

Jersey et Saint-Pierre-et-Miquelon, deux exemples en décalage

Christian Fleury
ESO Caen – UMR ESO 6590 CNRS

Résumé

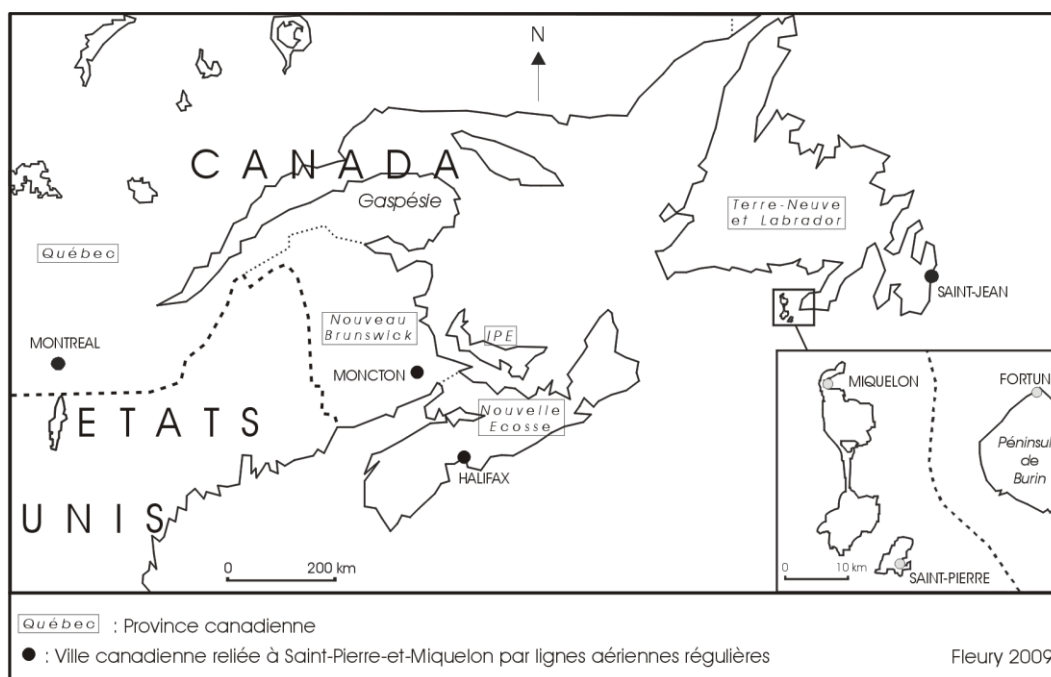
Respectivement situés à une vingtaine de kilomètres de deux pays étrangers, la France pour Jersey et le Canada pour Saint-Pierre-et-Miquelon, les deux espaces considérés, qui présentent des caractéristiques - notamment démographiques et économiques - fort divergentes, n'en sont pas moins confrontés à certaines préoccupations liées à leur double qualité commune, insulaire et frontalière. C'est précisément le cas dans le domaine de la santé. A Jersey, l'éventualité d'un envoi régulier sur le continent de patients résidant sur l'île a été abandonnée après avoir été un temps envisagée. A Saint-Pierre-et-Miquelon, un dispositif multiforme associe les ressources de l'hôpital local, les consultations de spécialistes métropolitains amenés à effectuer des vacances régulières sur l'archipel, et le recours au système de santé du pays voisin. Ce texte s'attachera à évaluer les enjeux de ces formations d'espaces transfrontaliers de soins, qu'il soit comme dans le cas de Jersey au stade des pistes de travail jusqu'à présent inabouties, ou comme pour Saint-Pierre-et-Miquelon à celui d'une prestation de services éprouvée.

Des îles frontières

Pour des superficies qui se situent dans des ordres de grandeur relativement proches, Jersey et Saint-Pierre-et-Miquelon divergent nettement quant à leur niveau de population. Jersey (116 km²), unique île habitée constitutive du bailliage du même nom, compte environ 90 000 habitants. La population de Saint-Pierre-et-Miquelon (242 km²), Collectivité territoriale au sein de la République française, s'élevait au 1^{er} janvier 2006 à 6 125 habitants dont plus de 90 % vivent sur Saint-Pierre, la plus petite des deux îles habitées. Ces espaces insulaires peuvent être qualifiés d'« îles frontière » dans la mesure où ils sont proches d'un pays étranger (figures 1 et 2) et plus éloignés de leur entité politique de rattachement, beaucoup plus éloigné dans le cas de Saint-Pierre-et-Miquelon – environ 4 000 km de la métropole - et un peu plus celui de Jersey qui se situe à 150 km de la Grande-Bretagne.

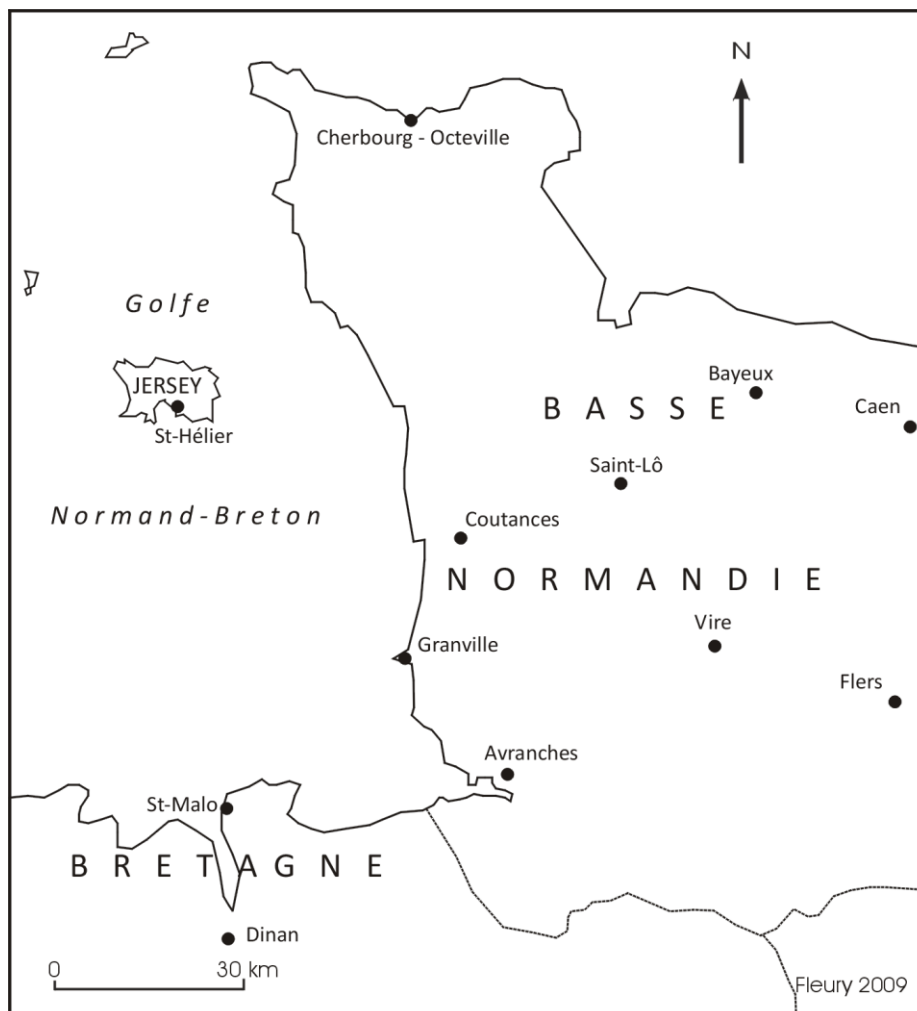
Saint-Pierre-et-Miquelon se trouve à une vingtaine de kilomètres de la péninsule de Burin, elle-même située dans une région très peu peuplée de l'île canadienne de Terre-Neuve.

Figure 1 : Saint-Pierre-et-Miquelon, au contact du Canada



Il y a une vingtaine de kilomètres également entre l'île de Jersey et la France, à hauteur des côtes du Cotentin, alors que le littoral breton se trouve à une soixantaine de kilomètres à hauteur de Saint-Malo.

Figure 2 : La situation de Jersey, à proximité de la Normandie et de la Bretagne



Mis à part ce point commun, Jersey et Saint-Pierre-et-Miquelon présentent de grosses différences qui tiennent notamment au niveau de population et à la structure de l'économie. L'île anglo-normande qui compte environ 90 000 habitants est une dépendance de la Couronne britannique, ne faisant pas partie du Royaume-Uni ni, par extension, de l'Union européenne. Elle a depuis longtemps développé des stratégies d'intégration à des systèmes spatiaux à très large amplitude, en jouant avec habileté de cette localisation et de son statut particulier. La déclinaison contemporaine de cette liberté de manœuvre institutionnelle a consisté à développer des activités financières qui la propulsent à un niveau enviable quant aux indices économiques de différente nature. C'est un centre financier *offshore* majeur et notoire, où, à portée de vue du Cotentin, plus de 15 000 personnes sont employées dans la finance et ses activités annexes.

Saint-Pierre-et-Miquelon s'est également longtemps intégré à des courants d'échanges étendus mais souffre depuis le début des années 1990 d'une crise sévère que l'on peut qualifier d'existentielle, dans la mesure où la pêche à la morue qui était la raison d'être de l'archipel fait désormais partie du passé. Ayant bâti sa prospérité sur une proximité des bancs de Terre-Neuve qui lui assurait d'importants débouchés dans différents domaines de la filière halieutique, l'archipel se trouve depuis le début de la dernière décennie du

siècle dernier confronté à une crise économique liée à la quasi disparition de l'activité historique. Malgré cette évolution qui le relègue au rang d'« économie-prétexte¹ », Saint-Pierre-et-Miquelon bénéficie d'une relative prospérité dans le contexte régional dans la mesure où l'on y constate une manifestation particulièrement frappante de la présence de part et d'autre de la frontière de « deux systèmes d'intention et d'action² ». Saint-Pierre-et-Miquelon vit en effet sous administration d'une véritable perfusion financière, grâce notamment aux salaires bonifiés qui sont versés à plusieurs centaines fonctionnaires, et aussi grâce aux subventions d'équilibre destinées aux plus grosses entreprises privées. Au Canada voisin, on a beaucoup moins d'états d'âme à l'idée de « déménager les villages³ », en engageant les membres des petites communautés de pêcheurs à aller chercher du travail vers d'autres provinces plus prospères du Canada.

L'intégration sanitaire au Canada : une nécessité pour Saint-Pierre-et-Miquelon

La santé, eu égard à des conditions de vie qui se caractérisent par une situation périphérique par rapport au continent nord-américain, des conditions climatiques généralement considérées comme contraignantes et des possibilités de sortir de l'archipel très essentiellement assurées par la voie aérienne⁴, s'avère une question particulièrement sensible sur l'archipel. La façon dont on est soigné est un problème crucial qui suscite des inquiétudes qui transparaissent régulièrement dans les conversations. On peut de surcroît considérer que le village de Miquelon, situé à une soixantaine de kilomètres de Saint-Pierre, parfois coupé de l'île principale par les intempéries, constitue un lieu marqué par une surinsularité qui amplifie ce phénomène.

Des témoignages tirés de forums internet expriment un point de vue familier qui recoupe les propos recueillis çà et là, dans la presse locale ou dans les conversations. L'un d'entre eux, destiné à expliquer les raisons d'un ressenti négatif quant à la sécurité sanitaire sur l'archipel, nous a paru particulièrement significatif.

« Trop de voitures, pollution et manque d'exercice (.....) ; mauvaise alimentation, produits importés pas toujours très frais, pas toujours bien contrôlés, pas toujours assez variés ; les fumées de l'incinérateur qui portent avec les coups de vents ; le tabac ; l'alcool bien sûr ; mauvais moral ; conditions météorologiques ; le manque de dépistage peut-être faute de moyens ou du manque de sérieux des établissements concernés ou du manque d'information ou d'écoute des patients⁵ ... »

A côté d'éléments que l'on peut qualifier d'universels – voitures, pollution, tabac, alcool – cet inventaire qui tient de l'hypothèse, en contient d'autres qui se rapportent à un espace de vie spécifique dont on perçoit ici le caractère anxiogène. Cependant, ce message discutait d'une surmortalité qui est réelle (figure 3) mais qui n'est peut-être pas aussi importante que la tonalité généralement alarmiste des propos sur la question sanitaire pourrait laisser croire.

¹ Selon l'expression de l'écrivain martiniquais Édouard Glissant - qui l'appliquait à son île natale – reprise par un autre écrivain martiniquais Raphaël Confiant, lors d'une conférence donnée à Fort-de-France le 11 novembre 2005.

² C. Raffestin, 1983, *Introduction à la géographie sociale des frontières*, p. 87-88.

³ Expression employée sur Radio-Canada par le journaliste Sébastien Perron le 24 avril 2003 (www.archives.radio-canada.ca) à propos des conséquences pour Terre-Neuve du moratoire de 1992 sur la pêche à la morue.

⁴ Une liaison maritime saisonnière est assurée entre Saint-Pierre et Fortune, village de la péninsule de Burin situé à environ 300 kilomètres de Saint-Jean de Terre-Neuve. L'essentiel est donc assuré par voie aérienne (figure 1).

⁵ Message du 28/01/03 –<http://grandcolombier.com>

Figure 3 : Espérance de vie comparée par genre à la naissance (estimation 2007)

	HOMMES	FEMMES
Saint-Pierre-et-Miquelon	76,2	81,3
France	77,8	82,2

Source : *CIA World Factbook*

Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, ce qui domine à propos de l'offre de soins, c'est bien une insuffisance de la ressource médicale mise sur place à la disposition d'une population qui, si elle est effectivement peu nombreuse, n'en a pas moins besoin d'un point de vue qualitatif d'une réponse sanitaire que l'on peut qualifier de standard, et dont on peut en tout cas estimer qu'elle ne doit pas être inférieure à celle destinée à une population plus importante.

Situé à Saint-Pierre, le Centre Hospitalier François Dunan constitue le principal élément du dispositif sanitaire sur l'archipel. Outre l'établissement principal (figure 4), Il est complété à Saint-Pierre par une maison de retraite, un centre de long séjour et un service de soins infirmiers à domicile, ainsi qu'à Miquelon par un centre médical constitué d'un médecin généraliste, d'un(e) infirmier(e), d'un(e) aide-soignant(e) et d'un agent hospitalier polyvalent.

Figure 4 : Le Centre Hospitalier François Dunan à Saint-Pierre



CHFD – Saint-Pierre-et-Miquelon

Or le niveau d'équipement et la palette des spécialités qui sont pratiquées dans l'établissement de Saint-Pierre ne sont pas en mesure de garantir une sécurité sanitaire satisfaisante à la population, de l'aveu même d'un représentant de l'administration :

« L'hôpital est vétuste, le matériel est usagé. Il y a le projet d'un nouvel établissement mais il faut bien faire avec ce que l'on a et ceci pour de

nombreuses années encore. A Saint-Pierre-et-Miquelon, on dépense beaucoup pour la santé mais on n'est pas bien soigné⁶ ».

Au moment de cette déclaration, il était question du lancement imminent des procédures de construction d'un nouvel hôpital. On était au début 2002, les travaux devaient alors commencer assez rapidement. Ils ont en fait débuté en septembre 2007. Ce qui fait que la livraison du nouvel établissement devrait avoir lieu vers 2011-2012, mais de l'avis même de responsables locaux, la construction d'un hôpital neuf ne devrait pas remettre en cause la nécessité de faire appel à des intervenants extérieurs.

Pour pallier aux carences de l'offre localisée sur l'archipel, il y a deux types d'intervention extérieure. Le premier consiste à faire venir sur place des médecins spécialistes de métropole qui viennent assurer des consultations, en tout une quarantaine de missions par an (figure 5). Cette solution concerne tout un éventail de spécialités.

Figure 5 : Spécialités assurées par un praticien métropolitain pour le premier trimestre 2006

PÉRIODE	SPÉCIALITÉ
Du 9 au 20 janvier	Ophtalmologie
Du 16 au 27 janvier	O.R.L.
Du 23 au 27 janvier	Pédiatrie - Orthopédie
Du 30 janvier au 10 février	Gastro-entérologie
Du 6 au 10 février	Rhumatologie
Du 13 au 17 février	Endocrinologie
Du 20 février au 3 mars	Ophtalmologie
Du 13 au 17 mars	Allergologie

Source : *L'Écho Des Caps* du 16 au 22 décembre 2005

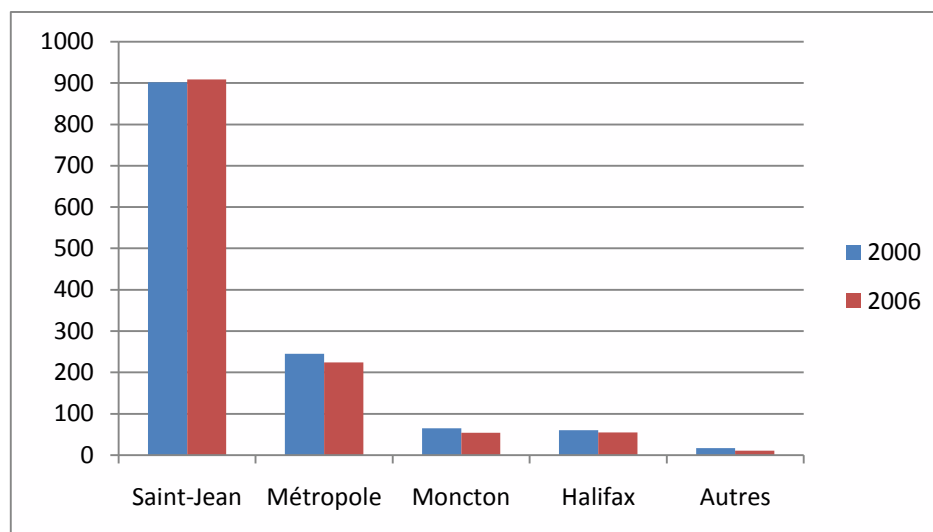
L'autre façon de recourir à des prestataires extérieurs à l'archipel consiste à externaliser le traitement des pathologies, donc à envoyer des patients à l'extérieur de l'archipel. Il existe un dispositif d'évacuation sanitaire dit EVASAN, qui existe également pour d'autres communautés insulaires d'Outre-mer, comme par exemple de Mayotte vers la Réunion ou encore de Nouvelle Calédonie vers l'Australie. Il consiste à prendre en charge les patients en les transportant par voie aérienne vers des établissements avec lesquels l'organisme gestionnaire de la santé, en l'occurrence pour Saint-Pierre-et-Miquelon la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS), a signé des conventions. En 2006, ces évacuations sanitaires ont concerné 1 253 mouvements pour 732 personnes⁷, chiffres à rapprocher du nombre d'admissions au Centre Hospitalier François Dunan qui s'est élevé à 874⁸. Les établissements de destination des EVASAN se répartissent de la façon suivante :

⁶ Entretien avec un responsable de la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) le 5 février 2002. A propos du coût des soins ceux-ci se sont élevés en 2006 à 27 Millions d'Euros, soit un coût par habitant de 4 285 Euros (source : CPS). Ce chiffre est à rapprocher de la moyenne métropolitaine qui s'élève pour la même année à 3 138 Euros (source : Direction des Ressources, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) au Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité).

⁷ Source CPS.

⁸ Source : <http://www.saint-pierre-et-miquelon.pref.gouv.fr>

Figure 6 : Nombre d'EVASAN au départ de St-Pierre-et-Miquelon par destination (2000 et 2006)



Source : CPS

La figure 6 montre que c'est vers Saint-Jean de Terre-Neuve, capitale de la province canadienne de Terre-Neuve-et-Labrador accessible en moins d'une heure d'avion, que l'on est dirigé en priorité. Le suivi des cancers est pour une bonne part du ressort de l'hôpital terre-neuvien puisque les traitements par radiothérapie y sont systématiquement pratiqués, alors que l'application de la chimiothérapie l'est pour une large part⁹. On y pratique également les investigations de type IRM et la plupart des actes chirurgicaux.

Le choix de Terre-Neuve est celui de la proximité spatiale, donc du moindre coût et de la rapidité d'accès. Ces critères l'ont emporté sur l'inclination, explicable ne serait-ce que d'un point de vue linguistique, que peuvent ressentir les habitants de l'archipel pour les foyers francophones du Canada. Il y a bien eu des tentatives d'approches effectuées par des établissements du Nouveau-Brunswick, ainsi que de Gaspésie, à l'est du Québec (figure 1), mais elles n'ont pas abouti.

La barrière de la langue constitue une difficulté quant au recours au *General Hospital Leonard A. Miller* de Saint-Jean de Terre-Neuve. Il faut rappeler à cet égard que Terre-Neuve-et-Labrador est la province la plus anglophone du Canada. Pour résoudre ce problème, deux interprètes sont mis à la disposition des soignants canadiens et des patients français. La solution francophone n'a prévalu que pour un domaine bien particulier qui est celui de la psychothérapie. Dans ce cas, les patients sont dirigés vers Moncton, qui est la métropole francophone du Nouveau Brunswick, et même, en élargissant, de tout le Canada Atlantique. Les quelques dizaines de patients envoyés à Halifax prennent la direction du centre hospitalier de la capitale de la Nouvelle-Écosse – le mieux équipé du Canada atlantique – afin de se soumettre à certains traitements très spécialisés. La métropole, notamment pour les cas les plus complexes, redevient une destination envisageable, ceci à partir du moment où la durée de l'hospitalisation permet en raison du moindre coût du prix de journée en France de compenser le coût du transport aérien. Cette durée d'équilibre est atteinte assez rapidement puisqu'elle est généralement estimée à six jours. Cependant, les patients ont la possibilité d'opter pour Saint-Jean même si l'hospitalisation prévue excède cette durée. En revanche, on ne peut pas choisir la métropole pour une durée plus courte. L'envoi des patients vers la France se répartit pour moitié environ entre Paris et la province¹⁰.

Les retombées pour l'économie terre-neuvienne de cet apport venant de l'archipel français voisin ne sont pas négligeables puisqu'environ trois millions d'Euros sont bon an mal an versés à l'hôpital de Saint-Jean¹¹. On considère par ailleurs qu'une somme *grosso modo* équivalente est injectée dans l'économie de la province

⁹ En 2006, sur 50 malades nécessitant de la chimiothérapie, une quinzaine seulement ont été traités à Saint-Pierre (source CPS).

¹⁰ Institut d'Émission des Départements d'Outre-Mer (IEDOM), 2007, *Saint-Pierre-et-Miquelon en 2006*, p. 105.

¹¹ En 2006, ce sont exactement 3 064 000 Euros qui ont été versés à l'hôpital de Saint-Jean de Terre-Neuve pour un montant total des dépenses engagées à l'extérieur de l'archipel concernant la santé de 6 616 000 Euros (source CPS).

grâce aux dépenses annexes effectuées par les patients de Saint-Pierre-et-Miquelon et leur famille dans le cadre de leurs évacuations sanitaires¹².

Contrairement à Saint-Pierre-et-Miquelon, Jersey dispose des équipements et des prestations permettant d'éviter l'envoi d'un nombre élevé de patients à l'extérieur du territoire.

Pour Jersey, la ressource transfrontalière comme une opportunité d'optimisation des soins

La pièce majeure du système de soins mis en œuvre sur l'île est le *Jersey Public Hospital* situé à Saint-Héliier, capitale de l'île¹³. Il regroupe un ensemble très complet de spécialités médicales qui correspond aussi bien aux besoins en matière de consultations et d'investigations, à la mise en œuvre de traitements à long terme ou à la réponse aux situations d'urgence.

Cette adéquation de l'offre aux besoins est attestée par le nombre de patients dont la pathologie nécessite un transfert à l'extérieur de l'île. Selon des sources certes approximatives mais émanant d'un responsable administratif de la santé aux États de Jersey, on peut estimer à 2 000 le nombre de transferts annuels, impliquant environ un millier de patients. Ces chiffres sont à rapprocher de ceux concernant Saint-Pierre-et-Miquelon. En considérant que l'on retrouve à peu près le même rapport entre le nombre de transferts et le nombre de patients différents soit autour de 2 pour Jersey et très exactement 1,71 pour Saint-Pierre-et-Miquelon, l'île anglo-normande présente un ratio entre le nombre de personnes transférées et le montant de la population totale qui dépasse à peine 1 % alors que sur l'archipel français on peut le situer entre 11 et 12 %¹⁴, ordre de grandeur qui varie peu d'une année sur l'autre (figure 6).

La totalité des patients jersiais externalisés sont dirigés vers la Grande-Bretagne. Les soins qui y sont prodigués s'appliquent des pathologies devant être traitées dans des services hautement spécialisés. Selon le *Health and Social Services Department*, la rhumatologie, la neurochirurgie, la chirurgie pédiatrique et les pathologies les plus complexes dans le domaine de la cardiologie constituent les principales spécialités visées. Les patients sont alors dirigés vers des *National Health Service Trusts* situés dans les régions les plus accessibles notamment par avion que sont la région de Londres et la côte sud de l'Angleterre. Il convient à ce sujet de préciser que l'île de Jersey est intensément branchée sur la Grande-Bretagne, puisque plusieurs dizaines de liaisons sont assurées quotidiennement, dont un nombre qui varie entre 15 et 20 vers l'un ou l'autre des aéroports londoniens¹⁵.

Ce dispositif, unanimement considéré comme satisfaisant, permet d'assurer à la population un niveau de sécurité sanitaire qui ne laisse pas transparaître de dysfonctionnement notoire. Il a cependant été un temps envisagé de recourir à un certain type de prestations offertes par le continent proche. Cette démarche s'appliquait à des pathologies ciblées, dans le domaine des prothèses articulaires, hanches et genoux plus particulièrement, avec pour objectif de diminuer les listes d'attente les concernant. En 2000, une délégation jersiaise a visité deux établissements privés, l'un à Saint-Malo, l'autre à Caen, afin d'étudier la possibilité de signer une convention établissant les règles d'un envoi régulier de patients jersiais vers le continent. Il s'agissait surtout, dans les spécialités médicales évoquées ci-dessus, de rechercher un élément particulier de la qualité de soins déconnecté de toute référence à une prestation pouvant être considérée comme intrinsèquement meilleure. Il n'était pas alors suggéré que l'on puisse être mieux soigné en France, mais bien – et l'on peut tout de même estimer que cet élément fait partie de la notion générale de qualité de soins – de bénéficier de délais sensiblement raccourcis. Par ailleurs, la volonté de ne pas dépendre uniquement du Royaume-Uni est un élément qui a eu tendance au cours de la dernière décennie à se manifester dans d'autres domaines stratégiques comme la fourniture d'électricité, la mise en place des autoroutes de l'information, ou encore de la grande distribution, si l'on se réfère à un dossier en cours de montage. On est dans le cadre de la recherche d'un équilibre subtil dans sa relation et sa dépendance au Royaume-Uni, dans lequel peut venir s'intégrer le recours ponctuel au voisin tout proche. Du côté français, on était plutôt bien disposé par rapport à cette sollicitation. Il faut dire que dans les régions proches et plus particulièrement

¹² Des accompagnateurs sont prévus dans trois cas, à savoir lorsque les patients sont âgés de plus de plus de 70 ans, de moins de 18 ans, ou en cas d'intervention chirurgicale.

¹³ Il existe en outre une vingtaine de cabinets médicaux dont la plupart sont également situés à Saint-Héliier.

¹⁴ En se basant sur l'année 2006 – 732 personnes « évacuées » - on obtient, rapporté à une population de 6 215 personnes, un taux de 11,77 %.

¹⁵ <http://www2.jerseyairport>

dans le Cotentin, on est parfois en ce qui concerne les relations avec les îles Anglo-normandes dans le registre de l'illusion à l'idée de profiter de ce voisinage que l'on peut qualifier de particulièrement solvable. On a pu constater cette disponibilité lorsqu'il a été fait état par exemple d'éventuels investissements ou débordement d'activités financières sur le continent proche. Ces éventualités plutôt fantasmagiques sont désormais relayées par des approches concrètes venant des milieux politiques de l'île, dont celles sur la santé représente un exemple assez caractéristique à la fois de l'intérêt suscitée par les ressources du proche voisinage, mais aussi de la prudence qui est la marque dans tout dossier impliquant un développement des relations avec la France puisqu' en effet la démarche initiée à Jersey n'a pas débouché sur l'envoi de patients insulaires. Selon des représentants jersiais ayant été impliqués dans ce dossier, on peut identifier plusieurs facteurs défavorables à la concrétisation de ce projet qui ont finalement prévalu.

Le problème des liaisons maritimes et aériennes a été l'un d'entre eux, le plus évident peut-être. C'était surtout – et ceci pour les deux modes de transport - un argument très défavorable à Caen dans la mesure où la capitale bas-normande n'a pas de liaisons aériennes stables avec les îles Anglo-Normandes, même si des tentatives pour pallier à cette carence ont été - mais sans succès - périodiquement mises en œuvre. Quant aux liaisons maritimes avec la Normandie, elles étaient à l'époque de la démarche jersiaise dans une phase d'instabilité dont elles ne sont sorties depuis que grâce à la politique volontariste du Conseil général de la Manche qui les a remises sur les rails d'une part en organisant un appel d'offre pour une Délégation de Service Public et d'autre part en finançant l'acquisition de deux Navires à Grande Vitesse. Précisons cependant qu'en l'absence de la concrétisation du projet d'aménagement du port de Granville, la côte ouest du Cotentin, qui fait face aux îles Anglo-normandes ne possède toujours pas l'équipement indispensable au développement de relations substantielles, à savoir un port susceptible d'accueillir des navires de type ferry. Dans les miettes que récupèrent la France dans ses relations commerciales avec Jersey, la quasi totalité revient à Saint-Malo, ce qui est à la fois logique – la liaison maritime est bonne – mais peut paraître paradoxal eu égard aux déclarations d'intention qui à Jersey font souvent référence aux liens historiques entre les Iles Anglo-normandes et la Normandie.

En plus de ce problème de liaisons, la question de l'articulation médico-légale entre les deux pays a contribué à compromettre la finalisation du projet jersiais. Les interrogations insulaires sur la question des éventuels litiges et, dans le même ordre d'idées, la gestion du suivi médical, ont ainsi pesé négativement dans la décision de ne pas donner de suite à la démarche engagée. Comme dans le même temps les autorités sanitaires se sont appliquées à Jersey à traiter la question des délais en améliorant d'un point de vue quantitatif l'offre de soins dans les spécialités en cause, les contacts n'ont pas eu de suite.

Toujours à propos de ces dernières, il pouvait parfois être fait état ici ou là de l'existence d'un courant de patients insulaires qui venaient se faire soigner à titre individuel dans des établissements français relativement proches de leur île. L'écriture de cet article a été l'occasion de vérifier le bien fondé de ces allégations. Dans une large mesure, les investigations effectuées auprès des centres hospitaliers publics ou cliniques privées recensées comme étant susceptibles d'accueillir de tels patients, ne les ont – dans la limite d'une collecte concernant des données qui ne bénéficient pas de la même accessibilité en fonction des établissements - pas confirmées. Ainsi, les statistiques très complètes fournies par le Centre hospitalier de Saint-Malo permettent de constater que sur les années 2004, 2005 et 2006 seulement quatre opérations programmées ont concerné des patients résidents à Jersey. Dans le même temps, 23 personnes de la même provenance ont été traitées en urgence. Au Centre hospitalier de Dinan, situé dans une région où des résidences secondaires occupées par des Anglo-normands sont relativement nombreuses, on relève dix-huit hospitalisations pour des accidents de santé intervenus au cours d'un séjour sur le continent, mais aucune prise en charge n'est relevée au titre d'une intervention programmée. Pour Granville, les valeurs sont encore plus faibles puisque quatre patients seulement sont signalés pour la même période de référence. Signalons que le règlement des soins correspondant à des événements imprévisibles est garanti par un accord de réciprocité signé avec la France en 1979.

Conclusion

Le rapprochement de ces deux exemples d'îles frontière à l'aune de la question de formation d'espaces transfrontaliers de soins permet d'une part de dégager deux points communs et d'autre part de définir deux modèles correspondant à chacun des cas. Dans aucun des deux, on ne se situe dans une logique d'exploitation d'un différentiel transfrontalier en terme de coût. Par ailleurs, la complémentarité qui est ou a

qui été recherchée est à sens unique, de l'espace insulaire vers le continent ou – dans le cas de Saint-Pierre-et-Miquelon - de la grande île. Il n'y a pas de recherche de coopération équilibrée entre voisins. On peut donc évoquer sans surprise à chaque fois un effet insulaire qui oblige à sortir de l'île, avec une intensité très différente puisqu'il est très marqué à Saint-Pierre-et-Miquelon et beaucoup moins à Jersey. On est donc clairement en présence de deux modèles très décalés.

En ce qui concerne Jersey, on est dans l'optimisation, il n'y aucun caractère vital. La motivation est plus sur la qualité que sur une obligation d'externaliser, qui existe certes même si elle est beaucoup moins marquée qu'à Saint-Pierre-et-Miquelon, mais qui se dirige tout naturellement vers la Grande-Bretagne, dont on n'est pas si loin et avec laquelle on est très bien relié. Dans le cas de Jersey, l'effet insulaire étant faible, l'effet frontière l'est également.

A Saint-Pierre-et-Miquelon, c'est la nécessité qui prévaut. Ce n'est pas forcément de gaieté de cœur que l'on va se faire soigner à Terre-Neuve et « tenter d'aller parler Anglais » même si par ailleurs le taux de satisfaction concernant les soins qui y sont prodigués est élevé, de l'ordre de 90%. Car le recours aux prestations sanitaires du pays voisin constitue un élément significatif d'intégration pas particulièrement recherché à Saint-Pierre-et-Miquelon, surtout vis à vis du voisin terre-neuvien, avec lequel les relations ambivalentes que l'archipel français entretient avec le Canada représentent plutôt le versant négatif. Il y a bien ici un fort effet insulaire qui se traduit fatalement par un fort effet frontière.

Bibliographie

FLEURY, C., 2006, *Discontinuités et systèmes spatiaux. La combinaison île/frontière à travers les exemples de Jersey, de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Trinidad*. Thèse de doctorat en Géographie, Université de Caen Basse-Normandie, 824 p.

Institut d'Émission des Départements d'Outre-Mer (IEDOM), 2007, *Saint-Pierre-et-Miquelon en 2006*, Paris, 165 p.

RAFFESTIN, C., 1983, « Introduction à la géographie sociale des frontières », *Espace, Populations, Sociétés*, Lille, n° 1, p. 87-88