 si aucune mesure n'est prise d'ici là. Les évacuations sanitaires (EVASAN) représentent une part importante des dépenses et continuent de croître à un rythme élevé (+8 % en 2024), avec une part non documentée médicalement. Les réflexions initiées par le rapport IGAS-CGEFi de 2019 sur le financement de cette agence doivent se poursuivre, afin de mener des débats approfondis avec les autorités coutumières, les élus et la population, seule méthode pour permettre une évolution structurelle, indispensable pour permettre à l'ADS de développer l'offre de santé au profit des populations wallisienne et futunienne.

La mission recommande ainsi une **clarification des missions entre soins et santé publique**, dans la ligne hiérarchique et l'organigramme. Il semble important de bien distinguer les missions de soins de celles de la prévention primaire et de santé publique afin d'éviter que le blocage d'un service paralyse toute l'agence, comme lors du mouvement social de l'été 2024. La structuration du pôle prévention et l'amélioration de la coordination médicale devrait permettre, notamment aux médecins des dispensaires, de disposer de recommandations précises pour la mise en place d'actions de prévention secondaire plus homogènes, en particulier pour les pathologies les plus

fréquentes comme les maladies cardiovasculaires ou le diabète, avec un réflexe « *making every contact count* »¹ comme mis en place par le gouvernement britannique depuis 2016.

Dans la continuité d'un **renforcement de la gouvernance de l'agence**, il semble important de donner plus de solennité à certains débats et de clairement repositionner la légitimité du débat local, interne à la gouvernance de l'agence ou avec ses partenaires locaux, notamment coutumiers. Cela induit, pour l'avenir, un recours renforcé à la consultation des tutelles (DGOS², DGOM³), avis très respecté et attendu des autorités coutumières et des membres du conseil d'agence au sujet des décisions structurantes. **De même, le renforcement du dialogue local de la direction générale de l'agence avec les autorités coutumières, comme un contact régulier entre équipes de soins et administratives**, semble déterminant. Ainsi, un chef de cabinet ayant une excellente connaissance des autorités coutumières permettrait de fluidifier ce dialogue et ces liens, non pas en étant le seul point de contact mais au contraire en permettant de n'en omettre aucun.

La mission recommande aussi de stabiliser les ressources humaines en particulier pour les personnels soignants avec la mise en place de filières de formation et de conventions avec certains établissements de l'hexagone, au-delà de celles qui existent déjà (CHT de Nouvelle-Calédonie⁴, CLCC⁵ de Rennes).

Certains dossiers techniques et investissements doivent être prioritairement suivis par la nouvelle direction, comme la poursuite de la réouverture du centre de dialyse de Futuna, la construction du nouvel hôpital de Futuna ainsi que le suivi du dossier patient informatisé, vecteur important de l'amélioration de la qualité des soins.

¹ Littéralement « Faire en sorte que tout contact compte ».

² Direction générale de l'offre de soins.

³ Direction générale des outre-mer.

⁴ Centre hospitalité territorial.

⁵ Centre de lutte contre le cancer.

SOMMAIRE

SYNTHÈSE.....	2
SOMMAIRE	5
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	7
RAPPORT	9
1 UNE AGENCE DE SANTE DONT LA GOUVERNANCE RESTE FRAGILISEE PAR DES TENSIONS SOCIALES ET INSTITUTIONNELLES	9
1.1 LES ILES DE WALLIS-ET-FUTUNA CONSTITUENT LE TERRITOIRE FRANÇAIS LE PLUS ELOIGNE DE L'HEXAGONE	9
1.2 LE DERNIER RECENSEMENT CONFIRME LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION	11
1.3 LA SITUATION SANITAIRE DE LA POPULATION SE DEGRADE DEPUIS DES DECENNIES.....	12
1.4 DES DEPENSES DE SANTE RELATIVEMENT ELEVEES QUI ONT PERMIS UNE AMELIORATION DE L'ESPERANCE DE VIE	14
1.4.1 Une dépense courante de santé au sens international relativement élevée.....	14
1.4.2 Une espérance de vie en progression sans toutefois rattraper le niveau hexagonal.....	14
1.4.3 Des dépenses sanitaires à Wallis-et-Futuna comparables à celles des territoires « développés » du Pacifique.....	15
1.5 MISE EN PLACE EN 2000, L'AGENCE DE SANTE DE WALLIS-ET-FUTUNA EST LE SEUL OPERATEUR DE SOINS DE L'ARCHIPEL	16
1.5.1 Une agence qui assure les missions de pilotage de la stratégie de santé.....	16
1.5.2 Une agence qui a le monopole de l'offre de soins sur les deux îles	17
1.5.3 Une agence qui prend en charge les évacuations sanitaires.....	18
1.5.4 L'activité de l'agence de santé reste globalement stable	20
1.6 L'AGENCE CONNAIT DES FRAGILITES STRUCTURELLES ET MANAGERIALES	23
1.6.1 Concernant les instances de gouvernance	23
1.6.2 Des missions partagées entre gestion opérationnelle et pilotage stratégique	25
1.6.3 Les modalités de financement et la trajectoire budgétaire de l'agence	26
1.6.4 Des fragilités structurelles en management, en ressources médicales et en formation locale	28
2 L'AGENCE A ETE CONFRONTEE A UNE CRISE SOCIALE AU COURS DE L'ETE 2024	30
2.1 L'ALIGNEMENT CONVERGENT D'INTERETS DIVERS A ALIMENTE UN CLIMAT DE DEFIANCE ENVERS LA DIRECTION	30
2.1.1 Une volonté de changement impulsée par la nouvelle équipe de direction, mal accueillie par une partie des équipes soignantes.....	30
2.1.2 Une scission syndicale inédite	31
2.1.3 Des clivages internes persistants entre plusieurs groupes de soignants se sont progressivement installés.....	32
2.1.4 Une mobilisation qui pousse au renouvellement du référentiel des ressources humaines en vigueur à l'agence.....	33
2.2 LES ACTIONS SYNDICALES, D'INTENSITE CROISSANTE, SONT EMAILLEES PAR DES EVENEMENTS GRAVES	33
2.2.1 A compter du 5 septembre 2024, plusieurs syndicats appellent à un débrayage quotidien des activités de soins	33
2.2.2 A compter du 10 septembre 2024, plusieurs syndicats appellent au blocage de l'agence de santé, entraînant des limitations d'accès aux soins	34
2.2.3 Situations de violences verbales et physiques visant le médecin gynécologue-obstétricien... ..	35

2.2.4	<i>L'accès au bloc opératoire d'un médecin anesthésiste aurait été empêché par des grévistes, dans un contexte d'urgence avérée</i>	35
2.3	LA SORTIE DE CRISE ACCELEREE DONNE RAISON AU POIDS SYNDICAL, DESAVOUE LA DIRECTION DE L'AGENCE ET INCITE A UNE FUTURE REVISION DE LA CONVENTION COLLECTIVE	35
3	LA PERSISTANCE DE FONCTIONNEMENTS PREJUDICIALES A UNE GOUVERNANCE EFFICACE	36
3.1	EN MATIERE DE GOUVERNANCE ADMINISTRATIVE	36
3.1.1	<i>Une gouvernance où la place de chaque acteur doit mieux être distinguée</i>	36
3.1.2	<i>Fragilité du pôle « santé publique et prévention »</i>	38
3.1.3	<i>Fragilité du dialogue avec les parties prenantes</i>	39
3.1.4	<i>Fragilité de l'encadrement intermédiaire, clé de voûte des services de soins fonctionnels</i>	39
3.1.5	<i>L'organisation, le fonctionnement et les attributions de la commission médicale de l'agence de santé interrogent</i>	40
3.1.6	<i>Fragilité des recrutements médicaux</i>	41
3.2	EN MATIERE D'ORGANISATION DE CERTAINS SERVICES	42
3.2.1	<i>Fluidifier la continuité des soins entre dispensaires et urgences</i>	42
3.2.2	<i>Homogénéiser la prise en charge des patients</i>	43
3.2.3	<i>Baisser la contrainte de garde pesant sur l'urgentiste de Futuna</i>	44
3.2.4	<i>Protocolisation des soins et meilleur suivi des patients et respect de la vie privée : la poursuite du dossier patient informatisé</i>	44
4	DES FRAGILITES DU MODELE DE FINANCEMENT QUI DOIVENT LE FAIRE EVOLUER VERS PLUS DE PREVISIBILITE TOUT EN PRESERVANT LA GRATUITE DES SOINS POUR LE PATIENT	45
4.1	UN MODELE DE FINANCEMENT HISTORIQUEMENT SINGULIER ET STRUCTURELLEMENT INADAPTE	45
4.2	UNE IMPASSE BUDGETAIRE CHRONIQUE ET UNE ABSENCE DE CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT	46
4.2.1	<i>Une situation budgétaire structurellement dégradée</i>	47
4.2.2	<i>Des charges rigides et peu compressibles</i>	48
4.2.3	<i>Une trésorerie critique et une absence de capacité d'autofinancement</i>	49
4.3	IL EST TOUTEFOIS A NOTER DES EFFORTS DE STRUCTURATION COMPTABLE ET FINANCIERE EN COURS	49
4.4	RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES	50
	LISTE DES ANNEXES	51
	ANNEXE 1 : DONNEES DE SANTE PUBLIQUES SUR LE TERRITOIRE DE WALLIS-ET-FUTUNA	52
	ANNEXE 2 : GESTION DES PARCOURS DES CADRES DIRIGEANTS ET MEDECINS HOSPITALIERS EN OUTRE-MER	67
	LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES	68
	LETTRE DE MISSION	74

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
1	Améliorer la gouvernance : Instaurer un pré-conseil d'administration, lors de décisions structurantes, entre la direction et tutelles avec, le cas échéant, une communication avec le président du conseil.	2	ADS DGOS	2026
2	Améliorer la gouvernance : Clarifier les missions de l'agence de santé entre santé publique et offre de soins, en les séparant géographiquement et en présentant un organigramme distinct. Structurer le pôle santé publique et prévention sous l'autorité du directeur général, avec des missions précisément définies (épidémiologie, stratégie territoriale, prévention).	1	ADS	2025
3	Améliorer la gouvernance : Désigner un chef de cabinet du directeur général chargé du développement et du bon équilibre des relations avec les autorités coutumières et les élus du Territoire	1	ADS	2025
4	Améliorer la gouvernance : Réformer la commission médicale en fixant le mandat du président et du vice-président à deux ans, non renouvelable, avec possibilité de réduction de sa durée, dans l'intérêt du service sur décision du directeur général.	1	ADS	2025
5	Recrutements médicaux : Développer la coopération interhospitalière avec des établissements de l'hexagone, de Nouvelle-Calédonie ou d'autres institutions du Pacifique (Australie, Nouvelle-Zélande ou Polynésie), afin de définir des filières de recrutement de médecins ou d'assistants hospitaliers, notamment pour les soins spécialisés.	1	ADS	2026
6	Qualité des soins : Réorganiser les soins primaires dans les dispensaires, en élargissant les plages horaires de rendez-vous et en renforçant le dépistage et l'éducation thérapeutique.	2	ADS	2026
7	Qualité des soins : Affilier le service des urgences de Wallis à un service Hexagonal ou de Nouméa pour organiser une disposition de soutien pour les généralistes de garde et harmoniser les pratiques. Mutualiser les protocoles et équipes d'urgence entre Wallis-et-Futuna pour alléger la charge sur les praticiens isolés lors des gardes des généralistes des dispensaires à l'hôpital de Mata'Utu. Mettre en place un contrôle médical des EVASAN délocalisé auprès de la CAFAT.	2	ADS	2026

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
8	Qualité des soins : Poursuivre la mise en œuvre du projet hospitalier 2022-2025 et du projet territorial de santé 2023, notamment par l'établissement de protocoles de prise en charge des maladies non transmissibles et la réalisation du projet de dossier patient informatisé (DPI), sans oublier la connexion haut débit avec les fibres reliant Nouméa, non existante aujourd'hui.	2	ADS	2026
9	Financement : Sécuriser le financement de l'agence de santé par une dotation objectivée, une capacité d'autofinancement et une structuration comptable aux normes et pratiques en vigueur dans les établissements publics.	1	ADS	2025

RAPPORT

Par lettre de mission du 28 novembre 2024, la ministre de la santé et de l'accès aux soins et le ministre chargé des outre-mer ont confié à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale de l'administration (IGA), une mission relative à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna.

En 2024, l'agence a été confrontée à une crise sociale majeure, révélant une situation managériale et financière dégradée. Le conflit, déclenché en septembre, a conduit à la signature d'un protocole le 19 septembre 2024. Les départs du directeur général, de la présidente de la commission médicale, ainsi que le maintien d'un praticien dont le contrat avait expiré ont ainsi été validés par l'administrateur général sans présence d'aucun membre de la direction de l'agence, dans un climat de tension et de défiance sans rapport avec la situation de l'agence en voie de redressement à cette date. Cette situation a mis en lumière les tensions internes, les fragilités de gouvernance et l'intervention croissante des acteurs politiques et coutumiers dans la gestion de l'agence, sans toujours disposer des informations les plus pertinentes pour appuyer leurs positions.

Pour mener à bien l'examen demandé par les ministres, de la situation de l'agence et de ses évolutions possibles au niveau de sa gouvernance, de ses instances, de son organisation voire de son statut, la mission a rencontré les administrations centrales concernées, de nombreux anciens agents récemment partis (en visioconférence), dont le dernier directeur général, ainsi que la précédente présidente de la commission médicale. La mission s'est également rendue à Wallis-et-Futuna au mois de janvier 2025 et a pu rencontrer l'ensemble des parties prenantes du Territoire. A l'issue de ses travaux, la mission fait le constat que l'organisation et la gouvernance de l'agence doivent encore évoluer afin de la prémunir de nombreuses fragilités structurelles, qu'il s'agisse de l'animation du dialogue social, de la bonne cohésion de l'équipe médicale ou encore de l'intégration et la coordination des actions de prévention et de santé publique avec le système de soins, sans omettre la nécessaire poursuite de l'amélioration de la gestion de l'établissement.

1 Une agence de santé dont la gouvernance reste fragilisée par des tensions sociales et institutionnelles

1.1 Les îles de Wallis-et-Futuna constituent le territoire français le plus éloigné de l'hexagone

Le territoire des îles Wallis-et-Futuna, situé dans le Pacifique Sud à plus de 16 000 km de l'hexagone, compte, selon le recensement de 2023, 11 151 habitants répartis sur un archipel de

140 km² (8 088 habitants à Wallis et 3 063 à Futuna⁶). Cette collectivité d'outre-mer, une des moins peuplée avec Saint-Pierre et Miquelon, est distante de 1 870 km de la Nouvelle-Calédonie et de 2 890 km de l'île de Tahiti. Elle est constituée de l'île de Wallis, la plus importante en taille, et de Futuna et Alofi, deux îles de taille plus réduite situées à 235 km de la première.

Le territoire dispose de deux aéroports :

- celui de Hihifo, sur l'île de Wallis, seul aéroport de l'archipel en mesure d'accueillir des vols internationaux et des avions gros porteurs ;
- celui de Pointe Vele, sur l'île de Futuna qui n'assure que les rotations à destination de Wallis et dont les spécificités imposent une utilisation diurne à des avions de petite taille et de faible capacité d'emport.

La desserte aérienne de Wallis⁷, depuis Nouméa ou les îles Fidji, est assurée par la compagnie néo-calédonienne Air Calédonie International (Air Calin), seul opérateur présent sur le territoire, qui assure deux liaisons hebdomadaires (trois en période de vacances scolaires). L'île de Futuna n'est accessible que depuis celle de Wallis grâce à une rotation aérienne par bimoteur d'une quinzaine de places assurée six jours par semaine, sous réserve de conditions éoliennes et météorologiques favorables. Cette liaison fait l'objet d'une délégation de service public subventionnée⁸ à la compagnie aérienne.

D'abord protectorat français (fin du XIX^{ème} siècle), l'archipel de Wallis-et-Futuna est devenu territoire d'outre-mer à la suite du référendum organisé le 27 décembre 1959, 94 % des électeurs choisissant l'intégration des îles Wallis-et-Futuna à la République française. La loi du 29 juillet 1961⁹ confère à ces îles le statut de territoire d'outre-mer (dit « statut de 1961 »), en dotant l'archipel d'une organisation institutionnelle unique, prenant en compte les équilibres entre les trois composantes de l'identité locale : les institutions républicaines, les chefferies coutumières et l'Église catholique¹⁰. Le territoire des îles de Wallis-et-Futuna a acquis le statut de collectivité d'outre-mer relevant de l'article 74 de la constitution, à la suite de la révision constitutionnelle du 28 mars 2003.

L'archipel dispose d'une l'assemblée territoriale, instituée par la loi du 29 juillet 1961, qui joue un rôle incontournable dans la gestion administrative des îles. Il s'agit de la seule instance élue au suffrage universel direct. Composée de vingt membres élus pour cinq ans (treize pour l'île de Wallis et sept pour celle de Futuna), cette assemblée constitue l'organe délibérant de l'archipel.

⁶ Recensement 2023

⁷ Il n'existe aucune liaison maritime de passagers

⁸ Au titre de la continuité territoriale

⁹ Loi n°61-814 du 29 juillet 1961 et réforme de l'organisation décentralisée de la République du 28 Mars 2003 faisant de Wallis et Futuna une collectivité d'outre-mer.

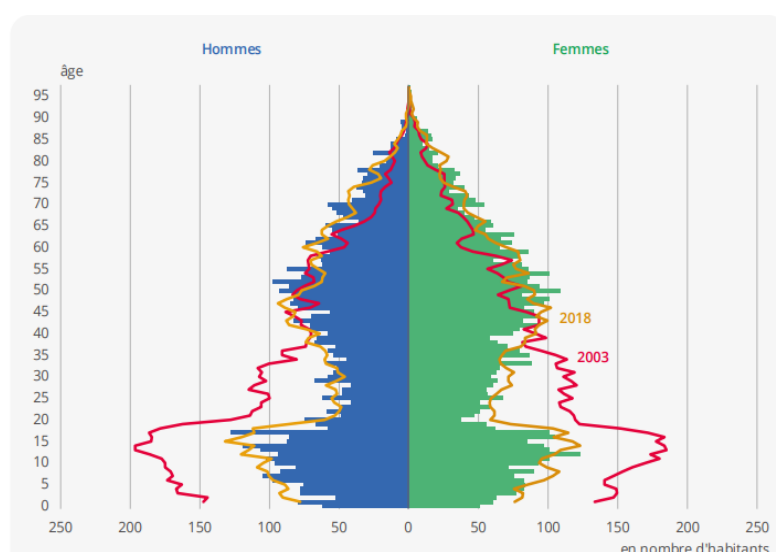
¹⁰ L'article 2 de la loi du 29 juillet 1961 précitée dispose que « la République garantit aux populations du territoire des îles de Wallis et Futuna le libre exercice de leur religion, ainsi que le respect de leurs croyances et de leurs coutumes [...] ». Les institutions républicaines se déploient ainsi dans le contexte de l'existence de trois royaumes dont l'autorité s'exerce à Wallis sur le royaume d'Uvéa et à Futuna sur ceux d'Alo et de Sigave. Le droit coutumier est particulièrement prégnant sur les questions foncières (le régime appliqué conduisant à l'inaliénabilité et l'incessibilité des terres).

Ses attributions restent toutefois limitées : elle détient des compétences dans la plupart des domaines économiques et sociaux mais ses délibérations ne deviennent effectives qu'après approbation par l'administrateur supérieur. Si elle n'est pas maîtresse de l'exécution du budget, qui est confiée à l'administrateur supérieur, l'assemblée territoriale vote ce budget.

1.2 Le dernier recensement confirme le vieillissement de la population

Du fait d'une émigration des travailleurs de l'archipel vers la Nouvelle-Calédonie ou des étudiants diplômés vers l'hexagone, la population jeune diminue depuis les années 1970-1980. S'ajoute à cela une baisse de l'indice de fécondité : il est estimé à 1,7 enfant par femme en 2023, alors qu'il était de 4,5 en 1983 et 2,2 en 2018. En conséquence, le nombre d'habitants de l'archipel a tendance à décroître et la population vieillit.

Schéma 1 : Pyramide des âges en 2023 à Wallis-et-Futuna (et comparaison à 2003)



Sources : INSEE et service territorial de la statistique et des études économiques, recensement 2023.

Au dernier recensement¹¹, la population de l'ensemble des îles s'élevait à 11 151 habitants, en baisse de 25 % sur les vingt dernières années. Cette baisse démographique est plus nette à Futuna qu'à Wallis. La part des plus de soixante ans s'accroît continûment (8,9 % en 2003, 16,5 % en 2018, 19,1 % en 2023), tandis que celle des moins de vingt ans diminue tendanciellement (44,1 % en 2003, 34,0 % en 2018, 30,6 % en 2023).

Ces tendances s'observent également dans d'autres territoires ultra-marins comme les Antilles ou Saint-Pierre-et-Miquelon (en vingt ans, baisse de la population de 10 % en Martinique et de 7 % en Guadeloupe). Le « vieillissement » de la population est cependant beaucoup plus avancé en Martinique et en Guadeloupe (30 % de la population de plus de soixante ans en 2021 en Martinique, 27 % en Guadeloupe). A Wallis-et-Futuna, l'âge médian est passé de vingt-trois ans en 2003 à trente-huit ans en 2023.

¹¹ Recensement Insee réalisé entre juillet et août 2023

1.3 La situation sanitaire de la population se dégrade depuis des décennies

L'économie domestique de l'archipel a connu de profonds changements au cours des dernières décennies tant en termes de production agricole que de pratiques alimentaires : cette transition alimentaire, particulièrement marquée à Wallis, n'est pas sans conséquence pour la santé de la population puisque la forte baisse de l'autoconsommation, au profit d'aliments importés et hautement transformés, dénués de nutriments appropriés, a remplacé la consommation plus traditionnelle de ressources locales (fruits, légumes, féculents locaux et poissons)¹². La consommation de viande, jusque-là assez réduite, a connu une forte hausse au cours des deux dernières décennies devenant un aliment quotidien presque incontournable.

Depuis 2014, le projet régional océanien des territoires pour la gestion durable des écosystèmes (PROTEGE) financé par l'Union européenne¹³ a mis en évidence :

- une baisse de la production agricole familiale ;
- une baisse de la pêche et de la consommation de poissons ;
- une augmentation des importations de produits alimentaires de qualité médiocre ;
- une augmentation de la consommation de sucre ;
- une augmentation de la sédentarité.

Le lien entre ces changements des comportements alimentaires et l'augmentation significative sur l'archipel du diabète et des facteurs de risques cardio-vasculaires est établi¹⁴ : la population de Wallis-et-Futuna se caractérise désormais par un taux inhabituellement élevé d'obésité, d'hypercholestérolémie et de diabète, terreau favorable aux pathologies chroniques non transmissibles et à une mortalité précoce.

Obésité : En quarante ans, la prévalence de l'obésité a plus que doublé à Wallis-et-Futuna, passant de 30 % en 1980 à 70,4 % en 2022, soit une multiplication par 2,3 (croissance moyenne annuelle de 2 %). Dans l'hexagone, la progression est en réalité encore plus rapide en rythme, avec une multiplication par 3 de l'obésité adulte (de 6 % à 18 %), soit +2,6 % par an, même si le niveau absolu reste bien inférieur. Chez les enfants, l'écart est également marqué : plus d'un tiers des 7-10 ans sont en situation d'obésité à Wallis-et-Futuna, tandis que dans l'hexagone la proportion est passée de 6 % en 1980 à 15 % en 2000, soit une multiplication par 2,5 (près de +4,7 % par an), avant de se stabiliser autour de 17 % depuis vingt ans, dont 3 à 5 % en situation d'obésité.

Un homme sur cinq et une femme sur huit sont susceptibles de développer une maladie coronarienne en raison de leur hypercholestérolémie. L'obésité n'épargne pas les parturientes, et l'archipel connaît un taux élevé de pathologies obstétricales (macrosomie fœtale, diabète gestationnel) : le diabète gestationnel touche près de 7 femmes sur 10.

¹² 85 % des habitants consomment moins de cinq fruits et/ou légumes par jour.

¹³ Enveloppe régionale du 11ème Fonds Européen de Développement.

¹⁴ Etude des facteurs de risque des maladies chroniques non transmissibles à Wallis et Futuna - Communauté du Pacifique – juin 2010.

Diabète : la prévalence du diabète au sein de la population autochtone de Wallis-et-Futuna est sans commune mesure avec les seuils observés au sein de la population hexagonale : elle avoisine le seuil de 20 %, tous âges confondus, soit plus de trois fois celui observé dans l'hexagone par l'assurance maladie (6,3 % en 2022). Moins de 8 % de la population présente une glycémie à jeun normale.

Sources : Agence de santé de Wallis-et-Futuna et étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016 et « Évolution de la corpulence déclarée dans les baromètres de Santé publique France de 1996 à 2017 », septembre 2024.

La prévalence des addictions, en particulier chez les hommes, est nettement supérieure à celle communément observée dans l'hexagone (supérieure de 40 % pour le tabac et de 38 % pour l'alcool, 61,3 % des hommes entre 15 et 69 ans fument et 52,6 % consomment quotidiennement de l'alcool, contre respectivement 29,4 % et 26,2 % des femmes de la même tranche d'âge¹⁵) et près d'un cinquième des résidents n'atteignent pas les recommandations d'activité physique pour la santé. A l'inverse de ce qui semble se dessiner dans l'hexagone, l'addiction des jeunes au tabac tend à s'aggraver depuis une décennie : une étude récemment conduite par l'agence de santé pour le compte de l'organisation mondiale de la santé (OMS) Pacifique¹⁶ met en évidence une augmentation du nombre de fumeurs âgés de moins de 18 ans, la proportion étant passée de 33 % en 2019 à 44 % en 2023.

L'incidence des cancers gynécologiques est également notablement plus élevée que celle observée dans l'hexagone : le risque de survenue des cancers de l'utérus (corps et col) et des ovaires est 5 à 11 fois plus élevé à Wallis-et-Futuna que dans l'hexagone¹⁷.

Enfin, l'archipel est régulièrement touché par des maladies transmissibles telles que la dengue et la leptospirose soutenues par le climat tropical et l'isolement des îles.

Leptospirose : cette zoonose touche particulièrement l'île de Futuna où une forme d'hyper-endémie persiste malgré une amélioration progressive au cours de la dernière décennie. Alors que l'incidence rapportée dans les pays les plus exposés est estimée à 600 cas pour 100 000 habitants, elle dépasse certaines années le seuil de 1 000 cas pour 100 000 habitants à Futuna (2007)¹⁸. Des mesures d'hygiène défaillantes à proximité d'élevage de cochons et des baignades en eaux douces contaminées peuvent expliquer, en partie, ces seuils très élevés. Pour information, la direction des affaires sanitaires et sociales (DASS) de Nouvelle-Calédonie a émis une alerte au mois d'avril 2025, avec 36 cas déclarés pour 100 000 habitants sur les 4,5 premiers mois de 2025, à la suite d'une pluviométrie exceptionnelle en février, causant un décès en mars et 43 cas en réanimation¹⁹.

¹⁵ Pacific Community and World Health Organization, STEPS 2019.

¹⁶ Enquête mondiale en milieu scolaire sur la santé des élèves, Wallis and Futuna, 2023, publié 2025, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/wallis-and-futuna/gshs/2023-gshs-wallis-and-futuna-factsheet-fr.pdf?sfvrsn=9d6a1c1c_10

¹⁷ Epidémiologie descriptive de l'onco-gynécologie, Wallis et Futuna, 2012-2023.

¹⁸ Elle est estimée à 1 cas/ 100 000 en France hexagonale, Corse incluse, par Santé publique France depuis 2014 ;

¹⁹ Santé et Surveillance, point épidémiologique du 17 mai 2025, DASS Nouvelle-Calédonie.

1.4 Des dépenses de santé relativement élevées qui ont permis une amélioration de l'espérance de vie

1.4.1 Une dépense courante de santé au sens international relativement élevée

À Wallis-et-Futuna, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) atteint en 2024 un montant de 5 454 € par habitant, soit 6 436 \$ en PPA²⁰ supérieur à celui observé dans l'hexagone (4 850 € et 5 723\$PPA) et dans les autres territoires du Pacifique. De manière significative, ce niveau de dépense est de l'ordre de 4 058 € (5 723\$ en PPA) en Nouvelle-Calédonie. Il est d'environ 3 900 € (soit 4 602\$ en PPA) en Polynésie française

Ce niveau élevé de dépense illustre la volonté des autorités sanitaires de garantir un accès équitable aux soins dans un contexte d'isolement marqué et de coûts logistiques et salariaux élevés. Il traduit également un choix budgétaire assumé, consistant à maintenir une dépense de santé élevée et relativement stable sur la dernière décennie, afin de structurer l'offre de soins et de renforcer la prévention. Le différentiel avec la Nouvelle-Calédonie, pourtant également dotée d'un système de santé développé, s'explique par l'isolement encore plus marqué de Wallis-et-Futuna, la nécessité d'y maintenir des équipements et services de base à coût unitaire plus élevé, ainsi que le poids considérable des évacuations sanitaires (EVASAN), qui représentent à elles seules près d'un tiers du budget de santé de l'archipel et donc de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna, ainsi que des coûts salariaux légèrement plus élevés.

1.4.2 Une espérance de vie en progression sans toutefois rattraper le niveau hexagonal

Les données disponibles suggèrent que le haut niveau de dépenses de santé a permis, malgré le contexte de dégradation sanitaire ci-dessus évoqué, une amélioration significative de l'espérance de vie (EDV) des populations résidant à Wallis-et-Futuna. Cette amélioration n'a cependant pas permis d'atteindre le niveau d'espérance de vie de la population résidant dans l'hexagone.

En effet, **malgré une dépense par habitant élevée, l'écart d'espérance de vie avec l'hexagone demeure résilient et le rapprochement constaté au début des années 2020 reste fragile**. Ainsi, en 2001, l'EDV moyenne à Wallis-et-Futuna s'élevait à 74,3 ans, contre 79,2 ans dans l'hexagone, soit un écart de 4,9 années. En 2010, cet écart s'était accru à 5,5 années, puis s'est légèrement réduit à 5,4 années en 2014 et à 3,8 années en 2021. Mais en 2023, l'écart est remonté à 4,3 années (78,4 ans à Wallis-et-Futuna contre 82,8 ans dans l'hexagone), suggérant une relative stabilité sur la longue période et une dégradation ponctuelle liée aux effets de la pandémie de Covid-19.

²⁰ Cf. Encadré ci-dessous

Le contraste avec la Nouvelle-Calédonie (77,1 ans en moyenne en 2023), qui bénéficie pourtant d'une DCSi élevée quoique moindre, illustre le rôle de l'isolement de Wallis-et-Futuna comme facteur aggravant, limitant l'efficacité des dépenses en matière de résultats sanitaires. Le territoire de Wallis-et-Futuna apparaît se situer dans une position intermédiaire entre l'hexagone et les autres collectivités françaises du Pacifique : une dépense de santé par habitant comparable aux standards européens, mais des résultats sanitaires qui demeurent en retrait de l'hexagone et légèrement supérieurs à ceux constatés dans le reste du Pacifique insulaire.

Tableau 1 : Evolution de l'espérance de vie et DCSi entre 2001 et 2024

Année	EDV W&F	EDV Hexagone	EDV N-Calédonie	Écart W&F-Hexagone	DCSi W&F (€)	DCSi Hexagone (€)	DCSi N-Calédonie (€)
2001	74,3	79,2	-	4,9	-	-	-
2010	75,8	81,3	-	5,5	-	-	-
2014	76,9	82,3	-	5,4	-	-	-
2021	78,4	82,2	-	3,8	-	-	-
2023	78,4	82,8	77,1	4,3	-	-	-
2024	-	-	-	-	5 454	4 850	4 058

Sources : INSEE 28/08/2014 et Insee-STSEE, recensements de la population 2018 et 2023 et données état civil de Wallis-et-Futuna (calculs Insee et STSEE), INSEE 24/10/2024.

1.4.3 Des dépenses sanitaires à Wallis-et-Futuna comparables à celles des territoires « développés » du Pacifique

Après harmonisation en USD PPA (cf. encadré méthodologique), Wallis-et-Futuna (6 436 \$) se situe au-dessus de l'hexagone et proche de l'Australie (7 055 \$), devant la Nouvelle-Zélande (4 906 \$). Les petits États insulaires voisins restent très en-deçà (Fidji : 250 \$; Tonga : 279 \$). Wallis-et-Futuna conjugue ainsi un niveau de dépense « pays développés » avec des résultats sanitaires intermédiaires : meilleurs que dans le Pacifique insulaire, mais en retrait de l'hexagone.

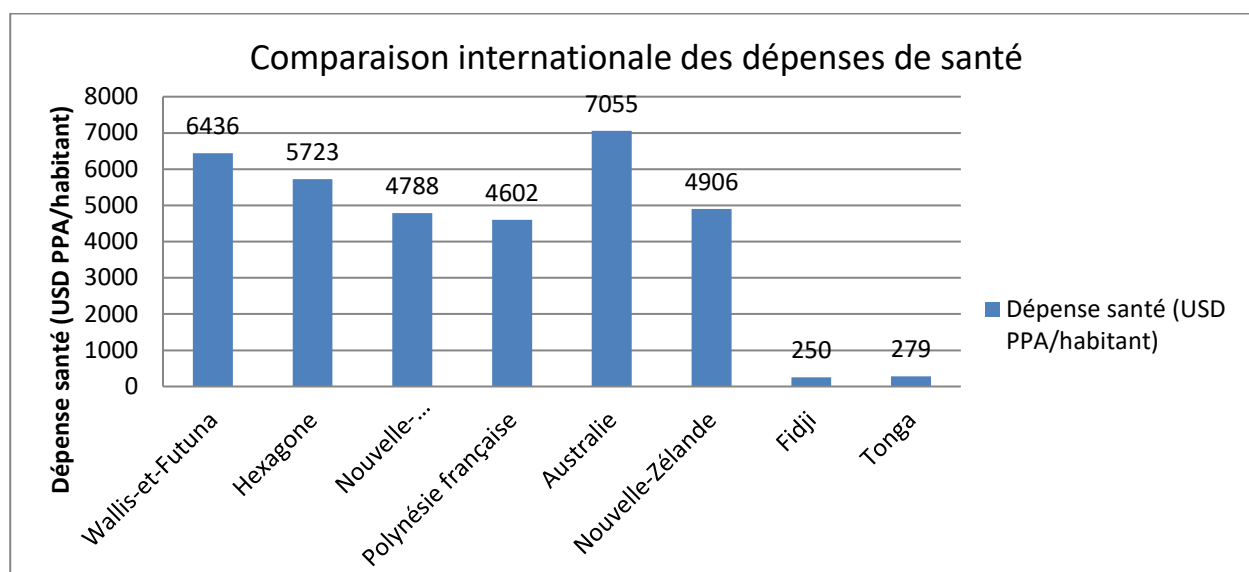
Sources, unités et conversions

Les montants pour l'hexagone, la Nouvelle-Calédonie, la Polynésie française et Wallis-et-Futuna proviennent des comptes et données locales, exprimés en euros nominaux par habitant (2024).

Les comparaisons régionales (Australie, Nouvelle-Zélande, Fidji, Tonga) proviennent de l'OMS-WPRO et mesurent la dépense courante de santé (CHE) par habitant en dollars internationaux, en parité de pouvoir d'achat (USD PPA, 2021).

Pour harmoniser les ordres de grandeur, les montants en euros nominaux ont été convertis approximativement en USD PPA, en appliquant le rapport PIB France PPA/PIB France nominal, environ 1,18 (2022, Banque mondiale). Cette approximation permet une comparaison indicative, sans refléter précisément les niveaux de prix locaux des collectivités ultramarines.

Graphique 1 : Comparaison régionale des dépenses de santé en US\$PPA



1.5 Mise en place en 2000, l'agence de santé de Wallis-et-Futuna est le seul opérateur de soins de l'archipel

A l'occasion de la fin de la conscription²¹, les îles Wallis-et-Futuna ont perdu la ressource médicale jusque-là fournie par le service de santé des armées. Le choix s'est alors porté, compte tenu de l'isolement et de l'éloignement, sur la création d'une agence de santé garantissant un système de santé intégré : un établissement public national à caractère administratif est créé en janvier 2000²², sous la tutelle des ministères de la santé, des outre-mer et du budget. Il est doté d'une autonomie administrative et financière, le conseil d'administration étant présidé par le préfet, administrateur supérieur du territoire.

1.5.1 Une agence qui assure les missions de pilotage de la stratégie de santé

A l'instar des missions dévolues aux agences régionales de santé, l'ADS se doit de décliner la politique de santé publique à l'échelle de l'archipel et de mener les campagnes de promotion de la santé adaptées aux spécificités des territoires.

Article L6431-4 : l'agence élabore un programme de santé publique compte tenu des priorités de santé établies par la conférence de santé [...]. Ce programme porte notamment sur la protection de la santé des mères, des jeunes enfants, des enfants d'âge scolaire et des travailleurs ainsi que sur la lutte contre les maladies transmissibles, l'alcoolisme, les toxicomanies et les maladies mentales.

²¹ Loi n° 97-1019 du 28 octobre 1997 ;

²² Ordonnance n° 2000-29 du 13 janvier 2000 portant création d'une agence de santé et extension ou adaptation de certaines dispositions du code de la santé publique aux îles Wallis et Futuna et décret n° 2001-1065 du 15 novembre 2001 relatif à l'organisation de l'agence de santé du territoire des îles Wallis et Futuna.

1.5.2 Une agence qui a le monopole de l'offre de soins sur les deux îles

Il n'existe aucun exercice libéral, ni aucune autre offre de soins, publique ou privée, en dehors de celle mise en place sous son autorité. Elle administre :

- deux hôpitaux (un hôpital principal sur l'île de Wallis disposant de capacités d'hospitalisation de médecine, chirurgie et obstétrique et un établissement de taille plus réduite sur l'île de Futuna dépourvu de capacités chirurgicales) ;
- quatre dispensaires (trois à Wallis, un à Futuna) assurant les soins de premiers recours au sein de chaque district ;
- un service pharmaceutique chargé de « la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux, ainsi que, s'il y a lieu, leur retrait » ;
- un service d'imagerie (radiographies standards, échographie, scanner) et un laboratoire d'analyses médicales (biologie, bactériologie, virologie, PCR).

Tableau 2 : Activité de soins dans les différents sites hospitaliers ; années 2024- 2008

Site et année	Nombre de consultations en dispensaires	Nombre de passages aux urgences	Occupation lits médecine	Occupation lits chirurgie	Nombre d'interventions chirurgicales
Wallis 2024	25 154 (cumul trois sites)	12 208	63 %	70 %	698
Wallis 2008	35 490 (cumul trois sites)	5 800	45,1 %	47,1 %	NC
Futuna 2024	11 814	7 947	37 %	-	-
Futuna 2008	13 483	10 022	22,3	-	-

Source : Agence de santé

L'agence de santé dispose en 2024 de 51 lits répartis sur les deux îles :

- 42 lits à l'hôpital de Sia (site de Wallis) : 13 lits de chirurgie, 14 lits de médecine, 14 lits de gynécologie et obstétrique, 1 lit de réanimation – soins intensifs ;
- 9 lits à l'hôpital de Kaleveleve (site de Futuna).

La taille de la population et le volume limité d'activité hospitalière conduit à ne maintenir sur l'archipel qu'un nombre restreint de praticiens (sept médecins hospitaliers dont une radiologue et trois urgentistes ainsi que huit médecins généralistes), la très grande majorité des postes de travail médicaux étant uniques (spécialités exclusives).

La permanence des urgences (H24 sur les deux sites) est assurée par trois urgentistes (deux à Wallis et un à Futuna). Les généralistes des dispensaires de Wallis participent au pool d'astreinte pour les urgences de l'hôpital Sia. En revanche l'urgentiste de Futuna assure cette charge seul. Le médecin

anesthésiste, le chirurgien et l’obstétricien assurent seuls, jours et nuits, l’astreinte d’urgence chirurgicale pour l’ensemble de l’archipel en plus des actes opératoires programmés.

Compte tenu de l’absence de certaines spécialités et/ou de capacité de prise en charge locale (ophtalmologie, ORL, cardiologie, rhumatologie, gastro-entérologie, psychiatrie), l’agence fait appel à des missions d’appui temporaires (entre 4 et 12 semaines en moyenne), constituées de ressources spécialisées dépêchées depuis Nouméa ou l’hexagone. A titre d’exemple, l’année 2022 a permis d’accueillir :

- trois missions de cardiologie permettant la réalisation de 1 645 consultations ;
- trois missions d’ophtalmologie permettant la réalisation de 1 244 consultations ;
- deux missions d’hépatologie-gastro-entérologie permettant la réalisation de 434 consultations et 167 endoscopies.

A ces missions *in situ*, s’ajoutent, pour certaines spécialités, des partages d’expertises et d’avis spécialisés par téléconsultations auprès des médecins experts ou des centres de références (oncologie, rhumatologie).

1.5.3 Une agence qui prend en charge les évacuations sanitaires

Pour les situations urgentes ou ne pouvant bénéficier de l’expertise d’une mission spécialisée, l’agence de santé peut recourir au transfert par voie aérienne de patients vers un établissement hospitalier public ou privé en dehors de l’archipel. Selon les impératifs médicaux, l’âge de l’intéressé et le degré d’urgence, le transfert peut concerner la Nouvelle-Calédonie, l’hexagone, plus occasionnellement l’Australie.

Périmètre des évacuations sanitaires (EVASAN)

Les évacuations sanitaires (EVASAN) organisées par l’agence de santé de Wallis-et-Futuna constituent un dispositif central de continuité des soins dans un territoire marqué par l’isolement. Elles couvrent les frais médicaux dans l’établissement d’accueil ainsi que le transport du patient. Un accompagnant est également pris en charge lorsque le malade est mineur, porteur d’un handicap ou dépendant. L’Assemblée territoriale peut, en complément, attribuer des aides financières aux familles pour soutenir leur présence auprès du patient. Dans certaines situations particulières, notamment pour des enfants scolarisés, le vice-rectorat peut également participer au financement du voyage ou de l’hébergement.

Le dispositif intègre la prise en charge de l’hébergement : lors des transferts de Futuna vers Wallis, des structures spécifiques accueillent temporairement les patients, en particulier les femmes enceintes proches du terme (parturientes). Pour les évacuations hors du territoire (Nouvelle-Calédonie, Australie, hexagone), l’ADS s’appuie sur des partenariats avec des opérateurs spécialisés comme que MEDEVAC, qui assurent l’organisation logistique complète – transport sanitaire, coordination médicale, accompagnement et hébergement temporaire. Des partenariats associatifs, comme avec le Rosier Rouge, contribuent également à l’accueil des patients et de leurs familles.

Ainsi, l'EVASAN dépasse largement le seul transport médical pour constituer un dispositif global et solidaire, articulant soins, accompagnement social et solutions d'hébergement. Ce périmètre, qui rejoint par certains aspects les dispositifs en vigueur en Nouvelle-Calédonie (hébergement conventionné ou indemnités plafonnées), est un élément structurant du système de santé local et représente une part importante du budget de l'ADS. A partir des recommandations du précédent rapport d'inspections (IGAS-CGEFI 2019), l'agence s'est dotée d'un secrétariat des EVASAN qui, avec une commission ad hoc, valide et met en œuvre ces transferts.

En 2024, 763 évacuations aériennes ont été effectuées :

- 58 (8 %) concernaient des situations urgentes, 701 (92 %) des situations programmées dont des examens non réalisables sur le territoire (IRM notamment) ;
- 676 (88 %) ont été adressées en Nouvelle Calédonie, 82 (10 %) dans l'hexagone.

A ces évacuations aériennes au départ de Wallis, s'ajoutent les plus de 500 transferts aériens annuels de patients futuniens vers l'île de Wallis pour un complément de prise en charge *in situ* (chirurgie, imagerie) ou une évacuation d'urgence.

Il convient de souligner que :

- le budget consacré aux EVASAN représente plus du tiers du budget annuel de l'agence ;
- le nombre d'EVASAN réalisées annuellement augmente de 7 % à 8 % chaque année depuis trois ans mais il était inférieur en 2023 au niveau atteint en 2019, avant la crise sanitaire ;
- le coût unitaire des EVASAN augmente régulièrement, du fait d'un accroissement significatif des charges de transport, passées de 14 % du montant moyen en 2019 à 35,7 % en 2024.

Tableau 3 : Evolution du coût des EVASAN entre 2019 et 2024 (millions d'€)

Année	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre	784	497	397	669	716	763
Coût global	15,28	13,97	16,88	20,38	19,94	20,94
Coût du soin	13,04	11,75	13,19	15,18	15,00	13,46

Source : Agence de santé

Pour mémoire, en l'absence d'intervention de l'assurance maladie et en application du code de la santé publique (L6431-16), le coût de ces soins en dehors de l'archipel incombe intégralement à l'agence. Dans ce contexte, une dette, pour l'essentiel à l'égard des établissements de Nouvelle-Calédonie, s'était constituée à partir de l'an 2000, atteignant en 2014, 21,5 M€ et imposant la souscription d'un emprunt auprès de l'agence française pour le développement (AFD) avec un remboursement échelonné sur 20 ans. Des mesures nouvelles en loi de finances ont assuré depuis 2014 le financement sur le programme 204 de ce remboursement et du coût annuel des EVASAN afin de ne pas reconstituer cette dette vis-à-vis du CHT de Nouméa.

Afin d'éviter des évacuations sanitaires non pertinentes, l'instauration d'un second contrôle médical reste à mettre en œuvre, comme il existe dans les systèmes déployés en Nouvelle-Calédonie et les pays alentours. Le renouvellement de la convention avec la CAFAT permettrait d'utiliser le contrôle médical de la caisse à ce titre (cf. recommandation 7).

1.5.4 L'activité de l'agence de santé reste globalement stable

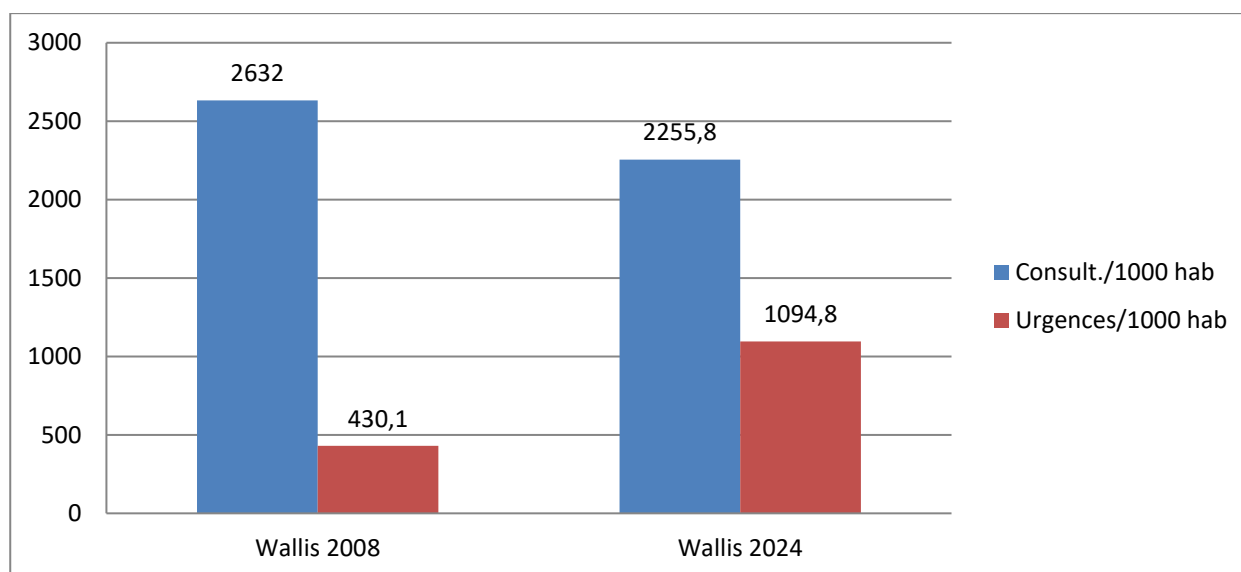
L'analyse des données d'activité met en évidence des évolutions contrastées entre 2008 et 2024, en lien avec la démographie en recul (13 484 habitants en 2008 contre 11 151 en 2023) et avec la transformation progressive du recours aux soins.

À Wallis, le nombre de consultations en dispensaires a reculé (35 490 en 2008 contre 25 154 en 2024), ce qui, rapporté à la population, correspond à une diminution de près de 14 % des consultations par habitant (2 632 pour 1 000 habitants en 2008 contre 2 255 en 2024). À l'inverse, les passages aux urgences ont fortement augmenté, passant de 5 800 en 2008 à 12 208 en 2024, soit un ratio de 430 à 1 095 passages pour 1 000 habitants (+155 %). Cette dynamique traduit non seulement une modification des pratiques de recours aux soins, mais aussi un effet d'organisation : les dispensaires ferment à 17h, entraînant un basculement de l'activité vers les urgences, qui connaissent alors une véritable « heure de pointe ». Les taux d'occupation des lits suivent la même tendance, passant de 45,1 % à 63 % en médecine et de 47,1 % à 70 % en chirurgie. Enfin, 698 interventions chirurgicales ont été réalisées en 2024, témoignant d'un renforcement des capacités locales.

À Futuna, l'activité en consultations et en urgences est orientée à la baisse : 13 483 consultations en 2008 contre 11 814 en 2024, et 10 022 passages aux urgences contre 7 947. Si l'on ne dispose pas de population ventilée par île pour calculer des ratios par habitant, la tendance suggère un recul du recours aux soins hospitaliers sur Futuna, à la différence de Wallis. Le taux d'occupation des lits de médecine progresse toutefois (22,3 % à 37 %), traduisant un meilleur usage des capacités installées.

La comparaison Wallis / Futuna met ainsi en lumière une divergence d'évolution : à Wallis, le système de santé absorbe une pression croissante liée aux urgences et à la chirurgie, tandis que Futuna enregistre plutôt une contraction de la fréquentation, notamment aux urgences. Ces tendances peuvent s'expliquer par l'offre de soins plus concentrée et spécialisée à Wallis, renforcée par les évacuations sanitaires, alors que Futuna reste plus dépendante de structures de proximité et d'évacuations inter-îles. (cf. graphiques ci-dessous).

Graphique 2 : Consultations et urgences à Wallis (2008 vs 2024, par 1000 hab)



Cela confirme le double mouvement d’une intensification des urgences et de la chirurgie à Wallis, alimentée par la centralisation hospitalière mais aussi par la fermeture précoce des dispensaires, qui reporte une partie de la demande sur les urgences, couplée à une baisse globale de la fréquentation à Futuna, reflet d’une accessibilité plus limitée et d’un recours différencié aux soins.

Dans cette perspective, une piste organisationnelle serait d’étendre les horaires de consultations dans les dispensaires au moins jusqu’à 18h30, afin de limiter l’afflux artificiel aux urgences et d’améliorer la continuité des soins de premier recours. Cette mesure serait d’autant plus réaliste que les médecins des dispensaires participent déjà aux gardes aux urgences, sous la coordination d’urgentistes de permanence (pas nécessairement présents physiquement toute la nuit).

Tableau 4 : L’activité de l’ADSWF

Année	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Variation 2024/2023
Nombre d’entrées (interventions programmées et urgences)	2280	1 869	1 195	1 756	1 879	2 062	9,7 %
Nombre d’interventions (bloc opératoire)	868	591	398	647	714	698	2,5 %
Nombre d’accouchements	147	114	103	110	118	149	26,3 %
Consultations en dispensaires	44 108	41 436	33 141	36 409	36 984	36 968	0,0 %
EVASANs hors territoire	794	497	397	n.c.	716	779	8,8 %

Source : Rapport IEOM 2024 et ADSWF

En 2024, l'agence comptait 303 ETP rémunérés (31,2 ETP médicaux- médecins et paramédicaux) et 271,8 non médicaux). A l'exception du directeur et de l'agent comptable, tous les agents relèvent d'une convention collective de droit local. La convention collective en vigueur date de janvier 2023. Toutefois les médecins, bénéficient de dispositions spécifiques en cours de révision, selon qu'ils sont praticiens hospitaliers en détachement, spécialistes ou généralistes libéraux, sous contrat avec l'ADS. Cette convention s'appuie sur le code du travail applicable dans le territoire des îles Wallis-et-Futuna défini par la loi n° 52-1322 du 15 décembre 1952 modifiée. En outre, l'article L6431-12 du code de la santé publique prévoit que l'agence peut employer des fonctionnaires ainsi que des praticiens placés en détachement ou mis à disposition dans les conditions prévues par leurs statuts respectifs. Ainsi, la convention collective (ou s'agissant des médecins, les dispositions spécifiques) s'applique sans préjudice des dispositions des statuts particuliers de leur corps d'appartenance.

Les comparaisons de densité médicale placent l'archipel dans une position correcte (cf. tableau suivant et annexe 1).

Tableau 5 : Densité médicale, quelques éléments de comparaisons

Territoire / Pays	Définition	Densité médicale (/100 000)	Source et/ou mode de calcul
France	Tous médecins actifs	350	DREES 2023 (230 000 médecins)
France	Médecins libéraux actifs	180	CARMF/DREES (libéraux actifs)
États-Unis	Tous médecins actifs	270	OCDE/AMA (2019)
Union européenne (UE)	Moyenne (Tous médecins actifs)	370	OCDE "Health at a Glance 2023"
Australie	Tous médecins actifs	352–374	Australian Institute of Health and Welfare (AIHW)/OCDE (2022)
Australie	Médecins Généralistes	120	Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) 2022
Nouvelle-Zélande	Tous médecins actifs	353–375	MCNZ/OCDE (2022–2023)
Nouvelle-Zélande	Médecins Généralistes	74	Royal New Zealand College of General Practitioners (2021)
Nouvelle-Calédonie	Tous médecins actifs	223	Conseil de l'Ordre des médecins daté (2023)
Nouvelle-Calédonie	Médecins généralistes	122	Conseil de l'Ordre des médecins NC (2023)
Wallis-et-Futuna	Médecins permanents	126	14 médecins/11 150 hab.
Wallis (avec missions)	+ missions ponctuelles	152	+3 ETP mission an
Fidji	Tous médecins actifs	90	Banque mondiale – Groupe Asie-Pacifique
Tonga	Tous médecins actifs	90	Banque mondiale – Groupe Asie-Pacifique
Vanuatu	Tous médecins actifs	20	Banque mondiale – Groupe Asie-Pacifique

Territoire / Pays	Définition	Densité médicale (/100 000)	Source et/ou mode de calcul
Polynésie française (archipels)	Tous médecins actifs (zones isolées)	79	HCSP / DREES
Creuse / Ariège (France rurale)	Tous médecins actifs	150–153	URPS / DREES régionales
Paris (France)	Généralistes libéraux	234	INSEE 2023
Paris (France)	Généralistes libéraux secteur 1 (sans dépassements d'honoraires)	80	Estimation ORS Île-de-France, 41 % des généralistes en secteur 1
Île-de-France	Généralistes libéraux (secteur 1 et 2)	115	ARS Île-de-France

Source : Cf. dernière colonne et agence de santé W&F.

1.6 L'agence connaît des fragilités structurelles et managériales

1.6.1 Concernant les instances de gouvernance

L'agence de santé est placée sous la triple tutelle du ministère des outre-mer, de la santé et des finances, réunis au sein d'un conseil de tutelle. Conformément au code de santé publique (article L6431-1), l'agence est un « établissement public national à caractère administratif doté de l'autonomie administrative et financière, administrée par un conseil d'administration et dirigée par un directeur. Elle est soumise à un régime administratif, budgétaire et comptable et à un contrôle de l'Etat adaptés à la nature particulière de ses missions ».

L'agence a un statut particulier (cf. tableau comparatif ci-après). Elle assure non seulement le rôle d'offres de soins hospitalier et ambulatoire avec des dispensaires, mais aussi le rôle d'une agence régionale de santé. A Wallis, la gouvernance de l'agence est prévue par sur l'ordonnance du 13 janvier 2000 fixant la composition d'un conseil d'administration avec des élus, des représentants de personnels médicaux et non médicaux et des personnalités qualifiées.

Outre l'administrateur supérieur du Territoire, président de droit, le conseil d'administration de l'agence de santé du territoire des îles Wallis-et-Futuna est composé de dix-huit membres, à savoir :

- les membres de l'Assemblée nationale et du Sénat élus dans le territoire ;
- le président de l'assemblée territoriale ainsi que deux autres représentants de cette assemblée ;
- trois représentants des chefs traditionnels, à raison d'un représentant par chefferie ;
- le président et le vice-président de la commission médicale, ainsi que deux autres membres de cette commission ;
- quatre représentants des personnels autres que médicaux, odontologiques ou pharmaceutiques ;

- une personnalité qualifiée ;
- un représentant des usagers.

Avec huit membres, les élus (nationaux et territoriaux) et les chefs traditionnels représentent 42 % des voix du conseil. Cette représentation prend en compte le poids particulier des traditions coutumières locales qui représentent des relais d'influence importants auprès de la population autochtone.

Tableau 6 : Tableau comparatif des statuts des EPS et ARS de l'hexagone et de l'ADS de Wallis-et-Futuna

Critères	Établissement Public de Santé (EPS)	Agence Régionale de Santé (ARS)	Agence de Santé du territoire de Wallis-et-Futuna
Statut juridique	Établissement public de santé (EPS) ²³	Établissement public de l'État à caractère administratif ²⁴	Établissement public national à caractère administratif ²⁵
Tutelle	Ministère de la Santé	Ministres de la Santé, Assurance maladie, Personnes âgées et handicapées	Ministère de la santé (DGOS) Conseil d'administration présidé par l'administrateur supérieur du territoire
Direction	Directeur nommé par l'État	Directeur général nommé par l'État (par décret)	Directeur nommé par l'État (arrêté des ministres de l'outre-mer et de la Santé)
Conseil d'administration	Présidé par un représentant de l'État et composé de représentants de l'État, des collectivités, des usagers, etc.	Présidé par le préfet de région et composé de représentants de l'État, des collectivités, des usagers, etc.	Présidé par l'administrateur supérieur et composée de représentations locales (chefs traditionnels, élus, usagers, etc.)
Compétences principales	Soins hospitaliers, gestion des établissements de santé	Mise en œuvre de la politique régionale de santé, régulation de l'offre de soins	Élaboration et mise en œuvre du programme de santé publique, soins, prévention, soins ambulatoires et hospitaliers, évacuations sanitaires
Ressources	Dotations publiques, recettes d'activité	Dotations publiques, assurance maladie	Dotations publiques, (DGOS essentiellement et

²³ Établissements publics de santé (EPS, hôpitaux, CHU, CHG, etc.) : Personnes morales de droit public, établissements publics de santé (catégorie particulière d'établissements publics administratifs). Code de la santé publique, art. L. 6141-1. « Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. »

²⁴ Créées par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (loi HPST) ; Codifié au Code de la santé publique, art. L. 1432-1. « L'agence régionale de santé est un établissement public de l'État à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. »

²⁵ Loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer, art. 53 ; codifié au Code de la santé publique, art. L. 8123-1 et suivants : « Il est créé pour Wallis-et-Futuna une Agence de santé, établissement public national de l'État à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. »

Critères	Établissement Public de Santé (EPS)	Agence Régionale de Santé (ARS)	Agence de Santé du territoire de Wallis-et-Futuna
	(assurance maladie et reste à charge patient)		investissement DGOM), dons, emprunt AFD
Spécificités locales	Régime commun dans l'hexagone et DROM ²⁶	Schéma régional de santé	Adaptation aux spécificités culturelles et géographiques de Wallis-et-Futuna
Participation des usagers	Représentation dans les instances	Représentation dans le CA et conférences régionales	Représentation dans le CA, participation aux décisions via conférences locales
Personnel	Fonctionnaires hospitaliers, contractuels	Agents publics ou privés	Personnel régi par convention collective et/ou dispositions spéciales, agents publics détachés

Source : Code de la Santé Publique (CSP)

Dans ce contexte, le renouvellement, en moyenne bisannuel, des directeurs de l'agence²⁷ apparaît comme un des facteurs de fragilité en ce sens que le maintien d'une politique de direction forte et la déclinaison d'une stratégie de santé cohérente deviennent difficiles.

A l'instar des commissions médicales d'établissement²⁸ (CME) où siègent les représentants élus des professions médicales des établissements de santé métropolitains ou des DROM, l'agence dispose d'une commission médicale (CM) composée de tous les responsables des unités médicales, pharmaceutiques et odontologiques de l'agence et d'une sage-femme désignée pour une durée de deux ans par l'ensemble des sages-femmes assurant leurs fonctions au sein de l'agence²⁹. Le règlement intérieur en vigueur date de mai 2016, une nouvelle version est en cours de rédaction. La mission souligne que la présidence de cette instance est renouvelée tous les deux ans et non pas tous les quatre ans comme dans l'hexagone, en raison notamment des rotations plus nombreuses des personnels médicaux, dispositif plus adapté à la réalité des nominations des médecins.

1.6.2 Des missions partagées entre gestion opérationnelle et pilotage stratégique

L'agence se voit confier deux missions habituellement indépendantes : le pilotage de la stratégie de santé à l'échelle du territoire et l'offre de soins. Dans les faits, elle assume :

²⁶ Départements et régions d'outre-mer (DROM).

²⁷ Cinq directeurs se sont succédé entre janvier 2014 et septembre 2024 : Alain Sœur (janvier 2014 – février 2017), Etienne Morel (février 2017 – Avril 2019), Xavier Montserrat (septembre 2019 – mai 2021), Catherine Barbezieux (septembre 2021 – juin 2023), Laurent Bien (septembre 2023 – septembre 2024).

²⁸ La CME est consultée sur les orientations stratégiques de l'établissement, son projet médical et son organisation interne. Elle contribue à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

²⁹ Article D-6431-18 du CSP

- des responsabilités comparables à celle d'une agence régionale ou territoriale de santé, notamment dans la définition de la politique de santé sur le territoire ;
- la charge d'opérateur de soins hospitaliers et ambulatoires, la dispensation du médicament et les transports sanitaires sur et entre les deux îles, qui, même si elle le confie à des prestataires en partie, l'organise elle-même avec un service dédié.

En l'état, les deux missions de stratégie de santé publique et de veille épidémiologique ne sont pas suffisamment affirmées au sein de l'ADS. Les effectifs qui leur sont consacrés demeurent limités et dispersés, au sein de services dont la coordination reste insuffisante. À l'inverse, l'activité de l'agence est aujourd'hui dominée par la gestion de l'offre de soins, ce qui rapproche son fonctionnement concret de celui d'un établissement public de santé.

Toutefois, il importe de souligner que l'agence de santé de Wallis-et-Futuna ne relève pas du régime juridique des EPS ni de celui des ARS. Elle dispose d'un statut *sui generis*, défini par l'article L. 8123-1 du Code de la santé publique, qui en fait un établissement public national administratif de l'État, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Cette spécificité reflète la volonté du législateur de doter l'archipel d'une institution unique, cumulant des missions de planification sanitaire et de gestion directe des soins. Ce statut n'est pas totalement isolé : il existe d'autres établissements publics nationaux à caractère administratif créés pour répondre à des besoins particuliers, par exemple l'établissement public de santé national de Fresnes qui relève lui aussi d'un régime dérogatoire. Ces cas demeurent rares, mais illustrent la capacité du droit français à créer des structures adaptées à des contextes spécifiques, échappant aux catégories classiques d'EPS ou d'ARS.

1.6.3 Les modalités de financement et la trajectoire budgétaire de l'agence

Dès sa création, il a été établi que les dépenses de santé à Wallis-et-Futuna seraient intégralement prises en charge par l'État, ce qui place l'agence de santé en dehors du champ de l'assurance maladie. Ce principe trouve son fondement dans la loi n° 61-814 du 29 juillet 1961, qui confère aux îles Wallis-et-Futuna le statut de territoire d'outre-mer et précise le rôle exclusif de la République en matière de santé publique. Il a été confirmé par la loi de finances pour 1972 (article 68), qui stipule que « le service de l'hygiène et de la santé publique relève de l'État » et que « les dépenses correspondantes sont prises en charge par le budget général ».

Au-delà de la dotation principale versée par l'État, les textes prévoient que l'agence peut disposer de ressources complémentaires. L'article L. 6431-8 du Code de la santé publique mentionne ainsi les concours éventuels du territoire ou d'organismes publics et privés, la participation des usagers en fonction de leurs ressources, la rémunération de certains services rendus, le produit d'emprunts, ainsi que les dons et legs. En droit, le conseil d'administration de l'agence dispose donc de la capacité de fixer une participation financière des usagers. En pratique, toutefois, les ministères de tutelle ont constamment réaffirmé le principe de gratuité des soins pour les résidents du territoire. Ce principe a été réitéré de manière explicite dans le protocole de sortie de crise du 19 septembre 2024, qui rappelle que « les soins demeurent gratuits pour les résidents de Wallis-et-Futuna » et qu'« aucun projet de remise en cause de ce principe ne sera envisagé ».

Sur cette base juridique et institutionnelle, les dotations de l'État constituent le cœur du financement de l'agence. Pour l'année **2024**, l'ADS a ainsi bénéficié :

- d'un **budget annuel de fonctionnement de 49,6 M€**, inscrit depuis 2013 au **programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »** (mission Santé, ministère de la Santé et de la Prévention). À titre de comparaison, ce budget s'élevait à 42,3 M€ en 2019. Le déficit comptable constaté en fin d'exercice a toutefois atteint **8 M€ en 2024** ;
- de **45 M€ de crédits au titre du Ségur de la santé** également rattachés au programme 204, destinés à de nouveaux projets d'investissement dont l'exécution effective reste incertaine ;
- de **3,5 M€ de participation** du ministère de l'outre-mer, via le programme 123 « conditions de vie outre-mer », affectés à un **programme d'investissement** pluriannuel de mise aux normes des installations hospitalières.

Tableau 7 : Évolution du budget annuel de l'ADS (2019–2025)

Année	Fonctionnement (P204 Mission Santé)	Déficit annuel (M€)	Investissement (P123 Mission outre-mer)	Fonds de roulement
2019	42,3 M€	n.c.	n.c.	n.c.
2020	44,1 M€	n.c.	n.c.	n.c.
2021	45,4 M€	n.c.	n.c.	n.c.
2022	46,8 M€	n.c.	n.c.	-6,8 M€
2023	46,8 M€	-4,2 M€	1 M€	-0,9 M€
2024	49,6 M€	-8 M€	3,5 M€	-0,8 M€
2025*	55 M€	-6,7 M€	n.c.	n.c.

Source : DGOS, DFIP Wallis-et-Futuna ; * valeur prévisionnelle

La mission observe que le budget de fonctionnement de l'ADS représente à lui seul plus de 22 % du programme 204 (mission santé), ce qui souligne le poids exceptionnel de Wallis-et-Futuna dans ce programme national. Elle souligne néanmoins que le déficit n'est pas limité au fonctionnement *stricto sensu*, mais reflète la situation globale de l'agence, incluant notamment la difficulté à financer les investissements et à maintenir un fonds de roulement positif.

La répartition des crédits entre le programme 204 (mission Santé) et le programme 123 (mission outre-mer) pose également question. La lisibilité du financement est réduite par cette dualité, les crédits d'investissement étant imputés sur le programme 123 dans le cadre des contrats de convergence et de transformation, tandis que les crédits de fonctionnement et certaines dotations exceptionnelles relèvent du programme 204. Plutôt que de recommander directement un regroupement, la mission invite les tutelles concernées, qui exercent également la fonction de responsable de budget opérationnel de programme (RBOP), à examiner l'opportunité d'une réorganisation, de manière à renforcer la cohérence et la transparence budgétaires.

La mise en œuvre concrète des crédits demeure par ailleurs difficile. Ainsi, le programme pluriannuel d'investissement, bien qu'abondé par le Ségur de la santé et le ministère des outre-mer, peine à être engagé, comme l'illustre le cas de la construction des nouveaux bâtiments de

l'hôpital de Futuna. Les difficultés tiennent principalement à la succession rapide des équipes de direction et au manque de stabilité du pilotage local.

Enfin, la mission souligne la forte probabilité d'un accroissement des dépenses de santé dans les prochaines années. Ce phénomène sera porté à la fois par le vieillissement de la population (forte prévalence des pathologies cardio et neurovasculaires), l'accès à des traitements innovants et onéreux (anticancéreux, antidiabétiques de dernière génération), l'augmentation du nombre de patients souffrant d'insuffisance rénale chronique (plus de 25 % des plus de 65 ans), et l'efficacité limitée des politiques de prévention (hausse des conduites addictives, surconsommation de sucre, progression des facteurs de risque cardiovasculaire dès le plus jeune âge³⁰). À ces pressions structurelles s'ajoutent des contraintes fiscales locales, puisque les importations de médicaments et de matériels biomédicaux demeurent soumises à taxation. Le récent changement de régime fiscal adopté par l'Assemblée territoriale a généré un coût supplémentaire estimé à 0,67 M€ en 2023, au bénéfice de la collectivité, mais venant peser sur l'équilibre budgétaire de l'agence.

La mission recommande d'exonérer les taxes locales sur les biens et services de santé (y compris taxes aéroportuaires pour les EVASAN), ou prévoir leur rétrocession à l'État afin de préserver l'équilibre budgétaire de l'ADS.

1.6.4 Des fragilités structurelles en management, en ressources médicales et en formation locale

Au-delà des spécificités de gouvernance rappelées supra, l'agence de santé fait face à trois défis en matière de gestion des ressources humaines :

- Identifier, recruter et pérenniser les compétences d'encadrement et de management

Les services administratifs comme les services de soins nécessitent des ressources managériales adaptées, capables d'assurer la coordination des équipes et la mise en œuvre des orientations stratégiques. Or, l'absence de formations locales ou régionales spécialisées, ainsi que l'éloignement géographique, limitent la constitution d'un vivier de cadres. Cette situation se traduit par des difficultés récurrentes de recrutement, parfois par défaut de candidats, avec pour conséquence possibles des errances d'encadrement, des exercices inappropriés de l'autorité. À cet égard, il conviendrait d'encourager le développement de coopérations et de partenariats avec des établissements hospitaliers de référence, permettant de partager non seulement des ressources humaines spécialisées, mais aussi des protocoles de soins et des pratiques managériales consolidées.

- Assurer la pérennité et la qualité des ressources médicales

Le faible nombre de médecins permanents et l'isolement géographique imposent de recruter des praticiens polyvalents, capables de prendre en charge des pathologies diverses et de gérer des urgences parfois complexes, en l'absence de recours spécialisé immédiat. Pour mémoire, l'hôpital

³⁰ Enquête GSHS 2023, « Enquête mondiale en milieu scolaire sur la santé des élèves Wallis et Futuna (cdn.who.int).

de Wallis réalise chaque année environ 700 actes chirurgicaux exclusivement ambulatoires et 150 accouchements. Une large part de cette activité chirurgicale correspond à des posthectomies (circoncisions d'adolescents), pratique coutumière locale autour de 12–13 ans, ainsi qu'à des débridements et parages de plaies infectées liées aux conditions de vie tropicales.

Ces volumes d'activité, nettement en-deçà des standards observés dans l'hexagone – où un service de chirurgie ambulatoire réalise en moyenne 4 000 à 6 000 actes par an, et une « petite maternité » 800 à 1 200 accouchements –, ne permettent pas d'occuper à temps plein un chirurgien, un gynécologue-obstétricien ou un anesthésiste. Pourtant, l'isolement de l'archipel impose que ces praticiens soient disponibles 24 heures sur 24 afin de garantir la gestion des urgences, générant une contrainte de permanence sans rapport avec le niveau d'activité observé.

Dans ce contexte, l'ADS doit trouver un équilibre entre la durée des contrats, suffisante pour permettre l'appropriation du contexte local, et le risque d'une installation trop longue, pouvant conduire à la constitution d'équipes médicales autonomes et insuffisamment intégrées au projet global de santé. La mission relève enfin que les conditions financières offertes à Wallis-et-Futuna, nettement supérieures à celles proposées dans d'autres territoires ultramarins (notamment de l'océan Indien), favorisent une attractivité certaine mais peuvent aussi encourager des comportements d'optimisation, certains praticiens pouvant souhaiter le maintien de leur présence pour des raisons essentiellement financières.

- Favoriser la formation et le retour des compétences locales

L'absence d'organismes de formation supérieure sur place impose aux jeunes désireux de se former aux métiers du soin ou aux métiers administratifs de la santé de poursuivre leurs études en Nouvelle-Calédonie, à La Réunion ou dans l'hexagone. Cette situation contribue au déficit migratoire constaté depuis 1969, nombre d'étudiants choisissant de s'installer durablement hors de l'archipel. Pour l'ADS, l'enjeu est double : d'une part, mettre en place des dispositifs de soutien à l'inscription et à la réussite des étudiants dans les filières médicales, paramédicales et administratives ; d'autre part, développer des mécanismes incitatifs favorisant leur retour à Wallis-et-Futuna après l'obtention de leur diplôme. Dans ce cadre, la conclusion de conventions de partenariat avec des hôpitaux et universités disposant de filières spécialisées apparaît comme une piste pertinente, permettant d'accompagner plus efficacement les parcours, de renforcer les compétences locales et de sécuriser leur réintégration dans le fonctionnement de l'agence.³¹

³¹ Plus de 22 520 Wallisiens et Futuniens vivaient en Nouvelle-Calédonie en 2019.

2 L'agence a été confrontée à une crise sociale au cours de l'été 2024

2.1 L'alignement convergent d'intérêts divers a alimenté un climat de défiance envers la direction

2.1.1 Une volonté de changement impulsée par la nouvelle équipe de direction, mal accueillie par une partie des équipes soignantes

A son arrivée en septembre 2023, le précédent directeur général de l'agence, après une période de transition étendue de juin à août 2023, avait affiché trois priorités : (1) fixer les grands axes de la politique médicale de l'agence, (2) établir une stratégie de santé définissant les priorités sanitaires du territoire pour les dix prochaines années, (3) ouvrir des réflexions sur un financement pérenne de l'agence.

- Les axes de la politique médicale

Constatant la fragilité de l'organisation médicale, le directeur général a proposé une évolution des organisations médicales de l'agence par plusieurs mécanismes :

- le renforcement de la médecine de « première ligne » (augmentation du nombre d'ETP médicaux, modernisation du dossier patient informatisé, déploiement d'une capacité de visites à domicile) ;
- la professionnalisation de la « filière urgence » par le recrutement de médecins spécialisés et l'implication des médecins hospitaliers dans l'organisation des astreintes (les astreintes reposant actuellement sur les médecins des dispensaires) ;
- le doublement des trois postes de spécialités critiques, à ce jour assurées chacune par un seul professionnel (anesthésiste, chirurgien, obstétricien), le coût étant estimé neutre en comparaison des frais de remplacement et de déplacement.

- La stratégie de santé du territoire

S'inscrivant dans la continuité des initiatives prises en 2020 avec la création d'un pôle de prévention et de santé publique et de la conférence de santé de décembre 2022, le directeur général a initié et piloté le « projet de santé du territoire », véritable feuille de route de la politique de santé de 2024 à 2033. Ce travail, réalisé après consultation de la population et échanges avec les élus et les chefs coutumiers, a été lancé en novembre 2023 et a conduit au recrutement d'un médecin inspecteur de santé publique pour structurer et animer le pôle dévolu aux sujets de prévention et d'épidémiologie.

Analyse faite par la mission :

Les trois priorités fixées par le directeur général se sont rapidement confrontées à des oppositions d'origines diverses au sein, et en dehors, de l'agence :

- * opposition de certains des médecins exerçant dans les dispensaires, l'outil informatique proposé pour le déploiement du DPI étant jugé inadapté à la médecine ambulatoire ;
- * opposition de certains médecins hospitaliers ne souhaitant pas participer aux astreintes d'urgence ;
- * réticence de praticiens de soins critiques, désireux de maintenir les récupérations octroyées en rétribution de leur astreinte permanente ;
- * opposition de certains cadres de soins à toute réorganisation du pôle de santé publique ;
- * opposition des deux élus, concomitamment à celle des chefs coutumiers, à toute réforme du système de financement de l'agence craignant une remise en cause du statut de 1961 garantissant la gratuité des soins à tous les résidents.

2.1.2 Une scission syndicale inédite

Quatre syndicats disposent de délégués au sein de l'agence de santé : l'union syndicale des travailleurs de Wallis-et-Futuna (USTWF), force ouvrière (FO), la confédération française démocratique du travail (CFDT) et le syndicat autonome des cadres et employés de Wallis-et-Futuna (SACE-WF). Sur les neuf délégués syndicaux de l'agence, quatre sont rattachés à l'USTWF, deux à FO, deux à la CFDT et un au SACE-WF.

Des entretiens qu'elle a pu tenir avec les représentants élus du personnel et certains membres de ces syndicats, la mission retient que :

- des tensions se sont manifestées au sein du syndicat FO : elles ont conduit à la scission du syndicat, la partie la plus en faveur d'une ligne d'opposition forte aux orientations de la direction restant sous la bannière FO, l'autre partie (incluant le bureau du syndicat) favorable au maintien du dialogue quittant le syndicat historique pour créer l'USTWF ;
- le syndicat SACE WF est issue d'une scission de la CFDT (au début de l'année 2024). Constitué essentiellement des agents du pôle prévention, il se positionne contre les initiatives de la direction générale et pour le renforcement de la place de ce service et notamment de la cadre de santé, par ailleurs secrétaire générale du syndicat, au sein de l'agence de santé ;
- au sein de la CFDT, certains agents étaient non-grévistes ;
- le positionnement des syndicats vis-à-vis des représentants politiques (locaux ou nationaux) et des chefs coutumiers diffère d'une organisation à une autre.

Analyse faite par la mission :

Les trois priorités fixées par le directeur général ont eu pour effet de durcir les positions de certains syndicats au point de provoquer une dissidence au sein du syndicat majoritaire (FO).

Au moins deux syndicats (FO et SACE-WF) ont défendu des positions très fermes, soutenant dès le 5 septembre 2024 le principe d'un débrayage au sein des activités de l'agence de santé puis une grève illimitée à compter du 10 septembre accompagnée d'un filtrage des entrées de l'hôpital et des dispensaires de Wallis.

Parmi les revendications des syndicats FO, SACE-WF et CFDT figuraient notamment dans leur tract :

- « * la démission du directeur et de la présidente de CME,
- * le renouvellement de contrat du médecin anesthésiste,
- * le maintien - en l'état- du service de prévention,
- * la titularisation d'agents initialement recrutés dans le cadre d'un appui COVID ».

Ces trois syndicats disent avoir obtenu le soutien des élus nationaux et territoriaux, ce que les intéressés ont confirmé à la mission.

Les syndicats FO, SACE-WF et CFDT et les élus territoriaux et nationaux ont fait front commun contre la direction.

Le syndicat USTWF, soutenu par une grande majorité des agents administratifs et par la quasi-totalité des agents de l'hôpital de Futuna, n'a pas pris part au mouvement de grève. Cinq mois après le départ du directeur général, le clivage au sein du personnel de l'agence de santé est encore perceptible.

2.1.3 Des clivages internes persistants entre plusieurs groupes de soignants se sont progressivement installés

La taille réduite des effectifs médicaux, l'isolement de l'archipel et la situation exclusive de certaines spécialités ont favorisé la constitution de clivages internes persistants au sein du corps médical.

Dans ce contexte, la présidence de la commission médicale de l'agence a été l'objet de convoitise.

A ce sujet, il a été rapporté à la mission un différend entre la médecin gynécologue-obstétricien, présidente de la commission médicale de l'agence, et le médecin anesthésiste de l'agence. Ces divergences ont pu concerner l'organisation de la commission médicale ou la mise en œuvre de réformes internes à l'agence comme le dossier patient informatisé.

A l'occasion de l'absence concomitante du territoire de la présidente et de la vice-présidente de la commission d'établissement en mai 2024 pour cause de congés, le médecin anesthésiste en a exercé la présidence par intérim. Au départ de la présidente en septembre 2024, il a été élu président de la commission. A ce titre, il occupe une place centrale dans le recrutement des médecins (missions spécialisées, missions de remplacement ou contrats longue durée) mais aussi dans la validation des demandes d'EVASAN.

Plusieurs documents que la mission a pu consulter, notamment des photographies et des vidéos diffusées sur les réseaux sociaux (page Facebook des grévistes) témoignent de la présence de l'intéressé, auprès des syndicats pendant le mouvement de grève de septembre 2024 exigeant la démission du directeur général et le départ de la présidente de la commission médicale.

2.1.4 Une mobilisation qui pousse au renouvellement du référentiel des ressources humaines en vigueur à l'agence

Le mouvement social de septembre 2024 a mis en exergue certaines situations individuelles pouvant exposer les personnes concernées à des risques accrus de conflit d'intérêts si ne sont pas scrupuleusement respectées les obligations de discrétion et de loyauté auxquelles elles sont soumises, notamment dans le cadre de la participation à des réunions internes, la diffusion de documents de travail non publics ou des prises de position sur les choix de la direction. En outre, une culture managériale, encore insuffisamment développée constitue un facteur de risque de dysfonctionnement majeur du service.

La mission a relevé au cours de ses auditions que **le référentiel RH, évoquant les conditions de titularisation des agents recrutés, reste sans doute trop souple malgré l'existence d'une convention collective** (dont une actualisation pour les personnels non médicaux a été signée en 2023). Il convient de souligner que les délais nécessaires à une transformation d'un contrat à durée déterminée en contrat à durée indéterminée varient, selon la nature du poste et le profil de l'agent, de trois mois à deux ans. Cette disparité de situations laisse trop d'imprécisions et de possibilités d'interprétations, et certains des acteurs de l'ADS peuvent en tirer parti pour générer des conflits.

La mission recommande que la convention collective de l'agence soit complétée par un volet explicitant les droits et obligations des agents ainsi qu'un régime de sanctions graduées, en cohérence avec le code du travail applicable à Wallis-et-Futuna. Cette clarification renforcerait la sécurité juridique des procédures et offrirait un cadre partagé, limitant les risques d'interprétations divergentes et favorisant une gestion RH plus apaisée et prévisible.

2.2 Les actions syndicales, d'intensité croissante, sont émaillées par des événements graves

2.2.1 A compter du 5 septembre 2024, plusieurs syndicats appellent à un débrayage quotidien des activités de soins

A l'initiative de trois syndicats FO, CFDT et le syndicat minoritaire SACE-WF, un débrayage des activités de soins 50 minutes par jour à compter du mardi 5 septembre 2024 a été appliqué à l'hôpital Sia de Wallis et dans son dispensaire. Les motivations de ce mouvement ont été précisées par le représentant du syndicat FO [pour mémoire, en fonction depuis la scission récente de l'organisation] et la présidente du SACE-WF [pour mémoire, cadre du service de prévention] et concernaient en particulier :

- la situation du service de prévention, la réorganisation mise en place par la direction étant considérée comme un « démantèlement » du service et une « mise en péril de la santé publique et de la prévention » sur l'ensemble du territoire ;
- la demande de renouvellement du contrat du médecin anesthésiste arrivé au terme de deux années d'exercice en CDD, la décision de refus prise par la direction « compromettant la continuité des soins et la sécurité des patients » ;
- la « manipulation de la communauté médicale », le délai pris par la direction générale pour procéder au renouvellement de la présidente de la commission médicale étant interprété comme une « gestion opaque et autoritaire ».

Les syndicats décident d'intensifier le mouvement : dès le 6 septembre, FO dépose un préavis de grève et les syndicats CFDT et SACE-WF, un cahier de revendications auprès de la direction générale le 9 septembre. Au-delà des points déjà mentionnés figuraient explicitement la demande de départ du directeur général et de la médecin gynécologue, présidente de la commission médicale, la titularisation d'agents en contrats CDD post-COVID et un rappel de la volonté du maintien de la gratuité des soins pour tous les Wallisiens et Futuniens. Ce dernier point s'inscrivait en réaction contre une note de réflexion rédigée par le directeur général et transmise par l'administrateur supérieur aux directions générales de l'hexagone et aux deux élus nationaux de l'archipel, qui, selon les organisations syndicales, aurait eu pour objet de remettre en question cette gratuité.

2.2.2 A compter du 10 septembre 2024, plusieurs syndicats appellent au blocage de l'agence de santé, entraînant des limitations d'accès aux soins

Passés les cinq premiers jours de débrayage et dans la prolongation des préavis déposés, trois syndicats ont lancé une grève illimitée des soins, avec mise en place d'un service minimum qui impliquait un filtrage exercé par les grévistes à l'entrée de l'hôpital de Sia et dans les deux dispensaires du nord et du sud du territoire.

Des témoignages concordants recueillis par la mission ont confirmé la présence d'un barrage à l'entrée des consultations, les patients étant « invités » à différer leurs rendez-vous. L'accès des médecins a pu également faire l'objet de discussions avec les grévistes.

La direction a échoué à initier le dialogue avec les syndicats grévistes d'abord parce que sa démission faisait elle-même partie des revendications, ensuite parce que l'agence remettait en cause la légitimité du leader syndical FO récemment nommé : l'entretien proposé par la direction dès le 10 septembre n'a jamais été honoré par les syndicats.

2.2.3 Situations de violences verbales et physiques visant le médecin gynécologue-obstétricien

Le 5 septembre, en fin de journée, la médecin gynécologue de l'archipel aurait été prise à partie par un groupe d'individus qui l'attendait sur le parking de l'agence à proximité de son véhicule. Selon plusieurs témoignages recueillis par la mission, elle aurait été la cible d'insultes, d'intimidations et son véhicule de dégradations. Ces actes ont fait l'objet d'une déposition auprès de la gendarmerie de Wallis.

2.2.4 L'accès au bloc opératoire d'un médecin anesthésiste aurait été empêché par des grévistes, dans un contexte d'urgence avérée

Selon des témoignages concordants recueillis par la mission, un second incident serait survenu le 16 septembre, dans le contexte de la fin de contrat du médecin anesthésiste, celui-ci ayant échoué au 15 septembre. L'anesthésiste remplaçante, arrivée à Wallis la veille, se serait vu interdire l'accès au bloc opératoire par des grévistes alors qu'une jeune patiente requérait des soins urgents dans un contexte hémorragique.

L'intervention d'un officier de gendarmerie pour tenter de convaincre les grévistes de permettre à la remplaçante d'accéder au chevet de la patiente serait restée vaine. *In fine*, les soins nécessaires à la patiente ont pu être dispensés par le médecin anesthésiste dont le contrat était arrivé à terme.

2.3 La sortie de crise accélérée donne raison au poids syndical, désavoue la direction de l'agence et incite à une future révision de la convention collective

Devant le refus des syndicats de toute négociation avec la direction de l'agence et le filtrage exercé à l'entrée de l'hôpital de Sia, l'administrateur supérieur du territoire a proposé une première rencontre à l'intersyndicale le 16 septembre. Cette initiative avait pour objet d'éviter une accentuation des tensions et des risques de dérapages violents sur le territoire.

Le 19 septembre, après deux séances de négociations et une visio-conférence avec la DGOM, un protocole de sortie de crise a été cosigné par les parties présentes, à savoir l'administrateur supérieur du territoire, le président de l'assemblée territoriale, le député de Wallis-et-Futuna et les trois syndicats. Ce protocole de fin de crise a accédé aux revendications formulées par les syndicats et conduit au départ du directeur général et de la présidente de la commission médicale, au renouvellement du contrat à durée déterminée du médecin anesthésiste et à la pérennisation de certains contrats de renforts arrivés lors de la crise sanitaire du COVID. Ce document a également rappelé les engagements de l'Etat en faveur de la gratuité des soins et évoque l'organisation du service de prévention.

Analyse faite par la mission :

La signature du protocole de sortie de crise a été actée le 18 septembre soit tout juste 48 heures après le début des négociations. Ce délai est inhabituellement court, en comparaison aux manifestations syndicales précédemment observées à Wallis-et-Futuna, par exemple lors du conflit de 2023 des enseignants du premier degré. Le contexte régional marqué par les événements des mois de mai et juin 2024 en Nouvelle-Calédonie, conjugué aux actions de filtrage mises en place autour de l'hôpital de Sia qui faisaient peser un risque sur la continuité des soins, a pu être interprété comme nécessitant une décision rapide et radicale afin de restaurer un climat d'apaisement.

La mission constate que la DGOS n'a pas été associée en amont et que la décision d'acter le départ du directeur général et de la présidente de la commission médicale a été prise sans leur présence ni validation centrale. Elle remarque la présence d'élus territoriaux et nationaux parmi les signataires du protocole et constate l'alignement de leur position avec toutes celles des syndicats notamment en faveur du départ de la direction générale de l'agence.

La mission considère qu'il est essentiel de restaurer un dialogue social solide, afin que la nouvelle équipe de direction dispose des conditions nécessaires pour engager, dans la durée, les réformes incontournables, notamment la réorganisation du service de prévention et de santé publique, la révision de la convention collective, l'harmonisation des protocoles médicaux et l'adoption d'un code de bonne conduite garantissant la pérennité de l'action de l'agence.

3 La persistance de fonctionnements préjudiciables à une gouvernance efficace

3.1 En matière de gouvernance administrative

3.1.1 Une gouvernance où la place de chaque acteur doit mieux être distinguée

La mission constate que la gouvernance de l'agence repose aujourd'hui sur un équilibre fragile, marqué par des chevauchements de responsabilités et des zones d'ambiguïté qui alimentent tensions et incompréhensions. Une clarification des rôles et des périmètres d'action apparaît donc nécessaire, afin de renforcer la lisibilité des décisions, de garantir la cohérence des orientations stratégiques et de prévenir les blocages institutionnels.

La mission recommande de renforcer le rôle et le fonctionnement du conseil d'administration en instituant une réunion formelle annuelle associant systématiquement les tutelles et l'administrateur supérieur, président du conseil. L'objectif n'est pas seulement de solenniser le cadre mais de garantir aussi un appui juridique, institutionnel et financier clair aux décisions stratégiques et opérationnelles prises par la direction, en matière de santé comme d'organisation.

Un tel dispositif permettrait de repositionner la direction de l'établissement dans toute sa légitimité, de sécuriser ses arbitrages au regard des contraintes budgétaires et réglementaires fixées par l'État, et de rendre plus lisible l'articulation entre les obligations nationales et les attentes locales. Dans le cadre de l'installation de la nouvelle équipe de direction, cette modalité

offrirait un cadre de responsabilité partagé, indispensable pour assainir la gouvernance de l'agence et consolider la confiance des élus et des partenaires locaux. Une grande considération est accordée à des choix d'organisation endossés par l'administration centrale ; il sera utile d'utiliser ce mode opératoire pour des décisions très structurantes pour l'ADS.

Comme le montre le tableau ci-après, un conseil de surveillance donnerait plus de poids à la dimension territoriale. Toutefois, l'option d'un conseil de surveillance, parfois évoquée, risquerait d'accentuer les logiques d'intermédiation politique et de diluer l'équilibre entre santé publique et offre de soins hospitaliers et ambulatoires. Or, cette intégration constitue une force institutionnelle singulière de l'agence. Les difficultés observées relèvent moins du modèle que d'une organisation interne perfectible et de comportements bloquants : elles doivent être résolues par une clarification des responsabilités et, si nécessaire, par un repositionnement de certains services, afin de préserver la coordination tout en évitant les confusions de rôle.

Tableau 8 : Comparaison gouvernances d'établissement ou de territoire mises en place dans l'hexagone

Critères	Conseil d'administration	Conseil de surveillance
Fonction principale	Prend les décisions stratégiques et budgétaires	Surveille et évalue la gestion de l'établissement
Nature	Organe délibérant	Organe de contrôle
Pouvoirs	Vote le budget, approuve les projets et orientations	Émet des avis, approuve les comptes, peut alerter les tutelles
Présidence	Représentant de l'État ou personnalité nommée (ex. administrateur supérieur)	Élu local (souvent maire ou président de collectivité)
Composition	Tutelles (État, ministères concernés), représentants locaux, représentants du personnel et usagers : composition obligatoire et fixée par les textes	Majoritairement représentants des collectivités locales et personnalités qualifiées : composition obligatoire en EPS mais sans représentants systématiques des tutelles
Structure dirigeante associée	Dirigé par un directeur général	Supervise un directoire (aux côtés du directeur)
Organismes concernés	ARS, agences sanitaires nationales, EPA	Établissements publics de santé (EPS, CH, CHU)
Type d'intervention	Décide de l'orientation et de la gestion	Contrôle l'application de la stratégie décidée
Exemples	ARS, ANSM, Santé publique France	Hôpitaux publics, CHU, centres hospitaliers
Points forts	Réactivité décisionnelle ; pouvoirs clairs ; coordination directe avec l'État	Rôle de contrôle renforcé ; implication des élus locaux ; meilleure transparence
Fragilités	Risque de centralisation excessive ; moindre représentation locale	Moins de pouvoir décisionnel ; risque de ralentir certaines décisions

Source : Mission

Dans le contexte de croissance des dépenses de santé et de difficultés structurelles de financement de l'agence, la mission considère qu'il est prioritaire de renforcer la présence des autorités de tutelle dans sa gouvernance par la création d'un « pré-conseil d'administration », dans la configuration évoquée ci-dessus, plutôt que d'envisager un conseil de surveillance composé exclusivement de représentants du territoire.

Recommandation n°1 Instaurer un pré-conseil d'administration, lors de décisions structurantes, entre la direction et les tutelles avec, le cas échéant, la participation du président du conseil ou au moins son information du contenu des échanges.

Dans le même souci de renforcer la capacité de pilotage stratégique de l'agence et d'éviter que cette dernière ne soit obérée par la gestion quotidienne, il apparaît nécessaire de mieux distinguer les fonctions de pilotage de la santé publique de celles d'opérateur de l'offre de soins. Plusieurs pistes sont envisageables dans cet objectif :

- soit en installant la direction générale au sein d'un bâtiment distinct, par exemple au sein de la cité administrative,
- soit administrativement, en plaçant cette direction sous l'autorité de l'administrateur supérieur. La nomination d'un directeur en charge de la mise en œuvre de la prévention primaire dans les écoles, les entreprises ainsi que les sujets de surveillance épidémiologique serait alors nécessaire.

La seconde option semble devoir être écartée. Outre qu'elle nécessiterait une modification des dispositions législatives du code de la santé publique relative à l'agence de santé, cette proposition ne pourrait se concrétiser qu'en cas de mise en place d'un régime local d'assurance maladie, ce qui n'est pas projeté actuellement. A l'inverse, la première option peut être mise en œuvre rapidement, à droit constant, par le simple aménagement de l'organigramme et de l'organisation de l'agence. Elle préserve l'unité de pilotage et d'organisation des politiques de santé sur le Territoire de Wallis-et-Futuna.

Recommandation n°2 Clarifier les missions de l'agence de santé entre la santé publique et offre de soins, en les séparant géographiquement. Doter le pôle « santé publique et prévention », placé sous l'autorité du directeur général, d'un organigramme clair et de missions définies (épidémiologie, stratégie territoriale, prévention).

3.1.2 Fragilité du pôle « santé publique et prévention »

Ce pôle peine à formuler un plan stratégique partagé avec l'ensemble des parties prenantes et ce, malgré le travail réalisé pour le projet territorial de santé lancé en 2023³² et le projet de santé hospitalier 2022-2027. Il apparaît isolé au sein de l'agence de santé, compromettant la conduite d'actions structurées et efficaces en matière de santé publique.

³² <https://www.adswf.fr/adswf/documents-institutionnels/>

La mission recommande, dans la perspective d'une clarification des fonctions de pilotage de la santé publique et d'opérateur de soins ci-dessus préconisée, de placer le pôle de santé publique et de prévention sous l'autorité du directeur général. A ce sujet, il convient de distinguer les actions de recueil et d'analyse (épidémiologie), les travaux de priorisation des initiatives en matière de santé (stratégie de santé à l'échelle territoriale) et les initiatives de prévention conduites dans (dispensaires) et hors (« allez-vers ») les murs. Cela permettra mieux d'appuyer et d'uniformiser ces initiatives sur les recommandations nationales formulées par les sociétés savantes ou les autorités scientifiques indépendantes (HAS).

3.1.3 Fragilité du dialogue avec les parties prenantes

Les spécificités territoriales et coutumières nécessitent des actions constantes de dialogues et d'échanges afin de bien partager le cap stratégique retenu pour le développement des services de santé dans l'archipel.

Ces spécificités ont été un des ferments de la crise sociale de l'automne 2024 des rumeurs ayant pu prendre l'ascendant sur le dialogue et conduire à des situations d'incompréhensions réciproques et de blocage. Il est important pour chacune des parties prenantes de la gestion de l'agence de ne pas sous-estimer le temps nécessaire au partage d'une information transparente.

La désignation d'un ou une chef(fe) de cabinet dédié(e) aux relations publiques, connaissant bien les usages et acteurs locaux (chefferies, élus du territoire), permettrait de bien évaluer ces temps et moyens de concertation indispensables au bon fonctionnement de l'agence sur le territoire.

Recommandation n°3 Désigner un chef de cabinet du directeur général chargé du développement des relations avec les autorités coutumières et les élus du territoire.

3.1.4 Fragilité de l'encadrement intermédiaire, clé de voûte des services de soins fonctionnels

Comme dans de nombreux établissements de santé, les cadres de santé représentent un échelon indispensable à la bonne coordination et réalisation des soins. L'isolement de l'archipel éloigne les filières de formation, qu'il s'agisse d'éloignement géographique ou de décalage horaire. Ainsi, il est plus ardu de bien organiser la formation initiale et continue permettant de solidifier cet échelon pour un fonctionnement de l'agence optimal.

Par ailleurs, cela rigidifie aussi les parcours professionnels : le poste de cadre constitue une butée de carrière, et non pas un tremplin comme cela peut l'être sur des territoires plus larges.

En conséquence, l'agence est dépendante, et potentiellement fragilisée, par le recrutement de ressources extérieures non nécessairement adaptées aux spécificités de l'archipel et par l'absence de renouvellement des cadres intermédiaires.

3.1.5 L'organisation, le fonctionnement et les attributions de la commission médicale de l'agence de santé intergent

La commission médicale d'établissement (CME) est, sur l'ensemble du territoire national, une instance consultative et, de fait, souvent décisionnelle dans le fonctionnement des établissements de santé. Son rôle principal est de contribuer à l'élaboration du projet médical, de veiller à la qualité et à la sécurité des soins, et de donner un avis sur les grandes orientations stratégiques de l'établissement, notamment en matière de politique de soins, de recherche, de formation et de gestion des ressources médicales. L'article L6431-13 du code de la santé publique (CSP) a instauré à Wallis-et-Futuna la commission médicale (CM) ayant des fonctions similaires aux CME des établissements hospitaliers hexagonaux, à tel point que l'ensemble des acteurs de l'agence dénomment cette CM du terme usuel de CME.

A l'instar des CME des hôpitaux de l'hexagone, la CM de l'agence de santé a été conçue comme un organe de concertation entre les professionnels de santé et la direction de l'hôpital. Elle est présidée par un médecin, élu parmi ses membres, et se réunit régulièrement pour examiner les dossiers stratégiques, émettre des avis, et suivre la mise en œuvre des décisions médicales. Elle joue également un rôle clé dans la gestion des carrières médicales (recrutement, formation, évaluation) et dans la coordination des soins au sein de l'établissement, en lien avec les autres instances de soins, y compris ambulatoires avec les dispensaires, ce qui reste une spécificité à l'ADS.

Toutefois, la commission médicale de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna semble ne pas avoir pu jouer son rôle de concertation et de dialogue. En revanche, son rôle déterminant dans les décisions de recrutement ressort assez nettement dans les entretiens tenus par la mission. Ce point mérite une attention particulière compte-tenu de la possibilité de mobilisation de réseaux d'acointances : le risque d'utiliser la présidence de la commission pour procéder à des recrutements fondés davantage sur la confiance personnelle plutôt que sur la compétence professionnelle apparaît important. Ce risque est d'autant plus élevé que les personnes recrutées peuvent se retrouver en situation de dette à l'égard de la commission et de son président pour le renouvellement de leur contrat.

La mission considère essentiel, pour le bon fonctionnement de l'agence, que la commission médicale soit réinstallée dans sa fonction de consultation et de concertation. Outre l'adoption d'un nouveau règlement intérieur précisant clairement le fonctionnement et les limites des pouvoirs de cette instance, la mission recommande d'adapter les conditions de renouvellement du mandat du président.

L'article D. 64321-19 du code de la santé publique dispose que le président de la commission médicale et son vice-président sont élus pour une durée de deux ans parmi les membres de la commission. Il précise qu'« un même praticien ne peut assurer les fonctions de président de la commission médicale au-delà de deux mandats successifs. Il peut à nouveau exercer ces fonctions après un intervalle de deux ans ». La mission préconise que le vice-président et le président ne puissent pas exercer deux mandats successifs et qu'ils ne puissent pas exercer à nouveau ces fonctions avant un intervalle de quatre ans.

Ce changement de disposition réglementaire serait de nature à assurer la circulation des fonctions de président et de vice-président entre les praticiens membres de la commission médicale. Il favoriserait le dialogue au sein de celle-ci et, partant, son rôle d'instance de concertation. Cette modification permettrait de prévenir le risque de monopole des décisions de décision de recrutement des personnels soignants, tout en promouvant plus d'implication et de collégialité parmi le corps médical. Par ailleurs, le même décret pourrait également transposer au directeur général de l'agence de santé, qui fait fonction d'ARS, le pouvoir de réduire dans l'intérêt du service le mandat fixé, par exemple d'un an maximum sur deux ans.

Recommandation n°4 Réformer la commission médicale de l'agence de santé en fixant le mandat du président et du vice-président à deux ans, non renouvelable pendant un intervalle de quatre ans, avec possibilité de réduction, dans l'intérêt du service, sur décision du directeur général.

3.1.6 Fragilité des recrutements médicaux

Le processus de recrutement des ressources médicales (missions d'appui, missions de remplacement, recrutement pérenne) reste fragile. En effet, la mission a pu constater, lors de ses entretiens, qu'il persiste souvent une grande incertitude sur la disponibilité des ressources. Par ailleurs, comme il a été souligné ci-dessus, ces recrutements reposent sur une forte dépendance aux réseaux interpersonnels dont disposent les praticiens de l'archipel.

La mission relève l'absence de filières de recrutement pérennes, les praticiens recherchés étant contactés via des réseaux informels : réseaux personnels des praticiens de l'archipel, réseau des médecins exerçant en outre-mer, réseau calédonien, à une exception près, la convention de partenariat avec le CLCC (centre de lutte contre le cancer) de Rennes, le centre Eugène Marquis (CEM), selon le modèle d'établissement autorisé-associé. Cet établissement s'apprête aussi à signer avec la direction unifiée des hôpitaux de Saint-Martin et Saint-Barthélemy et avec l'établissement de Saint-Pierre et Miquelon. Les traitements médicaux sont initiés à Rennes, au CEM et poursuivis en outre-mer sous la responsabilité du CEM. La radiothérapie et la chirurgie sont réalisés dans l'hexagone. Près de trente-cinq nouveaux cancers par an sont ainsi suivis pour l'archipel de Wallis-et-Futuna.

Afin de mieux stabiliser les ressources médicales et favoriser des synergies de formation et de qualité médicale, la mission propose de développer de telles conventions avec d'autres établissements de l'hexagone, de Nouméa voire avec des établissements d'autres pays du Pacifique comme la Nouvelle-Zélande ou l'Australie.

L'ADS pourrait ainsi procéder à des rattachements à certains établissements par filière spécialisée. Cette solution permettrait :

- (1) d'établir et d'actualiser des protocoles de prise en charge des patients ;
- (2) d'accéder à des relectures de dossiers et de recueillir des avis pluridisciplinaires auprès de services partenaires de Nouvelle-Calédonie ou de l'hexagone, offrant un regard distancié ;

(3) de proposer des contrats d'assistants spécialistes partagés ou de chefs de clinique incluant des périodes de plusieurs mois au sein de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna.

Outre l'uniformisation des pratiques médicales (fondées sur les référentiels des sociétés savantes ou de la haute autorité de santé), ce rattachement de tout ou partie des praticiens à des centres hospitaliers de Nouvelle Calédonie ou hexagonaux faciliterait le doublement des postes d'anesthésiste, de chirurgien et d'obstétricien. **Il semble en effet nécessaire que ces spécialités ne soient plus exclusives, comme c'est actuellement le cas.** Bien qu'elles renforcent l'attractivité financière de ces postes, les sujétions 7j/7 et 24h/24 fragilisent l'organisation des soins, notamment par des risques de santé au travail pour ces praticiens.

Ouvrir des filières de coopération avec des centres hospitaliers partenaires de l'agence de santé permettrait des rotations de médecins spécialistes attachés à un établissement métropolitain et offrirait une forme de continuité médicale d'équipe.

Recommandation n°5 Développer la coopération inter-hospitalière avec des établissements de l'hexagone, de Nouvelle-Calédonie ou d'autres territoires du Pacifique, afin de définir des filières de recrutement de médecins ou d'assistants hospitaliers, notamment pour les soins spécialisés.

3.2 En matière d'organisation de certains services

3.2.1 Fluidifier la continuité des soins entre dispensaires et urgences

Un pic de fréquentation se produit tous les jours aux urgences à 17 heures, horaire de fermeture des consultations des dispensaires. Ce pic correspond plus à des consultations ordinaires qu'à de véritables urgences hospitalières. Aussi, la réorganisation des horaires de consultation au sein des dispensaires paraît souhaitable pour fluidifier la permanence des soins, d'autant qu'il s'agit des médecins des dispensaires qui assurent une partie des gardes aux urgences avec la supervision d'un médecin urgentiste par site.

La direction générale a initié une réforme de l'organisation des soins primaires assurés par les médecins généralistes dans les dispensaires dans cette direction.

A ce sujet, il convient qu'au-delà des missions de soins, les dispensaires puissent intensifier leurs actions en matière de dépistage des pathologies chroniques et d'éducation thérapeutique. Les travaux de réflexion menés par l'agence de santé doivent être poursuivis et concrétisés. Les recommandations de bonnes pratiques publiées par les sociétés savantes ou des autorités scientifiques indépendantes (HAS) doivent servir de référentiels communs à l'ensemble des praticiens exerçant dans les dispensaires.

La réorganisation des soins primaires devra faire une place toute particulière aux actions de dépistage et d'éducation thérapeutique, suivies de façon trop hétérogène d'après l'association des usagers de l'ADS et les patients rencontrés par la mission. Le suivi des patients diabétiques illustre cette situation : les protocoles de la Société francophone du diabète (HbA1c, fond d'œil, suivi rénal) ne sont pas toujours appliqués de manière homogène, et des interruptions de

traitement ont été rapportées. Des modèles étrangers montrent pourtant l'intérêt d'une prise en charge structurée : au Royaume-Uni, le programme « *Making every contact count* » impose que chaque consultation soit l'occasion de revoir les prescriptions et de programmer les examens nécessaires ; en Égypte, un programme national combine dépistage systématique, mise à disposition de glucomètres abordables et suivi multidisciplinaire. L'intégration naturelle entre soins de ville et hôpital à Wallis-et-Futuna offre l'opportunité d'expérimenter des parcours de soins cohérents et sans rupture, positionnant l'archipel comme un véritable territoire-laboratoire pour l'application de protocoles homogènes et coordonnés pour le suivi des soins chroniques.

Recommandation n°6 Réorganiser les soins primaires dans les dispensaires, en élargissant les plages horaires de rendez-vous et en renforçant le dépistage et l'éducation thérapeutique selon des protocoles homogènes.

3.2.2 Homogénéiser la prise en charge des patients

La permanence des soins au sein du service des urgences de Wallis repose sur la participation des médecins généralistes des dispensaires, donc sur leur capacité à gérer des situations d'urgence. Cet engagement de ressources extérieures impose la mise en place de formations adaptées et d'un accompagnement de la part des urgentistes.

La mission recommande, en particulier,

- la rédaction de protocoles pour la prise en charge des pathologies les plus fréquemment rencontrées ;
- la mise en place, par les urgentistes, d'une relecture systématique des dossiers vus au cours de la garde ;
- d'accompagner les généralistes de garde via une astreinte téléphonique d'urgence, partagée avec le médecin anesthésiste, pour la prise en charge des patients les plus critiques.

A l'instar de ce qu'elle propose pour les autres spécialités, la mission préconise que le service des urgences de Wallis puisse être appuyé par un service d'accueil des urgences (SAU) de l'hexagone afin de partager valider mettre en place actualiser les protocoles d'accueil et de prise en charge des patients.

La mission relève la nécessité de maintenir la présence d'un médecin aux urgences pendant les heures de nuit et recommande que ce travail posté soit reconnu comme un travail de garde et non pas d'astreinte.

Recommandation n°7 Affilier le service des urgences de Wallis à un service hexagonal ou de Nouméa pour assurer les généralistes de garde et harmoniser les pratiques. Mutualiser les protocoles et équipes d'urgences entre Wallis-et-Futuna pour épauler les praticiens. Mettre en place un contrôle médical des EVASAN délocalisé auprès de la CAFAT.

3.2.3 Baisser la contrainte de garde pesant sur l'urgentiste de Futuna

La permanence des urgences sur le site de Futuna est assurée par un médecin urgentiste seul, d'astreinte H24. La mission a constaté une coopération parfois distante entre le site des urgences de Wallis et celui de Futuna et recommande que toute initiative permettant d'établir des protocoles communs, le partage de dossiers ou la mutualisation de personnels soit soutenue.

3.2.4 Protocolisation des soins et meilleur suivi des patients et respect de la vie privée : la poursuite du dossier patient informatisé

Par ailleurs, il est important de renforcer la volonté exprimée par des praticiens et des patients de diminuer le risque de prises en charge divergentes liées à la rotation des médecins en contrat court ou de spécialités de mission (c'est-à-dire non présents tout au long de l'année dans l'archipel). Compte tenu des taux de prévalence élevés des maladies non transmissibles, il semble important de mieux tenir compte des recommandations de bonnes pratiques afin d'homogénéiser la prise en charge de ces pathologies et d'améliorer le suivi de leur prévention secondaire. Le projet de dossier patient informatisé (DPI) apparaît à cet égard crucial. Il devrait en effet permettre d'assurer la continuité des soins quel que soit le praticien consulté.

Ce projet est déjà bien avancé. Il a déjà fait l'objet d'une exécution budgétaire correspondant à la moitié de l'enveloppe prévue, mais il ne peut aboutir à la fois pour des **raisons techniques** (pas de fibre internet haut débit en lien avec Nouméa, hôpital principal d'envoi des patients pour des examens et interventions plus spécialisées³³), mais aussi du fait d'un **manque de pédagogie et d'échanges avec l'équipe médicale**. Il semble que des logiciels de spécialités dédiés (radiologie RIS notamment et DIANE pour l'anesthésie par exemple³⁴) n'aient pas été intégrés au projet de DPI. Les informations recueillies par ces applications ne devraient ainsi pas être disponibles dans le DPI. Cette situation constitue un frein important à l'adhésion des équipes médicales à ce projet. Il est pourtant primordial pour la sécurité des soins et le respect de la confidentialité des données

³³ IEOM, Rapport annuel 2023 – Wallis-et-Futuna, juillet 2024, p. 23.

³⁴ Le logiciel RIS (Radiology Information System) constitue un module essentiel du système d'information hospitalier pour la gestion des actes d'imagerie médicale. Il est conçu pour être interopérable avec les PACS (Picture Archiving and Communication System), conformément aux standards internationaux d'échange de données médicales (DICOM, HL7). En France, les solutions RIS doivent répondre aux exigences d'interopérabilité inscrites dans le Cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS), piloté par l'agence du Numérique en Santé (ANS), et peuvent être intégrées dans la démarche de certification des logiciels d'aide à la prescription (LAP) encadrée par la HAS. Le logiciel DIANE, utilisé en anesthésie-réanimation, permet la traçabilité complète du parcours anesthésique (consultation pré-anesthésique, induction, suivi peropératoire et surveillance postopératoire). Il s'inscrit dans les obligations de traçabilité réglementaire définies par le Code de la santé publique (articles R. 6123-87 et suivants relatifs aux conditions techniques de fonctionnement en anesthésie), et doit respecter les référentiels de sécurité et d'interopérabilité du CI-SIS pour l'échange et l'archivage des données de santé.*

médicales. En effet, la mission a pu constater que cette dernière ne peut être garantie par l'ADS actuellement. Le projet de DPI devrait permettre une avancée significative en la matière³⁵.

Par ailleurs, il convient de souligner que Wallis-et-Futuna est actuellement reliée à l'internet par le câble sous-marin Tui-Samoa, qui la connecte aux Samoa et à Fidji. **Ce dispositif, unique et sans redondance, constitue un point de fragilité majeur pour le territoire.** Un projet d'interconnexion régionale avec la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française, via un nouveau câble sous-marin, est en cours d'étude afin de renforcer la résilience et l'autonomie numérique des trois territoires français du Pacifique. Ce projet est également essentiel pour interconnecter l'ADSWF avec le CHT de Nouméa, en vue de transmettre l'imagerie médicale et le dossier patient informatisé de façon confidentielle et sécurisée, ce qui est actuellement impossible.

Recommandation n°8 Poursuivre la mise en œuvre du projet hospitalier 2022-2025 et du projet territorial de santé 2023 notamment par l'établissement de protocoles de prise en charge des maladies non transmissibles et la mise en œuvre du dossier patient informatisé, celle-ci devant être optimisée par la connexion haut débit à déployer avec le CHT de Nouméa.

4 Des fragilités du modèle de financement qui doivent le faire évoluer vers plus de prévisibilité tout en préservant la gratuité des soins pour le patient

Les déficits structurels, l'absence de toute capacité d'autofinancement renchérissent les coûts marginaux sans donner de latitude afin de mieux orienter les investissements de l'ADS.

4.1 Un modèle de financement historiquement singulier et structurellement inadapté

Le financement de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna, tel qu'il est actuellement structuré, repose de manière exclusive sur des crédits budgétaires alloués par l'État, répartis entre le programme 204 pour le fonctionnement, piloté par la Direction générale de la santé (DGS), et le programme 123 pour l'investissement, sous la responsabilité de la direction générale des outre-mer. Cette architecture budgétaire, héritée d'un contexte historique spécifique et fondée sur le principe de gratuité des soins pour les résidents du territoire, présente aujourd'hui des limites majeures, tant en termes de soutenabilité financière que de lisibilité institutionnelle.

En 2023, la dotation de fonctionnement de l'agence s'élevait à 50 M€, représentant à elle seule près d'un quart du budget national du programme 204 (mission santé). Cette concentration budgétaire, bien que révélatrice de l'effort consenti par l'État, n'offre de capacités ni

³⁵ Un contrat a été signé avec les directions précédentes avec la société MAINCARE, afin de permettre une gestion plus sécurisée des données médicales des patients, des logiciels adaptés et des réseaux bien connectés avec Nouméa.

d'anticipation des besoins, ni de réactivité face aux urgences sanitaires, ni d'investissement autonome. L'inscription des crédits d'investissement au programme 123, destiné aux conditions de vie outre-mer, renforce cette inadéquation, en soumettant l'agence à des procédures de subventions peu adaptées à la gestion d'un opérateur de soins.

À la différence des établissements publics de santé, dont la planification financière s'appuie sur des prévisions d'activité et sur l'analyse des dépenses passées, l'agence demeure dépendante de dotations annuelles fixées par l'État, sans base de calcul liée à sa dynamique propre. Ce mode de financement, hérité d'une logique ancienne de subvention, maintient la planification budgétaire de l'agence dans un schéma rigide et peu évolutif, inadapté aux besoins d'un territoire confronté à des évolutions sanitaires rapides et à des contraintes structurelles fortes.

4.2 Une impasse budgétaire chronique et une absence de capacité d'autofinancement

Depuis plusieurs exercices, l'agence est confrontée à un déficit structurel récurrent, dont l'ampleur s'est accentuée au fil des années : 6,8 M€ en 2022, 3,2 M€ en 2023 malgré une dotation complémentaire de 5 M€, et compte financier à l'équilibre pour 2024 grâce à une subvention exceptionnelle de 8,3 M€, attribuée en fin d'exercice. Ce déséquilibre budgétaire, qui ne résulte pas d'une mauvaise gestion mais bien d'une inadéquation entre les missions confiées et les moyens alloués, a conduit la direction des finances publiques de Wallis-et-Futuna, à qualifier le budget 2024 « d'insoutenable ou d'insincère ». Les charges de personnel et les autres charges d'exploitation ont doublé en 10 ans (7 % d'augmentation moyenne par an, cf. ; tableau et graphique suivants).

Entre 2019 et 2024, les dépenses liées aux évacuations sanitaires (EVASAN) ont augmenté de près de 35 %, passant de 8,6 M€ à 11,6 M€, soit désormais plus d'un cinquième du budget global de l'agence. Les recettes de l'agence quant à elles, ont progressé de +44,9 %, tandis que les charges ont augmenté de +53,1 %, sur la même période, révélant un effet de ciseaux qui accentue le déséquilibre. Afin de donner une comparaison, sur la même période, les charges de l'ADS ont progressé de +53,1 %, contre +31,4 % pour le CHT de Nouméa et +18,7 % pour le centre hospitalier de Fréjus-Saint-Raphaël. Cet écart souligne la dynamique particulièrement inflationniste des dépenses à Wallis-et-Futuna, sans commune mesure avec celle observée dans des établissements de référence ultramarin ou hexagonal de taille comparable.

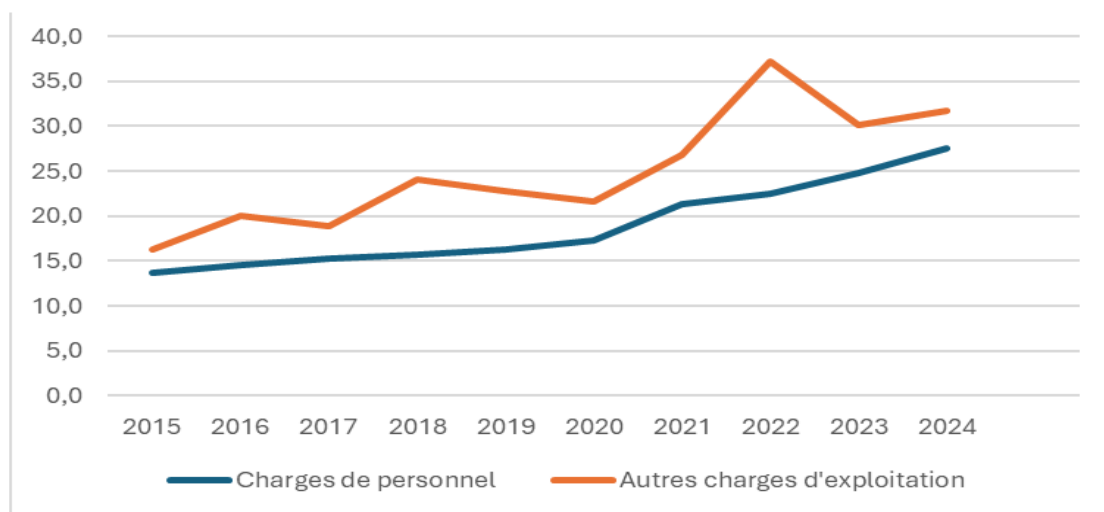
Tableau 9 : Historique sur 10 ans du compte de résultat de l'ADS et de son bilan

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Subvention d'exploitation Etat	30,2	31,5	34,2	38,1	39,4	42,7	45,4	46,9	51,8	59,1
Autres produits	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,5	0,2
Autre produit sur opération en capital	21,6	0,0	2,9	0,9	1,9	0,0	3,7	6,2	0,0	0,8
Total recettes	51,8	31,5	37,1	39,1	41,4	42,9	49,2	53,2	52,3	60,0
Charges personnel	13,7	14,5	15,3	15,7	16,3	17,4	21,3	22,5	24,8	27,5
Charges exploitation	16,3	20,1	18,9	24,1	22,8	21,6	26,8	37,2	30,2	31,7

Amortissement, provisions	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,8
Total	30,2	34,8	34,4	40,0	39,2	39,1	48,2	60,0	55,4	60,0
Résultat	21,6	-3,3	2,7	-0,9	2,1	3,8	1	-6,8	-3,1	0,0

Source : Agence de santé

Graphique 3 : Evolution des charges de l'ADS



Source : Agence de santé

Dans ces conditions, l'agence ne dispose d'aucune capacité d'autofinancement, ce qui la distingue de l'ensemble des opérateurs de santé, qui dégagent usuellement 10 % de leur budget à cet effet. Une étude conduite par le service local des finances publiques, en août 2023 a estimé ce besoin à 5,5 M€ pour l'ADSWF. Cette absence de marge de manœuvre financière contraint l'agence à différer ou à renoncer à des investissements identifiés comme prioritaires, tels que la construction du centre de dialyse de Futuna, la mise aux normes des bâtiments hospitaliers de Futuna, ou encore les travaux de remise en état de la salle d'opération de l'hôpital de Sia. Autant de projets directement liés à la sécurité des soins, à la modernisation des équipements biomédicaux et à la continuité des services offerts à la population, pourtant essentiels à la sécurité des soins, à la modernisation des équipements biomédicaux ou à la continuité des services.

La succession très rapide d'équipes de direction, ainsi que le manque d'expertise en comptabilité publique, ont conduit à une situation très atypique d'un point de vue comptable et financier pour un établissement public.

4.2.1 Une situation budgétaire structurellement dégradée

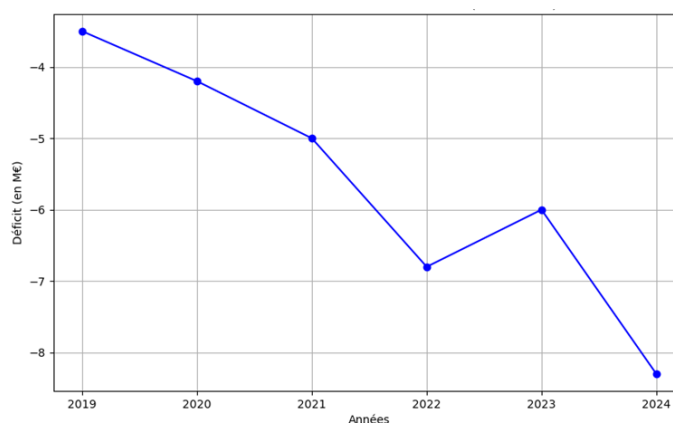
L'agence de santé de Wallis-et-Futuna présente depuis l'exercice 2022 une situation financière dégradée comme le tableau précédent en atteste. Après un déficit de 6,8 M€ en 2022, l'atterrissage pour 2023 s'établit sur le solde négatif de - 3,1 M€. Les comptes sont à l'équilibre pour 2024, grâce à une subvention de 8,3 M€ versée en fin d'exercice. En l'absence de cette subvention, l'agence aurait été en rupture de paiement de ses fournisseurs pendant plusieurs mois. Cette dégradation est principalement liée à une sous-dotation budgétaire initiale sur ces

trois dernières années, ainsi qu'à une dynamique toujours vive des dépenses (cf. tableau précédent et graphique ci-dessous). Celle-ci se conjugue avec une dynamique soutenue des dépenses. Les postes structurellement sous-évalués concernent principalement :

- le **fonctionnement**, et dans ce périmètre, les charges de personnel de catégorie T2, les frais liés aux évacuations sanitaires (EVASAN), ainsi que le coût croissant des médicaments, eux-mêmes grevés par les taxes locales d'importation ;
- l'**investissement**, en particulier les opérations de construction (centre de dialyse de Futuna, hôpital de Futuna), la maintenance et la mise aux normes biomédicales (salle d'opération de l'hôpital de Sia) ainsi que le renouvellement des équipements médicaux lourds ;
- enfin, le **service de la dette**, correspondant au remboursement des emprunts contractés pour financer les projets antérieurs.

Par ailleurs, un écart persistant est observé entre l'estimation des besoins de financement élaborée par l'agence et le niveau de dotation finalement accordé, qu'il s'agisse des crédits délégués par la direction générale de la santé au titre du programme 204 (mission santé) ou de ceux du ministère des outre-mer via le programme 123. Ce décalage, structurel, entretient l'impasse budgétaire et limite toute possibilité de planification pluriannuelle fiable.

Graphique 4 : Evolution des déficits annuels de l'ADS (2019-2024)



Source : Mission, données agence de santé. NB : Le graphique ne tient pas compte de la subvention de 8,3 M€ attribuée en fin d'exercice 2024, qui a permis de rétablir l'équilibre en fin d'exécution.

4.2.2 Des charges rigides et peu compressibles

Les charges de personnel, en hausse de 2,6 M€ entre 2022 et 2023, sont exclusivement liées à des mesures salariales (protocole PNM, revalorisation du point d'indice, GVT, etc.). Les effectifs sont globalement maîtrisés, avec une baisse du nombre de postes rémunérés en 2023. Les évacuations sanitaires, représentant jusqu'à 70 % des dépenses de fonctionnement, constituent une autre charge structurelle toujours dynamique et fortement consommatrice de ressources.

Tableau 10 : Synthèse des charges principales pour l'année 2023

Type de charge/investissement	Montant en M€
Personnel	24,7
EVASAN	19,0
Fonctionnement	7,6
Investissement	2,0

Source : Agence de santé

4.2.3 Une trésorerie critique et une absence de capacité d'autofinancement

La trésorerie de l'agence est en situation critique, avec un besoin estimé à près de 10 M€ pour couvrir les engagements de fin d'année 2025. Ce besoin a été couvert en 2024 par la subvention exceptionnelle de 8,3 M€ versée en fin d'exercice. L'ADS-WF ne dispose d'aucune capacité d'autofinancement (CAF), ce qui compromet le renouvellement de ses équipements et, en raison de l'absence de dotation aux amortissements, la sincérité de ses comptes.

Cette absence de trésorerie et de réserve ne permet pas de faire face à des dépenses imprévues, de maintenance en urgence pour des matériels (non amortis) ou pour des retards de travaux, entraînant des surcoûts, comme ceux de l'hôpital de Futuna ou du centre de dialyse de cette île. La mission a pu le constater pour ce qui concerne le remplacement de fauteuils dentaires, pour la maintenance des scialytiques aux blocs opératoires ou encore pour le traitement des flux d'air.

4.3 Il est toutefois à noter des efforts de structuration comptable et financière en cours

Sous l'impulsion de la nouvelle équipe de direction arrivée en 2023 et 2024, des mesures de redressement et de structuration ont été engagées afin de renforcer la fiabilité et la transparence du système comptable de l'agence. En effet, la mise en place d'un service facturier centralisé³⁶ a permis d'améliorer le contrôle interne des engagements financiers, ainsi que de réduire les délais globaux de paiement.

La dématérialisation des processus comptables, notamment via les outils ELAP et Chorus, a contribué à une meilleure traçabilité des opérations et à une fluidification des circuits de validation, mais n'est à ce jour pas encore totalement déployée pour l'ensemble des créances.

Sous son impulsion, la constitution d'une base des immobilisations a été amorcée, accompagnée d'un premier travail d'évaluation en vue de la mise en œuvre d'une dotation aux amortissements conforme aux règles de sincérité budgétaire, mais n'a pu lors de la visite de la mission être encore aboutie.

³⁶ La mission a constaté la persistance pour de nombreux créanciers de factures papiers avec peu de traçabilité et des délais de paiement très allongés (plus de 160 jours), sans que le service comptable soit réellement en mesure de le dater. Pour rappel, le maximum autorisé est de 60 jours dans les textes.

Toutefois, dans l'attente de la finalisation de ce chantier, l'agence a proposé de suspendre temporairement la dotation aux amortissements pour l'exercice 2024, pour un montant estimé à 2,8 M€. Cette décision, bien que transitoire, reporte la résolution complète des enjeux liés à la sincérité des comptes.

Par ailleurs, en matière de gestion financière, un suivi budgétaire par service et par ligne de financement a été instauré, permettant un pilotage plus fin des dépenses et une responsabilisation accrue des directions opérationnelles, tel qu'a pu le constater la mission lors de ses échanges répétés avec le directeur comptable et financier de l'ADS arrivé en 2024.

4.4 Recommandations et perspectives

Afin de garantir la soutenabilité financière et la conformité comptable de son fonctionnement, l'agence de Santé de Wallis-et-Futuna doit impérativement engager les actions suivantes :

- objectiver le besoin de financement et obtenir l'allocation des dotations correspondantes des tutelles, soit une revalorisation pérenne de sa dotation budgétaire annuelle estimée à 53 M€, afin de couvrir l'ensemble des charges de fonctionnement récurrentes (hors projets d'investissements) et de mettre fin à la sous-dotation structurelle constatée ces 3 dernières années ;
- achever la structuration du système comptable de l'établissement, en finalisant les travaux relatifs à l'inventaire des immobilisations, à la mise en œuvre effective des amortissements ;
- constituer une capacité d'autofinancement à hauteur de 5,2 M€ par an, en mobilisant notamment les reliquats disponibles de la dotation Ségur (11,5 M€) et en instaurant une montée en charge progressive de la dotation aux amortissements, conformément aux standards de gestion des établissements de santé ;
- développer un pilotage budgétaire pluriannuel fondé sur des données sincères et consolidées.

Recommandation n°9 Sécuriser le financement de l'agence de santé par une dotation adaptée, une capacité d'autofinancement et une structuration comptable complète.

Paul-Emmanuel GRIMONPREZ

Fabienne BARTOLI

Dr Christophe SCHMIT

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Données épidémiologiques Wallis-et-Futuna

Annexe 2 : Gestion RH des médecins et personnels de direction outre-mer

ANNEXE 1 : Données de santé publiques sur le territoire de Wallis-et-Futuna

ANNEXE 1 : DONNEES DE SANTE PUBLIQUES SUR LE TERRITOIRE DE WALLIS-ET-FUTUNA	52
1 AU COURS DES DERNIERES DECENNIES, LES ILES DU PACIFIQUE ONT CONNU DE PROFONDES MUTATIONS EN MATIERE DE SANTE PUBLIQUE	53
2 DES MUTATIONS ALIMENTAIRES A L'ORIGINE D'UN SURPOIDS ET D'UNE OBESITE ATTEIGNANT DES SEUILS JUSQUE-LA INEGALES	54
3 UNE PREVALENCE REGIONALE DU DIABETE PARMi LES PLUS ELEVEES AU MONDE	56
4 LES ILES DE WALLIS-ET-FUTUNA SONT PARTICULIEREMENT TOUCHEES PAR CES MUTATIONS	57
4.1 LES CHANGEMENTS DE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE SONT PROFONDS ET DURABLES	57
4.2 LE SURPOIDS ET L'OBESITE SONT EN PLEIN ESSOR A WALLIS-ET-FUTUNA DEPUIS LES QUATRE DERNIERES DECENNIES .	58
4.3 LE DIABETE A WALLIS-ET-FUTUNA ATTEINT DES VALEURS EXCEPTIONNELLES EN COMPARAISON DE CELLES OBSERVEES DANS L'HEXAGONE	60
4.4 LA PREVALENCE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE A WALLIS-ET-FUTUNA EST L'UNE DES PLUS ELEVEE DE LA REGION PACIFIQUE	62
4.5 LES ADDICTIONS SONT MULTIPLES ET TOUCHENT TOUS LES AGES	63
5 LES ILES DE WALLIS-ET-FUTUNA SONT EGALEMENT EXPOSEES A UN RISQUE PARTICULIEREMENT ELEVE DE MALADIES TRANSMISSIBLES	65

1 Au cours des dernières décennies, les îles du Pacifique ont connu de profondes mutations en matière de santé publique

Les vingt-deux archipels du Pacifique, tels que définis par l'organisation mondiale de la santé (OMS)³⁷, ont connu au cours des quatre dernières décennies de profonds bouleversements tant en termes de production agricole que de pratiques alimentaires : depuis la fin des années 1980, la production locale et la consommation de fruits et de légumes ont laissé place à celle de produits alimentaires industriels importés. Les archipels du Pacifique, en particulier les *petits états insulaires en développement* (PEID) sont de plus en plus dépendants à l'égard de ce type produits (les états les plus dépendants important jusqu'à 90 % de la nourriture disponible sur le territoire). Ces aliments transformés sont plus riches en matières grasses, en sel et en sucre : par voie de conséquence parmi les pays où le taux d'obésité est le plus élevé au monde, dix sont des PEID de la région Pacifique³⁸. Cette tendance préoccupante semble destinée à s'aggraver puisque le pourcentage d'adolescents touchés par le surpoids ou l'obésité dans cette région dépasse également les moyennes mondiales et continue de progresser³⁹.

Cette mutation de provenance et de qualité alimentaire s'est accompagnée d'une augmentation significative de la consommation de sucre libre, volontairement ajouté ou présent dans les aliments transformés. A ce titre, il convient de souligner que la loi votée en 2013⁴⁰, dite loi Lurel, visant à empêcher que les denrées alimentaires destinées aux territoires ultramarins ne disposent d'une teneur en sucres ajoutés supérieure à celle d'une denrée similaire distribuée dans l'hexagone, ne concerne que les collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution et celles de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon : les territoires français du Pacifique (Nouvelle-Calédonie, Polynésie française et Wallis-et-Futuna), ne sont pas concernés par cette loi.

Le lien entre ces changements des comportements alimentaires, l'augmentation significative du diabète et les facteurs de risques cardio-vasculaires est scientifiquement établi par plusieurs études scientifiques⁴¹, ce d'autant plus que s'observent parallèlement, une plus grande sédentarité des insulaires du Pacifique, ainsi qu'une augmentation de la consommation d'alcool et de tabac, y compris chez les jeunes⁴².

³⁷ Fidji, Guam, Îles Cook, Îles Mariannes du Nord, Îles Marshall, Îles Pitcairn, Îles Salomon, Kiribati, Micronésie (États fédérés de), Nauru, Nioué, Nouvelle-Calédonie, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Samoa américaines, Samoa, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis-et-Futuna

³⁸ Maladies non transmissibles et santé mentale dans les petits États insulaires en développement – OMS 2023

³⁹ La part des adolescents en surpoids est passée de 62,9% en 2015 à 68,6% en 2023, lors de la dernière enquête de l'OMS pacifique alors qu'elle se situe à 17% en France hexagonale (2017), 36% en Australie (2021).

⁴⁰ Loi n° 2013-453 du 3 juin 2013 visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire en outre-mer

⁴¹ La communauté du Pacifique s'est intéressée à ce sujet à plusieurs reprises depuis 2010

⁴² Enquête GSHS 2023 OMS pacifique, op. cité.

De récentes études internationales⁴³ rapportent que les décès en lien avec les maladies non transmissibles (par opposition aux maladies transmissibles comme les pathologies infectieuses), dépassent désormais ceux de toutes les maladies transmissibles réunies. Ainsi, en 2019, 87% des décès dans la région du Pacifique occidental ont été imputables aux principales maladies non transmissibles (diabète, maladies cardiovasculaires, pathologies cancéreuses et maladies respiratoires chroniques) avec des taux élevés de décès prématurés (avant l'âge de 70 ans). Près de 84 % des décès prématurés sont causés par des MNT dans la région pacifique selon le rapport de l'OMS de 2024⁴⁴.

2 Des mutations alimentaires à l'origine d'un surpoids et d'une obésité atteignant des seuils jusque-là inégalés

Les mutations alimentaires qui touchent les pays insulaires du Pacifique ont un fort impact en matière d'obésité. Une étude publiée en 2023 rappelle que l'obésité concerne plus d'un milliard de personnes dans le monde, la proportion de personnes obèses ayant **plus que doublé chez les femmes et presque triplé chez les hommes**, depuis 1990⁴⁵. Parmi les dix pays du monde où la prévalence de l'obésité est la plus élevée chez l'adulte, neuf sont des territoires du Pacifique (les îles Cook, les Palau, Nauru, Samoa, Tonga, les îles Marshall, Niue, les Kiribati et Tuvalu)⁴⁶ et affichent des taux d'obésité de leurs populations proches de, et parfois supérieurs à 50 %, voire au-delà de 70 % par exemple pour le Tonga et Wallis-et-Futuna. Ce faisant, parmi les maladies non transmissibles, l'obésité est devenue au cours des dernières décennies une cause majeure de décès prématuré et d'invalidité.

Ce constat est partagé par l'OMS qui souligne la sinistralité de cette pathologie chez les enfants : en trois décennies, le nombre d'enfants ou d'adolescents âgés de 5 à 19 ans a quadruplé dans cette région du monde. Si, à l'échelle mondiale, la prévalence de l'obésité dans cette tranche d'âge se situe à 8,24 %, la plupart des pays polynésiens et mélanésiens connaissent des prévalences de l'obésité infantile au-delà de 20 %. Les îles de Wallis-et-Futuna affichent pour leur part une prévalence en 2020 supérieure à 35 % pour les enfants de 7 à 10 ans, et qui progresse encore selon les derniers résultats de l'enquête GSHS de 2023 pour l'OMS Pacifique en cours de publication. En comparaison avec d'autres régions, les pays du Pacifique connaissent un impact plus précoce de l'obésité sur leur population⁴⁷ gageant d'une morbidité à venir dans des tranches d'âges jusque-là épargnées.

⁴³ Maladies non transmissibles dans la région Pacifique – OMS 2023

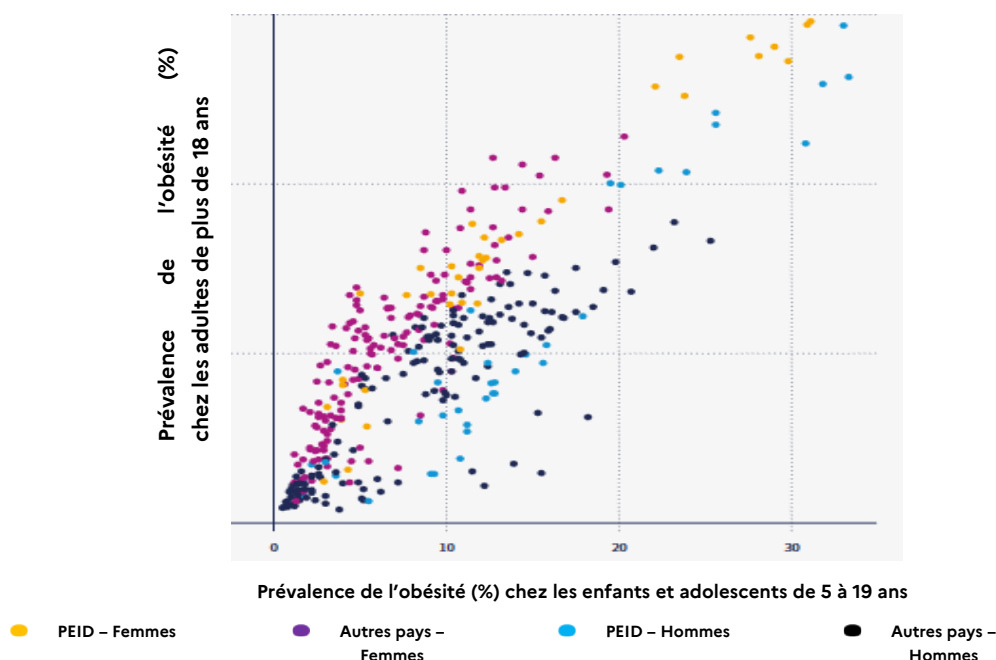
⁴⁴ « Weaving health for families, communities and societies in the Western Pacific Region (2025-2029): working together to improve health and well-being and save lives », 11 Décembre 2024, <https://www.who.int/westernpacific/publications/i/item/9789290620754>,

⁴⁵ Nations Unies – Centre régional d'information pour l'Europe occidentale – Mars 2024

⁴⁶ Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022 : a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents and adults - The Lancet – Mars 2024

⁴⁷ Maladies non transmissibles et santé mentale dans les petits États insulaires en développement – OMS 2023

Graphique 1 : Prévalence de l'obésité selon l'âge et la répartition géographique



Source : OMS 2021 (chaque point représente un pays et un sexe ; 39 PEID et 151 autres Etats membres)

Dans ce contexte, l'organisation des Nations-Unies plaide pour une mobilisation auprès des enfants dès le plus jeune âge par les établissements scolaires (« écoles promotrices de santé ») afin de promouvoir des comportements plus sains, sensibiliser aux goûts (excès de sucre ou de sel), mettre en place des actions de dépistage, de surveillance et de traitement. En 2023, les ministres des pays du Pacifique, ont annoncé huit mesures pour s'attaquer aux facteurs d'obésité, en particulier chez les enfants et les jeunes, insistant sur « l'urgence d'agir afin de protéger nos enfants et nos jeunes contre la progression de l'obésité et des maladies non transmissibles associées »⁴⁸.

● Mesures des ministres de la santé du Pacifique pour lutter contre l'obésité

- 1- Définir et mettre en œuvre des actions adaptées à chaque État et Territoire insulaire océanien ;
- 2- Créer ou renforcer des dispositifs de collaboration tels que les groupes de travail pangouvernementaux ;
- 3- Donner aux réseaux et aux organisations intervenant déjà à l'échelon communautaire les moyens d'être en première ligne dans la lutte contre les facteurs d'obésité ;
- 4- Accélérer la mise en œuvre des priorités du Réseau ECHO pour mettre fin à l'obésité de l'enfant dans le Pacifique, dont la promotion de l'activité physique, le déploiement à plus grande échelle de mesures fiscales sur les boissons sucrées et les produits alimentaires néfastes pour la santé, la restriction de la publicité pour les aliments et les boissons néfastes pour la santé auprès des enfants ;
- 5- Demander aux ministères et aux autres parties prenantes de rendre compte de leurs avancées dans la lutte contre les facteurs d'obésité ;
- 6- Investir des ressources budgétaires ciblées dans le déploiement à plus grande échelle d'initiatives particulièrement axées sur les enfants et les jeunes ;

⁴⁸ Quinzième réunion des ministres de la Santé du Pacifique – Septembre 2023

- 7- Assurer la mise en place d'interventions nutritionnelles à fort impact, la promotion de la santé, le dépistage et la prise en charge dans le cadre des soins de santé primaires ;
- 8- Examiner les possibilités de renforcer le soutien et les incitations à la sélection d'aliments et de boissons plus sains, en complément des efforts déployés pour décourager la consommation de produits néfastes pour la santé.

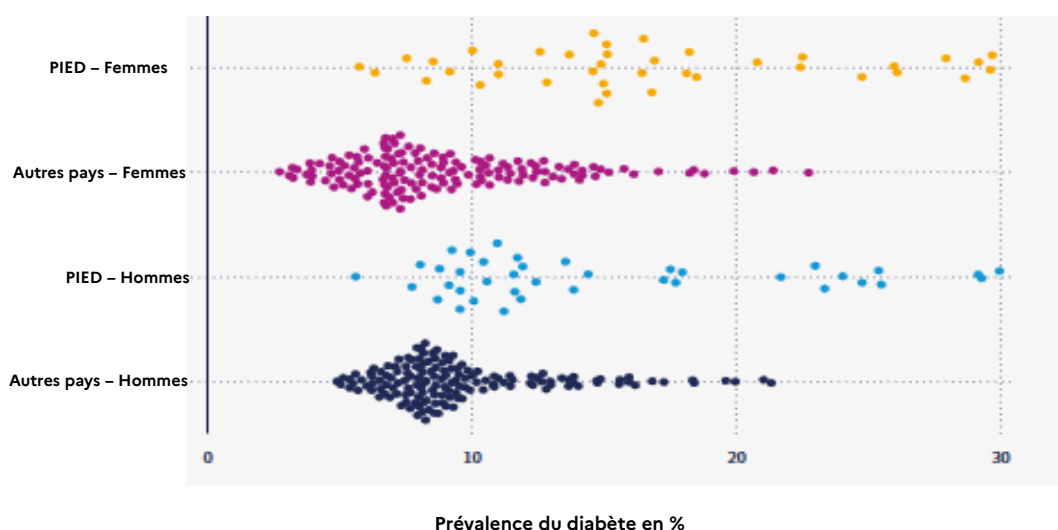
Source : Organisation mondiale de la santé

3 Une prévalence régionale du diabète parmi les plus élevées au monde

Plus de 800 millions d'adultes sont atteints de diabète dans le monde, la prévalence mondiale de cette pathologie étant passée de 7 % en 1990 à 14 % en 2022⁴⁹. Selon certaines estimations scientifiques récentes, cette la maladie pourrait toucher 1,3 milliards de personnes d'ici 2050⁵⁰.

La région Pacifique est particulièrement touchée et la prévalence ne cesse d'y croître : en une décennie, elle est passée de 8,4 % en 2014 à plus de 12,3 % en 2024 (pour mémoire elle était estimée à 6,3 % en France hexagonale selon l'Assurance maladie (CNAM) à la même période), sans compter le nombre de patients chez lesquels le diagnostic n'a pas été posé faute d'un nombre suffisant de campagnes de dépistage⁵¹.

Graphique 2 : Prévalence du diabète normalisé selon l'âge



Source : Organisation mondiale de la santé 2021 (adultes âgés de plus de 18 ans dans les PEID et dans d'autres pays, par sexe ; les estimations concernent 39 PEID et 152 autres États membres)

⁴⁹ Données OMS – Novembre 2024

⁵⁰ Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: a pooled analysis of 1108 population- representative studies with 141 million participants - The Lancet – Novembre 2024

⁵¹ Fédération internationale du diabète - 2021

Bien que la prévalence du diabète dans certains PEID soit similaire à celle d'autres régions du globe, les projections indiquent que la prévalence la plus élevée de diabète chez les adultes à l'échelle mondiale concerne dix états de la région du Pacifique, qui affichent tous un taux de plus de 20 %. La tendance semble être à l'aggravation puisque 260,2 millions de personnes pourraient être touchées par cette maladie dans cette région en 2045 (soit une hausse de 26,5 %). Enfin, il faut souligner les conséquences de ces données en termes de pathologie materno-fœtale, en particulier de diabète gestationnel et de macrosomie fœtale : une naissance vivante sur sept est affectée par une hyperglycémie pendant la grossesse.

4 Les îles de Wallis-et-Futuna sont particulièrement touchées par ces mutations

4.1 Les changements de comportement alimentaire sont profonds et durables

L'état de santé global de la population wallisienne et futunienne se dégrade depuis plusieurs années. L'agence de santé constate un changement profond des us alimentaires et leurs conséquences en matière de santé publique : la consommation d'aliments importés et hautement transformés, dénués de nutriments appropriés, a remplacé la consommation plus traditionnelle de ressources locales (fruits, légumes, féculents locaux et poissons)⁵². La consommation de viande, jusque-là assez réduite, a connu une forte hausse au cours des deux dernières décennies devenant un aliment quotidien presque incontournable⁵³.

Bien que la part (15 % versus 18,1 % en 2019)⁵⁴ de la population wallisienne consommant quotidiennement des boissons sucrées ait baissé, y compris chez les adolescents (56,3 % en 2019 et 44,5 % en 2023), elle reste encore à des niveaux trop élevés. Par ailleurs, il a été rapporté à la mission, qui n'a pas pu formellement effectuer de vérifications, que les boissons industrielles sucrées auraient une teneur en sucre bien supérieure à celles consommées dans l'hexagone. Ces boissons ont fréquemment remplacé la consommation d'eau pour une partie de la population. En conséquence, les principaux facteurs de la pandémie d'obésité et de diabète sont en forte hausse. Pour enrayer ce phénomène, l'OMS⁵⁵ appelle à une réduction drastique de consommation des sucres de moitié, pour passer d'une moyenne quotidienne d'environ douze cuillères à café de saccharose à six cuillères.

Les îles Wallis-et-Futuna n'étant pas visées par la loi Lurel, la teneur en sucre des boissons industrielles commercialisées reste nettement supérieure à celle observée dans l'hexagone et l'engagement des autorités coutumières à interdire la consommation de boissons sucrées et

⁵² 25% de la population autochtone considère que les fruits sont trop chers, plus du tiers de la population considère que les légumes sont trop chers.

⁵³ Etats généraux de l'alimentation : les ateliers de Wallis et Futuna - 2017

⁵⁴ Wallis & Futuna - Enquête sur la prévalence des facteurs de risque de maladies non transmissibles - STEPS 2019

⁵⁵ Organisation mondiale de la santé - Taxes on sugary drinks : Why do it ?

d'alcool lors des manifestations dont elles ont la charge reste insuffisant. En effet, la quantité de sucre pour 100 ml peut s'avérer, pour certaines boissons, plus de deux fois supérieure à celle observée dans l'hexagone. Chaque année, 120 tonnes de sucre sont importées à Wallis, permettant la consommation annuelle de sucre blanc de 96 kg par personne (à comparer aux 23 kg comptabilisés chaque année dans le monde et aux recommandations OMS de 18 à 20 kg de sucre par an et à la consommation hexagonale, trop élevée néanmoins aussi, de 37,1 kg)⁵⁶.

● Espérance de vie à la naissance dans les îles de Wallis-et-Futuna

La dernière étude de l'INSEE publiée en 2024 met en évidence une augmentation de l'espérance de vie des Wallisiens et des Futuniens de quatre années entre 2003 et 2023, s'établissant à 76 ans pour les hommes et 81 ans pour les femmes. Ces chiffres restent inférieurs à ceux observés dans l'hexagone où les tendances se poursuivent fixant l'espérance de vie à la naissance à 80 ans pour les hommes et à 85,6 ans pour les femmes. On note également une baisse de l'écart de cet indicateur avec l'hexagone. L'écart était de près de six ans, il est actuellement autour de quatre ans.

4.2 Le surpoids et l'obésité sont en plein essor à Wallis-et-Futuna depuis les quatre dernières décennies

Retenant pour définition de l'obésité un indice de masse corporel (IMC) supérieur ou égal à 30 kg/m² et pour celle du surpoids un IMC supérieur à 25 kg/m², les taux recensés à Wallis-et-Futuna sont alarmants et en constante augmentation.

Tableau 1 : Evolution du surpoids et de l'obésité entre 1980 et 2020

Année		1980	2009	2019	2020	2024
Obésité % de population totale	Wallis-et-Futuna	30	65	51	70,4	Nc
	Hexagone	6,1	14,5	17	17	17,9
Surpoids % de population totale	Wallis-et-Futuna	NC	NC	91	90,4	Nc
	Hexagone	23	31,9	31	31	47

Source : Mission (données ADS, étude Obépi-Roche 2009, DREES 2024, obésité en France 2015, Steps OMS 2019)

En quatre décennies, le nombre d'autochtones touchés par un surpoids ou une obésité a atteint des valeurs jusque-là inégalées dans l'hexagone ou dans un territoire ultramarin (voir tableau supra).

⁵⁶ Données 2021 et références OMS de mars 2015

Les hommes présentent un poids moyen de 97,9 Kg et un IMC de 33 kg/ m². Les valeurs recensées chez les femmes sont également inquiétantes puisqu'elles révèlent un poids moyen de 92,6 kg et un IMC supérieur à 34,8 kg/m² ⁵⁷, sans commune mesure avec celles observées dans l'hexagone (voir tableau infra).

Tableau 2 : Comparaison du poids et de l'indice de masse corporel entre les îles de Wallis-et-Futuna et l'hexagone (année 2020)

Année : 2020	Poids moyen Hommes (Kg)	Poids moyen Femmes (Kg)	IMC moyen Hommes (Kg/ m ²)	Poids moyen Femmes (Kg/ m ²)
Wallis-et-Futuna	97,9	92,6	33	34,8
Hexagone	81,2	67,3	26	25,1

Source : Mission (à partir de l'étude STEPS 2019 et de l'enquête Obepi Roche 2020)

La population pédiatrique wallisienne n'est pas épargnée par l'épidémie de surpoids et d'obésité. L'enquête co-dirigée en 2015 par l'OMS et la CPS⁵⁸ visant les 1.117 élèves âgés de 12 à 18 ans répartis dans les sept écoles de Wallis-et-Futuna a mis en évidence un surpoids et une obésité touchant respectivement 62.6 % et 32.3 % de la population, sans qu'une différence significative ne puisse être observée entre les filles et les garçons. Les derniers résultats de l'enquête GSHS de 2023 montrent une aggravation (cf. tableau 3).

Cette tendance s'est progressivement aggravée depuis : entre 2015 et 2018, le pourcentage d'obèses parmi les enfants de moins de 5 ans est passé de 22 % à 41 %. Cette même année, 28 % des enfants de grande section de maternelle (5 ans) étaient en surpoids, comme 50 % des enfants de sixième (11 ans) et 66 % des enfants de seconde (15 ans)⁵⁹.

Tableau 3 : Evolution du surpoids et de l'obésité chez l'enfant entre 2015 et 2023 avec comparaison aux tendances hexagonales (âge de 6 à 17 ans)

Année	2015 Wallis-et-Futuna	2023 Wallis-et-Futuna	2023 Hexagone
Surpoids % de population	62,6	68,6	20
Obésité % de population	32,3	38,7	5,4

Source : Agence de Santé (données 2015 et 2023) et Assurance maladie (données hexagone 2023)

⁵⁷ Organisation mondiale de la santé –, [Wallis & Futuna - Enquête sur la prévalence des facteurs de risque de maladies non transmissibles - STEPS 2019](#)

⁵⁸ Rapport GSHS de Wallis et Futuna – Mai 2025

⁵⁹ Projet Écoles en santé - Territoire des îles de Wallis-et-Futuna - 2019

Enfin, l'obésité n'épargne pas les parturientes et l'archipel wallisien connaît un taux élevé de pathologies obstétricales (macrosomie fœtale, diabète gestationnel, morts fœtales in utero) : le diabète et diabète gestationnel touche près d'une femme sur quatre.

Les causes de la forte prévalence du surpoids et de l'obésité dans l'archipel sont multiples. Parmi elles, trois sont communément admises par les différentes études scientifiques :

- le changement des habitudes alimentaires, les produits alimentaires transformés (plus riches en graisses, sucres et sel, mais moins nutritifs) étant devenus plus accessibles et moins chers que les aliments locaux ;
- les facteurs culturels et sociaux, une gastronomie copieuse occupant une place singulière dans les us et coutumes polynésiens ;
- l'insuffisance d'éducation nutritionnelle, le bénéfice des initiatives prises entre 2018 et 2021 à l'instar du programme *Numeris@nté*⁶⁰ peinant à être évalué faute de recul suffisant. Il convient par ailleurs de souligner que de nombreux facteurs contribuant à l'augmentation des taux d'obésité échappent au contrôle de ceux qui travaillent dans le secteur de la santé ;
- une sédentarité excessive observée dès l'enfance. En 2015, 39 % des élèves interrogés déclaraient avoir passé au moins trois heures par jour assis ou couchés (en dehors des heures de cours ou de sommeil) ; ils sont désormais 43,6 %⁶¹.

La mission a pris connaissance des nombreuses initiatives prises localement pour tenter d'inverser cette tendance alarmante, parmi lesquelles :

- la participation aux journées mondiales de lutte contre l'obésité le 11 octobre (campagnes de sensibilisation, conférences et des ateliers) ;
- les initiatives en milieu scolaire (programmes éducatifs sur l'équilibre alimentaire et incitation à une activité physique quotidienne) ;
- la promotion de l'alimentation locale, en particulier en faveur d'une consommation pluriquotidienne de fruits ;
- l'organisation et la promotion d'événements sportifs et communautaires.

4.3 Le diabète à Wallis-et-Futuna atteint des valeurs exceptionnelles en comparaison de celles observées dans l'hexagone

La prévalence du diabète au sein de la population autochtone de Wallis-et-Futuna est majeure et sans commune mesure avec les seuils observés au sein de la population hexagonale. Comme les pays de la région Pacifique, la prévalence du diabète dans l'archipel avoisine le seuil de 20 % (tous âges confondus).

⁶⁰ Programme d'éducation à la santé appelé « Au-delà des étoiles » soutenu par la Communauté du Pacifique et déployé par l'enseignement catholique de Wallis et Futuna

⁶¹ Enquête GSHS de l'OMS Pacifique 2015 et 2023, op cité

L'étude de l'OMS conduite en 2019⁶² a mis en évidence une glycémie moyenne à jeun de 103,4 mg/dl (sans différence significative entre les sexes) et la mission a eu connaissance de nombreuses mesures de l'hémoglobine glyquée supérieure à 15 % (pour une valeur attendue entre 4 % et 5 %). Moins de 8 % de la population présente une glycémie à jeun anormale.

Tableau 4 : Prévalence du diabète au sein de la population de Wallis-et-Futuna Evolution entre 2009 et 2022 – comparaison aux tendances hexagonales

Année	2009	2015	2019	2022
Wallis-et-Futuna % de population	17,1	19	22,2	>19
France hexagonale % de population	4,4	5	5,8	6,3

Source : Mission (sur la base des données de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna, de la fédération régionale des observatoires régionaux de la santé, de l'enquête STEPS 2019 et de l'Assurance maladie)

L'accroissement observé de la prévalence du diabète à Wallis-et-Futuna est à mettre en perspective avec celle du surpoids et de l'obésité, les pathologies décrites étant essentiellement de type 2, donc en lien avec les troubles insuliniques secondaires à l'excès de tissus gras. Cette évolution souligne que face à la triade déséquilibre alimentaire - obésité - inactivité physique, les mesures d'éducation de prévention et d'information peinent à se montrer efficaces, d'autres solutions plus innovantes et adaptées aux réalités du mode de vie des habitants de cette région du pacifique doivent les compléter.

Enfin, avec un ratio de 80 %, les patients diabétiques de Wallis-et-Futuna sont surreprésentés parmi les patients admis en dialyse pour insuffisance rénale⁶³, alors que cette proportion est d'environ 23 % dans l'hexagone ⁶⁴.

En réponse à ces constats, l'agence de santé a placé parmi les objectifs prioritaires du projet de santé du territoire 2024-2033 la mobilisation de la population autour des enjeux de prévention et de dépistage : cette action est essentielle dans un territoire où près d'un résident sur cinq n'a jamais bénéficié d'une mesure de la glycémie.

⁶² [Wallis & Futuna - Enquête sur la prévalence des facteurs de risque de maladies non transmissibles - STEPS 2019](#), op. cité.

⁶³ Epidémiologie de l'IRC traitée en Nouvelle-Calédonie et Wallis et Futuna – réseau de l'insuffisance rénale en Nouvelle Calédonie – Mai 2023

⁶⁴ « Les chiffres clés de la maladie rénale », octobre 2024, Registre France Rein 2022, <https://www.francerein.org/actualites/les-chiffres-cles-de-la-maladie-renale/>

- Prévenir le surpoids et l'obésité et dépister les pathologies associées

- Développer une politique de repérage, de dépistage, et de prise en charge précoce des pathologies chroniques.
- Sensibiliser et prévenir le surpoids et l'obésité auprès des publics cibles en lien avec les parties prenantes concernées.
- Promouvoir et faciliter l'accès à une alimentation saine, en quantité suffisante, produite dans des conditions durables, d'un prix abordable et de bonne qualité gustative et nutritionnelle.
- Favoriser la pratique d'une activité physique régulière à tous les âges de la vie, notamment grâce au développement de l'offre en structures et des mobilités actives, dont la marche et le vélo.

Source : projet de santé du territoire de Wallis-et-Futuna – 1ère édition 2024-2033

4.4 La prévalence de l'hypertension artérielle à Wallis-et-Futuna est l'une des plus élevée de la région Pacifique

L'hypertension artérielle (HTA), qui touche un adulte sur trois dans le monde, est la maladie chronique la plus fréquente en France hexagonale⁶⁵. Ce « trouble qui tue en silence » est à l'origine d'accidents vasculaires cérébraux, d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque et de lésions rénales. La prévalence de cette pathologie à Wallis-et-Futuna a presque triplé en trente ans, passant de 13 % en 1980 à près de 36 % en 2009⁶⁶. Cette augmentation est à mettre en lien avec une recrudescence de l'obésité et du diabète et une consommation active de tabac sur l'archipel supérieure à celle observée dans l'hexagone (respectivement 40,7 % et 31,1 %).

**Tableau 5 : Evolution de la prévalence de l'hypertension à Wallis-et-Futuna
Années 1980 et 2022 – comparaison aux tendances hexagonales**

Année	1980	2009	2022
Wallis-et-Futuna % de population	13	36	34
France hexagonale % de population	14	30,6	31

Source : Mission (sur la base des données de l'agence de santé de la Communauté du Pacifique et de SPF)

L'hypertension à Wallis-et-Futuna représente le deuxième taux le plus élevé de la région du Pacifique⁶⁷ et il convient de souligner la possible sous-estimation de l'incidence de cette affection malgré les initiatives de dépistage prises par l'agence de santé dans ses quatre dispensaires (l'OMS estime que près de la moitié des personnes hypertendues dans le monde ignorent qu'elles le sont et 12 % de la population de l'archipel n'a jamais bénéficié d'une mesure de pression artérielle).

⁶⁵ L'hypertension artérielle – données INSERM

⁶⁶ Étude des facteurs de risque des maladies chroniques non transmissibles à Wallis et Futuna - 2010

⁶⁷ Communauté du Pacifique

Consciente de cette situation, l'ADS cherche à renforcer son dispositif de dépistage et de prévention notamment à Futuna où la mise en place, au sein de l'hôpital de Kaleveleve, d'une consultation pluridisciplinaire de prévention et de dépistage (diabète, HTA, cancer) figure parmi les objectifs prioritaires⁶⁸. Ces actions sont d'autant plus essentielles que l'étude conduite en 2019 par la Communauté du Pacifique souligne l'importance des us et coutumes alimentaires, en particulier en matière de consommation de sel : près de la moitié de la population sale ses aliments de manière automatique avant toute consommation.

Par ailleurs, une étude conduite par l'agence en 2023 a mis en évidence un sous traitement des personnes chez lesquelles le diagnostic a été posé, seules 74,3 % des patients connus pour HTA bénéficiant d'un traitement par un professionnel de la santé, alors même qu'il n'y a pas de délais pour consulter un médecin généraliste dans les dispensaires et que les soins sont totalement pris en charge par l'agence de santé. Ce point est essentiel en matière de morbidité puisque l'hypertension artérielle est un facteur de risque majeur d'affections cardio-vasculaires, cérébraux-vasculaires ou rénales. Notons enfin que ce risque est majoré quand existent conjointement d'autres facteurs de risque comme le tabagisme, une dyslipidémie ou un diabète.

4.5 Les addictions sont multiples et touchent tous les âges

L'archipel de Wallis-et-Futuna est touché par une consommation d'alcool et de tabac supérieure à celle observée en France hexagonale.

- Consommation de tabac

En France hexagonale, plus de trois personnes sur dix (de 18 à 75 ans) déclarent fumer (31,1 %)⁶⁹ avec une prévalence supérieure chez les hommes que chez les femmes (27,4 % de tabagisme quotidien, vs 21,7 %). Le tabac reste la première cause de mortalité évitable en France avec 75 000 décès attribuables en 2015, soit 13 % des décès.

Avec une prévalence (tous sexes confondus) de 40,7 %, le tabac constitue la principale addiction recensée à Wallis-et-Futuna parmi la population adulte, devant la Polynésie, la Calédonie (les hommes consomment deux fois plus que les femmes avec respectivement 61.3 % et 29.4 %). A Wallis-et-Futuna, 84 % des fumeurs consomment quotidiennement, la consommation moyenne quotidienne étant de 15 cigarettes par jour (les paquets vendus localement comptent 5 cigarettes de plus que ceux vendus dans l'hexagone).

⁶⁸ Schéma territorial de Futuna 2024-2028

⁶⁹ Santé publique France 2023

Tableau 6 : Consommation de tabac à Wallis-et-Futuna – comparaison aux tendances hexagonales – année 2019

	Population générale	Hommes	Femmes
Wallis-et-Futuna % de population	40,7	61,3	29,4
France hexagonale % de population	31,1	27,4	21,7

Source : Mission (sur la base des données de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna et de Santé publique France)

- Cas particulier du tabagisme chez les jeunes de moins de 18 ans à Wallis-et-Futuna

Le tabac est de loin le produit le plus consommé quotidiennement par les jeunes et leur première dépendance et la France se situe au-dessus de la moyenne européenne en ce qui concerne la consommation de tabac chez les adolescents scolarisés de 15-16 ans. L'impact de cette addiction chez les jeunes de Wallis-et-Futuna âgés de moins de 18 ans est majeur, et la dégradation des indicateurs relevés entre 2019 et 2023 est nette : en quatre ans, le pourcentage d'élèves ayant fumé au moins une cigarette au cours des 30 jours précédant l'enquête est passé de 33 % à 44 %. Cette tendance est inverse à celle observée dans l'hexagone puisque le pourcentage de jeunes ayant fumé du tabac au cours du mois précédant l'enquête est passé de 34,1 % en 2017 à 25,1 % en 2022⁷⁰.

- Consommation d'alcool

Dans l'hexagone, la proportion d'adultes consommant de l'alcool tous les jours en 2021 est de 8 %, en nette diminution par rapport aux 23,9 % relevés en 1992⁷¹. La tendance observée à Wallis-et-Futuna est tout autre : la prévalence en consommation d'alcool s'élève à 38 % de la population (la proportion de consommateurs étant deux fois plus importante chez les hommes que chez les femmes). L'étude conduite par l'OMS en 2019 dans l'archipel montre que « près des trois quarts des hommes et un tiers des femmes ont consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois et près d'un quart des hommes boivent de l'alcool au moins une fois par semaine, la plupart d'entre eux consommant alors plus de trois verres ».

- Cas particulier de la consommation d'alcool chez les jeunes à Wallis-et-Futuna

L'étude récemment conduite par l'agence de santé met en évidence une aggravation des tendances observées jusque-là, la proportion d'élèves ayant bu au moins un verre contenant de l'alcool au moins un jour au cours des 30 jours précédant l'enquête étant passée de 35,2 % en 2015 à 47 % en 2023 (nette prédominance des garçons avec 49,5 % vs 44,7 % pour les filles).

⁷⁰ Usage de tabac chez les jeunes de 17 ans : résultats de l'enquête Escapad - 2023

⁷¹ La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme - 2023

5 Les îles de Wallis-et-Futuna sont également exposées à un risque particulièrement élevé de maladies transmissibles

Les risques liés aux pathologies vectorielles virales ou parasitaires sont réels et bénéficient d'un suivi particulier de la part de l'agence de santé :

- La dengue touche l'archipel périodiquement (en particulier pendant les saisons les plus humides) sans toutefois devenir endémique. Certaines épidémies peuvent prendre une ampleur inhabituelle compte-tenu de la taille limitée de la population : en 2002-2003, 3.000 cas ont été rapportés par l'agence de santé (mortalité observée : 0,1 %) ;
- La filariose lymphatique, maladie parasitaire transmise par les moustiques, fait l'objet d'une attention renforcée depuis l'année 2023 au cours de laquelle une résurgence des cas a été signalée, en particulier à Futuna (24 cas vs 3 à Wallis). Une étude spécifique a été conduite par l'agence conjointement avec la Communauté du Pacifique.

D'autres pathologies comme les maladies virales à transmission respiratoire ou les contaminations cutanées bactériennes⁷² font l'objet d'un suivi particulier. Des cas de tuberculoses sont également rapportés régulièrement (2 cas en 2018, 5 cas en 2021 et 16 cas en 2022).

- Cas particulier de la leptospirose

Parmi les maladies transmissibles encore très présentes à Wallis-et-Futuna, il convient de souligner la présence, à des taux très significatifs, de la leptospirose.

Il s'agit d'une zoonose bactérienne, présente sur l'ensemble du globe, le plus souvent transmise par la contamination d'eaux douces ou des sols boueux par les urines d'animaux contaminés comme les rongeurs les cochons ou les chiens. L'évolution de la maladie est favorable en cas de diagnostic précoce et de traitement adapté, mais une atteinte respiratoire ou rénale peut compliquer le tableau clinique initial et conduire au décès dans un cas sur cinq⁷³.

Tableau 7 : Evolution du nombre de cas de leptospirose et répartition par île

Année	2006	2007	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Wallis	2	1	1	4	5	2	0	2
Futuna	51	55	22	34	21	23	11	15
Total	53	56	23	38	26	25	11	17

Source : Mission (à partir des données de l'agence de santé)

⁷² L'érésipèle et des plaies surinfectées sont à l'origine de nombreuses demandes de soins et d'hospitalisations (taux d'hospitalisation en lien direct avec un érysipèle : 800/ 100.000)

⁷³ Selon l'Institut Pasteur, plus d'un million de personnes subissent une forme grave de la leptospirose chaque année dans le monde, et plus de 60 000 en décèdent – données 2023

L'archipel est régulièrement touché par cette affection, en particulier sur l'île de Futuna où une forme d'hyper-endémie persiste malgré une amélioration progressive au cours de la dernière décennie (voir tableau supra). Alors que l'incidence mondiale moyenne est évaluée à 600 cas pour 100.000 habitants, elle dépasse certaines années le seuil de 1.000 cas/ 100.000 à Futuna (2007)⁷⁴.

Une stratégie de lutte contre cette maladie zoonique a été mise place par l'agence de santé qui s'efforce à sensibiliser les autochtones, en particulier futuniens, en rappelant les nécessaires mesures d'hygiène (en particulier à proximité des parcs à cochons ou en cas de baignade en eau douce) et en luttant contre la multiplication des rongeurs et des décharges à ciel ouvert. Ces actions permettent d'observer une diminution de l'incidence et de limiter, par une prise en charge précoce, les chiffres de mortalité (1 décès en 2007 ; 3 en 2018).

⁷⁴ Elle est estimée à 1 cas/ 100.000 en France hexagonale, Corse incluse, par Santé publique France depuis 2014

ANNEXE 2 : Gestion des parcours des cadres dirigeants et médecins hospitaliers en outre-mer

La mission souligne la nécessité de mettre en place une véritable politique de gestion des ressources humaines adaptée aux spécificités des postes à haute responsabilité dans les territoires ultramarins. Aujourd'hui, l'absence de règles claires d'alternance entre affectations outre-mer et dans l'hexagone peut conduire à enfermer certains cadres dans des parcours exclusivement ultramarins. Cette « spécialisation par défaut » peut fragiliser à la fois les intéressés, qui se trouvent privés d'opportunités d'évolution et de mobilité au sein des structures hexagonales, et les institutions locales, qui perdent le bénéfice de regards renouvelés et d'expériences diversifiées.

À titre de comparaison, le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères gère ses diplomates par une alternance organisée entre postes à l'étranger et retours réguliers à l'administration centrale, afin de maintenir la cohérence des carrières et de garantir que l'expérience internationale soit valorisée et non subie. Dans un autre registre, l'Éducation nationale a mis en place, pour ses enseignants affectés dans les écoles européennes et internationales, un système de mobilité encadrée, qui combine un temps significatif à l'étranger et un retour obligatoire dans l'hexagone, permettant ainsi de diffuser les compétences acquises. De grandes entreprises multinationales appliquent également ce principe : les cadres expatriés alternent missions à l'international et postes de siège, de façon à nourrir leur expertise sans se couper de l'évolution stratégique du groupe.

Dans cet esprit, il conviendrait de définir un cadre RH structurant pour les cadres dirigeants des affaires sociales affectés en outre-mer. Une règle claire d'alternance : par exemple deux postes successifs outre-mer au maximum, suivis d'au moins un poste dans l'hexagone d'une durée significative (au moins cinq ans), permettrait de prévenir les phénomènes d'enfermement dans une « carrière ultramarine » et d'assurer la fluidité des parcours. Cette approche garantirait un double bénéfice : d'une part, une meilleure attractivité des postes ultramarins pour les futurs candidats, rassurés sur la valorisation de cette expérience ; d'autre part, une professionnalisation accrue des cadres, grâce à la confrontation régulière des pratiques ultramarines et hexagonales.

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Dans l'hexagone (ou par visio-conférence)

Cabinet du ministre de l'outre-mer

- Christophe MIRMAND, directeur de cabinet
- Laurence GOLA de MONCHY, conseillère sécurité, défense, et questions internationales
- Thomas COLLIN, Conseiller chargé de la Cohésion sociale, de la Santé, de l'Éducation, de la Jeunesse et des Sports

Cabinet du ministre délégué en charge de la Santé et de l'accès aux soins

- Marc PENAUD, conseiller spécial
- Evan MALCZYK, conseiller sécurité sanitaire, santé environnementale et international

Direction générale de l'offre de soins

- Arnauld GAUTHIER, sous-directeur de l'appui au pilotage et des ressources
- Philippe CHIESA, adjoint au sous-directeur de la stratégie et des ressources
- Gaëlle PAPIN, cheffe du bureau Territoires, Europe et international
- Marion PAUFIQUES, chargée de projet stratégie et territorialisation

Direction générale de l'outre-mer

- Olivier JACOB, directeur général
- Sandrine JAUMIER, sous-directrice adjointe des politiques publiques
- Etienne GUILLET, sous-directeur adjoint de l'évaluation, de la prospective et de la dépense de l'état
- Corinne LOCATELLI-JOUANS, cheffe adjointe au bureau de la cohésion sociale
- Marie HERVÉ, chargée de mission santé au bureau de la cohésion sociale, de la santé, de l'enseignement

Département de la réglementation rattachée à la Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de la CNAM :

- François Colin : chargé d'études au sein du secteur Relations internationales
- Virginie Galland : coordonnateur Relations internationales
- Francine Scherpereel : adjointe à la responsable du département
- Nina Vassilieff : responsable du département

A Wallis-et-Futuna (ou par visio-conférence)

Administration territoriale des îles Wallis-et-Futuna

- Blaise GOURTAY, administrateur supérieur de Wallis-et-Futuna
- Thierry DOUSSET, secrétaire général
- Marie-Laure BOUTHILLON, adjointe au secrétaire général
- Francis IZQUIERDO, délégué du préfet à Futuna

Royaume de Wallis

- Patalione KANIMOA, Roi de Wallis
- KapelieleTOLIKOLI, ministre coutumier de la santé

Royaume de Futuna

- Eufenio TAKALA, Roi de Sigave
- Emeliano KELETAONA, ministre coutumier KAIFAKAULU (gestion du conseil du Roi)
- Soane VAKAMUA, ministre coutumier SA'ATULA (équipement et environnement)
- Lolesio LAMATA, ministre coutumier SAFEITOGA (santé)
- Selemi MOELIKU, ministre coutumier MANAFA (sécurité du Roi et culture)
- Kasipale LEMO, ministre coutumier TIAFOI d'Alo (santé)
- Lolesio LAMATA, ministre coutumier SAFEITOGA de Sigave (santé)

Autorités religieuses

- Mgr Susitino SIONEPOE, évêque du diocèse de Wallis-et-Futuna

Elus nationaux

- Mikaele SEO, député de Wallis-et-Futuna
- Mikaele KULIMOETOKE, sénateur de Wallis-et-Futuna

Assemblée territoriale de Wallis-et-Futuna

- Munipoese MULIAKAAKA, président de l'assemblée
- Ronny TAUHAVILI, élu de Wallis
- Jean Paul MAILAGI, élu de Wallis
- Palatina FIAKAIFONU, élu de Wallis
- Kialiki LAGIKULA, élu de Wallis

Elus territoriaux (site de Futuna)

- Petelo LELEIVAI, président de la commission des affaires juridiques
- Sosefo MOTUKU, président de la commission de l'équipement et plan
- Soane TAUKOLO, président de la commission de l'agriculture et pêche
- Samuele KELETOLONA, président de la commission de l'intégration régionale
- Charles GAVEAU, président de la commission de la jeunesse et sports et des affaires économiques

Caisse de Prestations Sociales de Wallis-et-Futuna

- Stephan HUREL, directeur
- Direction générale des finances publiques
- Jean-Louis Bernard, directeur
- Tribunal de première instance de Mata'Utu
- Jordane DUQUENNE, Procureur de la République

Gendarmerie nationale à Wallis-et-Futuna

- Thomas SCHNEIDER TARASCON, commandant la gendarmerie de Wallis-et-Futuna

Service de l'inspection du travail et des affaires sociales

- Jonas RETIERE, Chef de service, inspecteur du travail
- Société MEDEVAC
- Rabii KARROUMI, directeur

Anciens directeurs de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna et ancienne présidente de la CME

- Laurent Bien, directeur de 2023 à 2024
- Catherine BARBEZIEUX, directrice de 2021 à 2023
- Annick LAFFITTE, président de la CME jusqu'en 2024

Direction de l'agence de santé du territoire des îles Wallis-et-Futuna

- Éric CHARTIER, directeur par intérim
- Samuel CHESIMAR, directeur de l'Offre de santé à Futuna
- Dr Manuel MUNOZ, directeur adjoint en charge de la santé publique
- Falakiko LENEI-MANAKOFAIVA, directrice de l'offre de santé à Wallis

Médecins, médecins hospitaliers et chefs de service hospitaliers

- Dr Mariem BEN HAJ AMOR, radiologue, vice-président de la commission médicale d'établissement (site de Wallis)
- Dr Emilie ARRIGONI, pharmacien hospitalier (site de Wallis)
- Dr Dominique EULLER, médecin biologiste (site de Wallis)
- Dr Didier CAUDRON, chirurgien (mission de remplacement, Wallis)
- Dr Nouredine BOUDIAF, médecine anesthésiste (mission de remplacement, Wallis)
- Dr Yves BURCKEL, médecin urgentiste (site de Wallis)
- Dr Catherine BASTIDE, médecin urgentiste (site de Futuna)
- Dr Hassiba BELABBAS, médecin interniste (site de Wallis)
- Dr Alexandra DENTIN, médecin généraliste (site de Wallis)
- Dr Cyril CUCHE, médecin généraliste (site de Wallis)
- Dr Corinne HUDELLET, médecin généraliste (site de Wallis)
- Dr Laure GARNOTEL, médecin généraliste (site de Wallis)
- Dr Marine SIDANI, médecin généraliste (site de Wallis)
- Dr Claire BAIZET, médecin généraliste (site de Futuna)
- Dr Antoine JOUBERT, médecin généraliste (site de Futuna)
- Gaëlle BINAN, sage-femme (site de Futuna)
- Dr Daniel HOUILLON, médecin de prévention (retraité)

Chefs de services administratifs et cadres de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna

- Malia LAPE, cadre de santé
- Emerenziana MAHITUKU, cadre de santé
- Etuaneta POLUTELE, cadre de santé
- Filimino LIUFAU, cadre de santé
- Romaric PILIOKO, cadre de santé
- Florence FLAMENT, cadre de santé
- Aleta SIONE, cadre de santé
- Yolanne MACKENZIE, cadre de santé
- Hassiba BELABBAS, coordinatrice médicale du pôle offre de soins
- Etuaneta POLUTELE, cadre du pôle offre de soins

- Alain CORONA, directeur des services supports et travaux
- Filimino LIUFAU, cadre du pôle médico-technique
- Romarix PILIOKO, faisant-fonction de cadre chargé des missions spécialisées
- Mateo KIMI, responsable biomédical et technique
- Kusi MOTUHI, en charge des travaux courants
- Emilie ARRIGONI, coordinatrice médicale du pôle médico technique
- Ana KAVIKI, attachée en charge des ressources humaines
- Richard JARDIN, agent comptable

Pôle de prévention (Wallis)

- Setefana FOMEKU, cadre de santé
- Heidi ZARHOUNI, médecin du service de prévention
- Dalila FALELAVAKI, infirmière de prévention
- Marie Thérèse FANENE, infirmière de prévention
- Françoise VIKENA, éducatrice sanitaire
- Esitokia LAMATA, éducatrice sanitaire
- Sylvana POLELEI, éducatrice sanitaire
- Akapeau FUAGA, éducatrice sanitaire
- Helena PAKAINA, éducatrice sanitaire
- Koleti TAGINOA, éducatrice sanitaire
- Sapeta TOIAVA, éducatrice sanitaire
- Lucie COSTEMEND, diététicienne
- Oriane DOL, diététicienne

Pôle de prévention (Futuna)

- Sesilia LOGOTE, infirmière de prévention
- Aniseta MASEI, éducatrice sanitaire
- Pelenatita TUFEE, éducatrice sanitaire

Agents et personnels non médicaux de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna

- Clément COUTEAUX, épidémiologiste
- Sylvain LE TORREC, informaticien
- Sandrine UGATAI, juriste

- Valelia UHILA, secrétaire
- Koleti TAMOLE , secrétaire
- Kalemeli SELEMAGO, agent de lutte anti-vectorielle
- Vincent JESSOP, agent de lutte anti-vectorielle
- Velitua SELUI, aide-soignante

Représentants syndicaux

- Salaika HALAGAHU, syndicat FO
- Emanuele FOLAUTANOA, syndicat FO
- Laimoto TAUFANA, syndicat CFDT
- Sosiane MULILOTO, syndicat USTWF
- Luka KAFOVALU, syndicat USTWF
- Sandrine UGATAI, syndicat SACE
- Lesina MASEI, syndicat USTWF
- Mikaele LEA, syndicat USTWF
- Gwendolino TAKALA, syndicat USTWF
- Soane UHILA, syndicat USTWF
- Koleti TAMOLE, syndicat USTWF
- Setokia UVEAKOVI, syndicat USTWF
- Vaisioa AVEUKI, syndicat USTWF

Représentants des usagers

- Matilite TALI, représentante des usagers
- Boris GAVEAU, président de l'association des consommateurs
- Pelenato TAUOTA, association de Téési

LETTRE DE MISSION



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

La ministre de la Santé et de l'Accès aux soins

Le ministre auprès du Premier ministre, chargé des outre-mer

Paris, le 28 NOV. 2024

Nos n° : D-24-016078

NOTE à l'attention de

M. Thomas AUDIGÉ

Chef de l'inspection générale des affaires sociales,

M. Michel ROUZEAU,

Chef de service de l'inspection générale de l'administration

Objet : Mission conjointe IGA/IGAS portant sur la situation de l'agence de santé des îles Wallis et Futuna

Le territoire de Wallis-et-Futuna, constitué de deux îles et peuplé de 11 620 habitants, éloigné tant de l'hexagone que des territoires français voisins, présente une situation particulière avec un système de santé local reposant exclusivement sur une agence de santé financée intégralement par l'État.

Créée par l'ordonnance n° 2000-29 du 13 janvier 2000 et dotée du statut d'établissement public national à caractère administratif, l'agence de santé de Wallis-et-Futuna est chargée d'assurer, au-delà des missions d'hospitalisation, la protection sanitaire du territoire, les actions de santé publique et de prévention et la délivrance des médicaments. En outre, les soins ne sont pas facturés aux patients sur le territoire, où la sécurité sociale, qui ne couvre pas le champ de la santé, est une compétence de la collectivité. Le financement de l'Agence est porté, pour ce qui concerne son fonctionnement, par le ministère chargé de la santé et, s'agissant de ses investissements, par le ministère chargé des outre-mer (à l'exception d'une enveloppe du Ségur de la santé de 45 M€, prévue à l'origine pour financer les reconstructions des hôpitaux de Wallis et de Futuna, fléchée sur le programme budgétaire 204).

La dernière mission d'inspection sur l'agence de santé, consacrée notamment à l'expertise de la soutenabilité de son modèle de financement, à l'évaluation de ses capacités réelles à mettre en œuvre des actions de prévention efficaces au regard des besoins de santé du territoire ainsi qu'aux orientations de nature à renforcer son pilotage stratégique, a été menée conjointement par l'IGAS et le CGefi et avait rendu son rapport en avril 2019.

L'agence de santé des îles Wallis et Futuna se trouve conjoncturellement dans une situation très délicate sur le plan managérial à l'issue d'un conflit social, alors qu'elle rencontre par ailleurs de graves difficultés structurelles de financement.

La radicalisation rapide du conflit social débuté le 9 septembre 2024 à l'agence de santé a en effet contraint le préfet, administrateur supérieur du territoire, et également président du conseil d'administration de l'agence de santé, à céder sur les deux principales revendications des grévistes, dans

le cadre d'un protocole de fin de conflit signé le 19 septembre¹ :

- les départs du directeur de l'agence de santé, en poste depuis un an, et de l'unique gynécologue-obstétricienne du territoire et par ailleurs présidente sortante de la commission médicale d'établissement, qui ont dû quitter leurs fonctions dès le 23 septembre.

- le maintien en fonctions d'un anesthésiste-réanimateur, implanté depuis deux ans sur le territoire, dont le contrat arrivé à échéance le 15 septembre 2024 n'avait pas été renouvelé.

Dans ce contexte, l'Etat a nommé l'actuel directeur adjoint, directeur par intérim de l'agence, lequel, en lien avec le secrétaire général de la préfecture, s'est appliqué à poursuivre le dialogue social sur les autres revendications inscrites au protocole de fin de conflit, à savoir :

- La titularisation à compter du 1^{er} octobre 2024 de tous les CDD pré et post-covid de l'agence de santé ;
- L'application du régime indemnitaire (primes) dans le cadre de la convention collective pour les personnels soignants, techniques, paramédicaux et administratifs ;
- L'arrêt du processus de « remise en cause de la gratuité des soins », qui correspond à l'interprétation erronée d'un document de l'agence de santé² par les acteurs locaux ;
- La remise en place du service de prévention qui faisait l'objet d'une démarche de rationalisation : l'intersyndicale demande désormais le départ du directeur de la santé publique, au profit de la réintégration d'un médecin de santé publique dont l'activité en cumul emploi-retraite n'a pas été renouvelée à la fin du mois de septembre.

De premières actions urgentes ont été prises à titre conservatoire pour assurer la continuité des soins et protéger les personnes qui ont été contraintes de quitter leurs fonctions à l'agence de santé. Grâce à la réserve sanitaire, un gynécologue-obstétricien est arrivé sur le territoire en renfort jusqu'au 20 octobre 2024, l'organisation d'une rotation étant en cours jusqu'à ce que la procédure de recrutement lancée par l'agence aboutisse.

Dans ce contexte, nous sollicitons une mission conjointe de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale de l'administration (IGA) pour faire le point sur la situation de l'agence et les évolutions possibles au niveau de sa gouvernance, ses instances, de son organisation et le cas échéant de son statut. Elle permettra aussi d'être en soutien du directeur par intérim. Les conclusions de cette mission permettront de procéder à la nomination d'un nouveau directeur avec un mandat clair et dans un climat apaisé.

Nous souhaiterions que cette mission puisse être conduite dans des délais rapides en se concentrant sur les trois aspects suivants :

- la gouvernance de l'agence de santé, afin de déterminer des modalités permettant de stabiliser de façon durable le pilotage de l'agence dans le contexte de l'intervention régulière des élus locaux, parlementaires et autorités coutumières dans son fonctionnement interne. Il sera notamment nécessaire
 - o d'expertiser le processus décisionnel, le rôle de l'Etat dans l'exercice de ses compétences, ainsi que les relations avec le personnel médical et paramédical ;
 - o de réexaminer le rôle de la commission médicale d'établissement notamment dans la mise en place de la politique qualité et sécurité des soins, sa participation à la mise en place du nouveau dossier de soin informatisé, ses propositions en termes d'organisation médicale et son articulation avec la direction et les autres instances de l'agence ;
 - o de consolider le dialogue social ;
- la pertinence des orientations et de l'organisation du service de prévention, afin d'assurer un plein déploiement de la politique de prévention, particulièrement cruciale à Wallis-et-Futuna, en ancrant le fonctionnement de ce service dans les recommandations et bonnes pratiques professionnelles tout en respectant les objectifs du Projet territorial de santé et les spécificités culturelles du territoire.
- l'appui aux travaux engagés par la DGOS en vue de la révision du modèle de financement de l'agence de santé et à sa mise en œuvre opérationnelle.

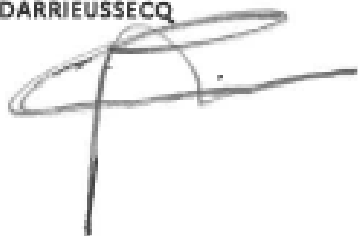
Nous souhaiterions que la mission puisse rendre ses conclusions au plus tard au début de l'année 2025.

¹ par les syndicats FO santé, CFDT santé, UNSA et Syndicat autonome des cadres et employés (SACE) de Wallis-et-Futuna WF-UNSA santé, le président de l'assemblée territoriale Muniopsis MULAKAARA et le député Mikaele SEO

² « pistes pour une évolution de la couverture et du système de santé des résidents de Wallis-et-Futuna »

La mission pourra notamment s'appuyer, pour ses travaux, sur les services de la direction générale de l'offre de soins et de la direction générale des outre-mer.

Monsieur le directeur de cabinet de Geneviève
DARRIEUSSECQ

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'G' followed by a horizontal line and a vertical line extending downwards.

Monsieur le directeur de cabinet
de François-Noël BUFFET

A handwritten signature in black ink, featuring a large, sweeping 'F' followed by a vertical line and a small 'N' at the bottom.