

2.

Améliorer l'accès aux soins en outre-mer en proposant des solutions adaptées à chaque territoire

L'accès aux soins est défini, selon l'Organisation mondiale de la santé, comme « la capacité des personnes à recevoir des soins lorsqu'ils sont nécessaires et au bon endroit ».

Il recouvre plusieurs dimensions complémentaires, notamment l'accessibilité physique (offre de soins disponible à une distance raisonnable) et l'accessibilité financière (prise en charge économiquement supportable pour les patients).

La situation des territoires ultramarins en matière d'accès aux soins se caractérise par une diversité et des spécificités géographiques, démographiques et sociales qui les distinguent significativement de la France métropolitaine. Malgré des améliorations en matière de démographie médicale, les outre-mer font en effet face à des difficultés liées à la disponibilité de l'offre de soins et à l'organisation des soins de premier recours, dans un contexte de moyens humains insuffisants et de déficit budgétaire des établissements de santé ultra-marins.

Ces contraintes suscitent toutefois l'émergence de solutions innovantes pour répondre au mieux aux besoins des populations.

Dans son rapport public thématique de 2014, *La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République*, la Cour des comptes alertait déjà sur la nécessité d'une action publique plus cohérente pour renforcer durablement les systèmes de santé ultramarins. C'est dans cette perspective que l'enquête menée conjointement par la Cour et cinq chambres régionales et territoriales des comptes propose une analyse de l'accès aux soins dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie¹.

À la différence des DROM, la Polynésie française² et la Nouvelle-Calédonie³ disposent de compétences propres en matière sanitaire, exercées par les gouvernements locaux. En raison de cette spécificité, les données de santé ne peuvent être recueillies dans ces deux territoires selon les mêmes modalités que sur le reste du territoire national.

Ce chapitre met en lumière, d'une part, les principaux obstacles structurels à une offre de soins équitable et de qualité (I), et, d'autre part, les réponses locales déjà engagées, qu'il s'agit de poursuivre et d'amplifier dans une logique de coordination à la fois territoriale et régionale (II).

1. Les territoires de Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin, Wallis-et-Futuna et Saint-Barthélemy ne sont pas inclus dans le périmètre de cette enquête.

2. Loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française.

3. Loi organique n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie.

Chiffres clés

entre **39** et **174**
praticiens

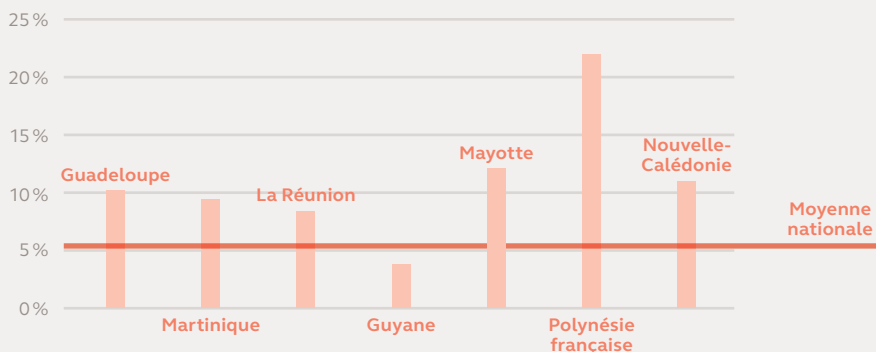
pour 100 000 habitants contre une
moyenne nationale (hors outre-mer)
de 146 au 1^{er} janvier 2025

42 jours

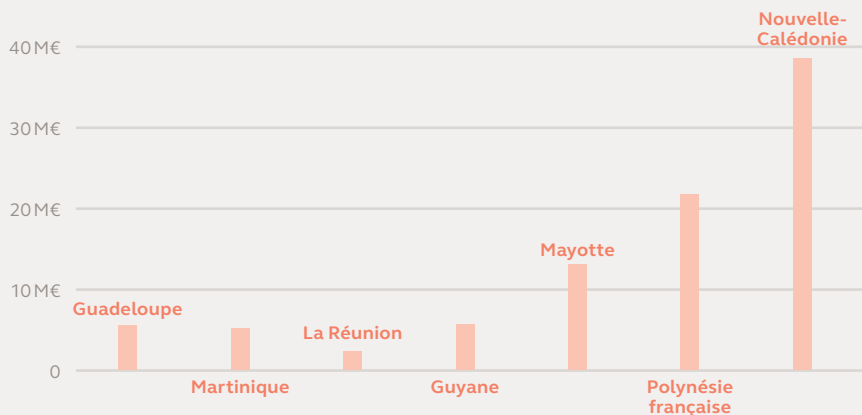
d'attente moyenne
pour une consultation en
cardiologie dans les DROM
(26 jours en métropole)
en 2024



Taux de prévalence du diabète dans les territoires d'outre-mer en 2021



Coût des évacuations sanitaires en 2023



I. Des fragilités persistantes nuisant à l'accès aux soins dans les territoires ultramarins

L'accès aux soins en outre-mer est contraint par la géographie et par des fragilités socio-économiques persistantes (A). Même si les situations sont hétérogènes, l'offre de soins y est globalement insuffisante au regard des besoins (B).

A. Un accès aux soins entravé par l'isolement géographique et la précarité socio-économique

Les territoires ultramarins présentent des contraintes géographiques et socio-économiques spécifiques qui ont une incidence sur l'état de santé des populations.

1. Une géographie contraignante à l'origine d'inégalités et de discontinuité dans les parcours de soins

L'éloignement de la métropole et l'insularité, aggravés par une organisation en archipel pour la Guadeloupe, Mayotte, la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie, accroissent l'isolement des territoires ultramarins. La Polynésie française, avec ses 118 îles, s'étend sur une superficie comparable à celle de l'Union européenne. La Guyane, seul territoire ultramarin de nature continentale, concentre la majorité de sa population sur le littoral, tandis que l'intérieur des terres, couvert à 97 % par la forêt amazonienne, demeure difficilement accessible.

Par ailleurs, l'absence d'un réseau de transports en commun efficace et les congestions routières allongent les délais de prise en charge médicale. Le centre hospitalier de Mayotte (CHM), situé à Mamoudzou, a mis en place plusieurs lignes de bus destinées aux soignants pour effectuer les trajets domicile-travail, révélant le besoin de trouver des solutions à la saturation des réseaux routiers.

2. Des déterminants socio-économiques participant au renoncement aux soins

Des inégalités fortes persistent entre les outre-mer et la France métropolitaine. En 2022, le produit intérieur brut par habitant s'élevait à 38 775 € en moyenne nationale, contre 11 579 € à Mayotte, et 27 179 € en Martinique⁴, par exemple. Au total, en 2023, près de 900 000 personnes vivaient sous le seuil de pauvreté en outre-mer⁵, soit près de 34,6 % de la population ultramarine contre 15,4 % en France métropolitaine. Les territoires ultramarins font également face à des défis liés à la présence de populations clandestines, qui constituent une part

4. Source : séries statistiques de l'INSEE sur le PIB en euros par habitant.

5. Véronique Biaisnaix-Roche, *Dix préconisations pour le pouvoir d'achat en outre-mer*, avis, CESE, délégation aux outre-mer, (2021-2026), 11 octobre 2023.

significative des usagers du système de santé. L'outre-mer regroupe ainsi 10,5 % du total des bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME)⁶, alors que ces territoires représentent 3,2 % du total de la population nationale⁷.

Ces situations de précarité conduisent souvent les populations à renoncer aux soins : à Mayotte et en Guyane, la première cause de renoncement aux soins est l'aspect financier (devant les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous et les difficultés de transport)⁸.

3. Une prévalence de maladies chroniques préoccupante

L'état de santé des populations ultramarines présente des particularités par rapport à la métropole. Il existe ainsi une plus forte prévalence des risques liés à la mortalité maternelle et infantile⁹, à l'obésité et au diabète, aux maladies cardiovasculaires et à certains cancers. En 2021, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement s'élevait en moyenne nationale¹⁰ à 5,4 %, mais atteignait 10,2 % en Guadeloupe¹¹, 11 % en Nouvelle-Calédonie¹² et 22 % en Polynésie française¹³. La survenue de complications graves est également plus fréquente : les hospitalisations de personnes diabétiques pour amputations de membres inférieurs sont respectivement 1,5 et 1,3 fois plus fréquentes en Martinique et à La Réunion qu'en France entière¹⁴.

En matière de santé mentale, les situations sont contrastées avec toutefois une forte prévalence des troubles dépressifs. Ainsi, en 2019, un Antillais sur six présentait au cours de sa vie des symptômes de dépression (contre un sur dix au niveau national)¹⁵. En 2021, la Guyane était la région française avec la plus forte prévalence d'idées suicidaires chez les 18-85 ans (5,4 % contre 4,2 % pour la France entière)¹⁶.

Par ailleurs, les risques environnementaux spécifiques (chlordécone, algues sargasses aux Antilles¹⁷) ainsi que les difficultés d'accès à l'eau potable¹⁸ sur certains territoires ont une incidence négative sur la santé des populations.

6. L'AME ne s'applique pas à Mayotte, en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie.

7. Claude Évin, Patrick Stefanini, *Rapport sur l'aide médicale d'État* à l'intention du ministre de l'intérieur et de l'outre-mer, du ministre de la santé et de la prévention et de la ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé, décembre 2023.

8. DREES, INSEE, *Enquête Santé Drom*, 2019.

9. Cour des comptes, *La politique de périnatalité*, rapport public thématique, mai 2024.

10. La moyenne nationale doit être interprétée avec prudence dans la mesure où elle recouvre des disparités significatives à l'échelle du territoire.

11. S. Fosse-Edorh, C. Lavalette, C. Piffaretti, L. Saboni, P. Bessonneau, L. Mandereau Bruno, et al. *Diabète en outre-mer : comprendre les spécificités locales pour cibler les actions, Caractéristiques, état de santé et recours aux soins des personnes présentant un diabète de type 2 résidant en outre-mer : résultats de l'étude Entred 3*. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2023, (20-21).

12. Source : présidence de l'assemblée de la province Sud de Nouvelle-Calédonie.

13. Source : direction de la santé de Polynésie française.

14. S. Fosse-Edorh, C. Lavalette, C. Piffaretti, L. Saboni, P. Bessonneau, L. Mandereau Bruno, et al. *Diabète en outre-mer : comprendre les spécificités locales pour cibler les actions, Caractéristiques, état de santé et recours aux soins des personnes présentant un diabète de type 2 résidant en outre-mer : résultats de l'étude Entred 3*. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2023, (20-21).

15. DREES, *Enquête santé européenne (EHIS)* – édition 2019 et CRC Guadeloupe, Guyane, Martinique, CH Maurice Despinoy (Département de Martinique), exercices 2020 et suivants, 2025.

16. *Ibid.*

17. CRC Guadeloupe, Guyane, Martinique, *Synthèse régionale sur les collectivités territoriales des Antilles face à la pollution des sargasses*, juin 2025.

18. Cour des comptes, *La gestion de l'eau potable et de l'assainissement en outre-mer*, communication à la commission des finances du Sénat, mars 2025.

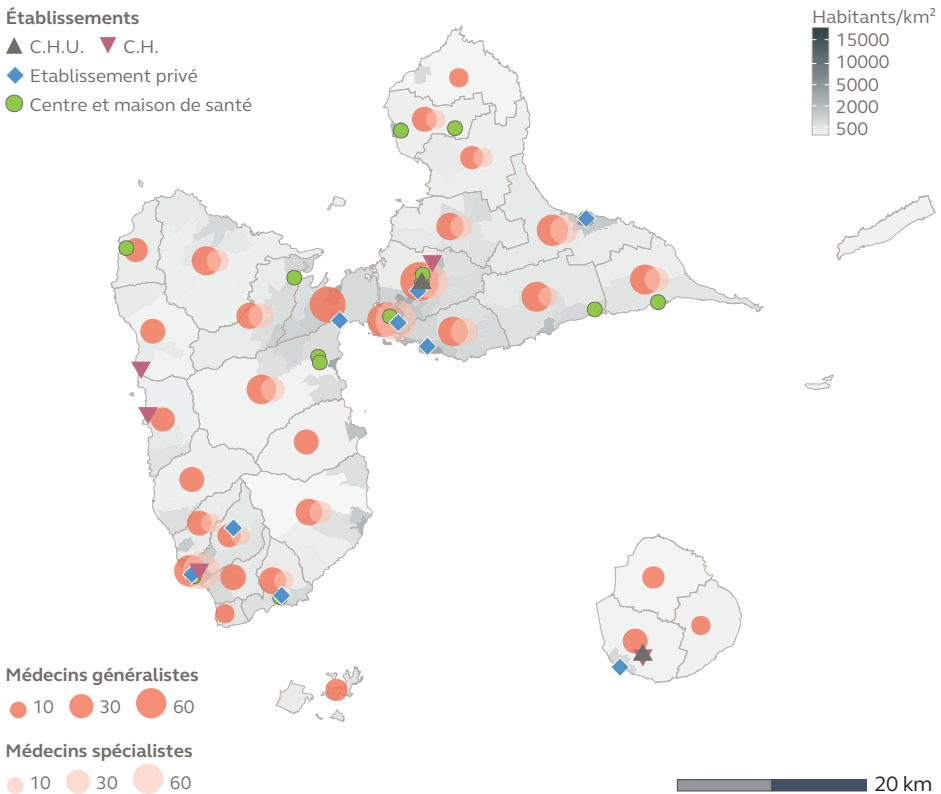
B. Une offre de soins inégalement répartie et globalement insuffisante dans les outre-mer

L'offre de soins est soumise à d'importantes tensions dans les territoires d'outre-mer, résultant notamment de la fragilité de la démographie médicale et des difficultés structurelles rencontrées par les établissements hospitaliers.

Les cartes ci-dessous font état de la répartition de l'offre de soins de ville et hospitalière dans les outre-mer. Elles révèlent une forte hétérogénéité entre ces territoires. En raison du contexte politique et de l'instabilité qui caractérise actuellement l'offre de soins en Nouvelle-Calédonie, les données nécessaires à la réalisation d'une carte n'ont pas pu être recueillies.

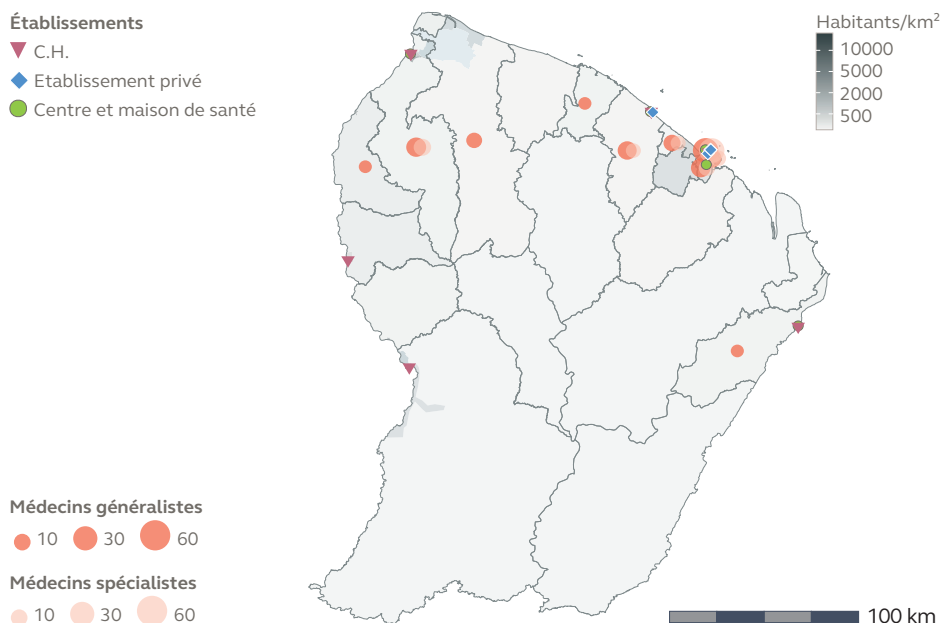
Pour des raisons de lisibilité, ces cartes sont réalisées à des échelles différentes : les proportions ne reflètent donc pas la taille réelle respective de chacun des territoires.

CARTE N° 1 | L'offre de soins en Guadeloupe



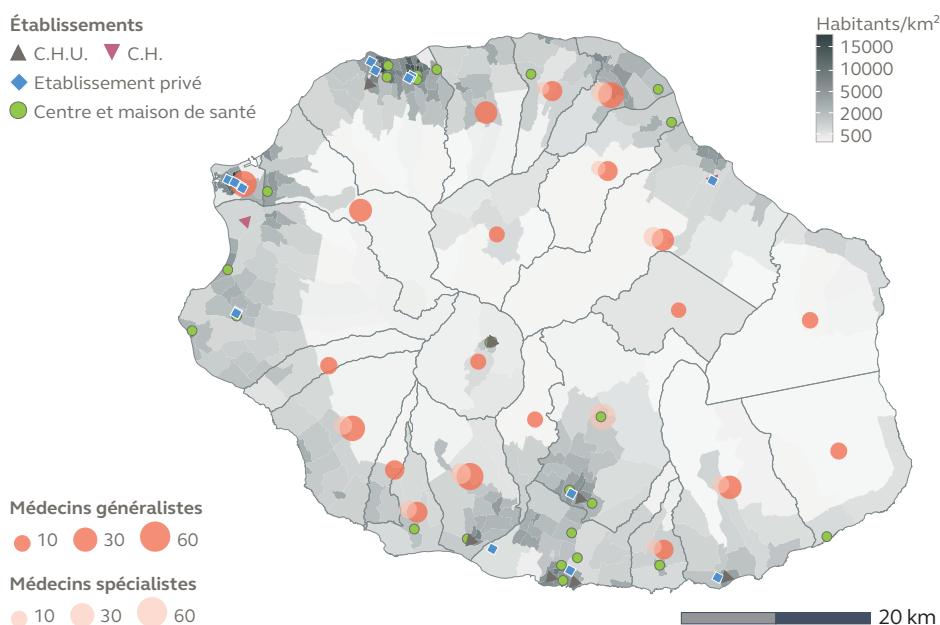
Source : Cour des comptes sur la base du recensement de la population INSEE en 2021 et du référentiel des professionnels de santé (SNDS 2025)

CARTE N° 2 | L'offre de soins en Guyane



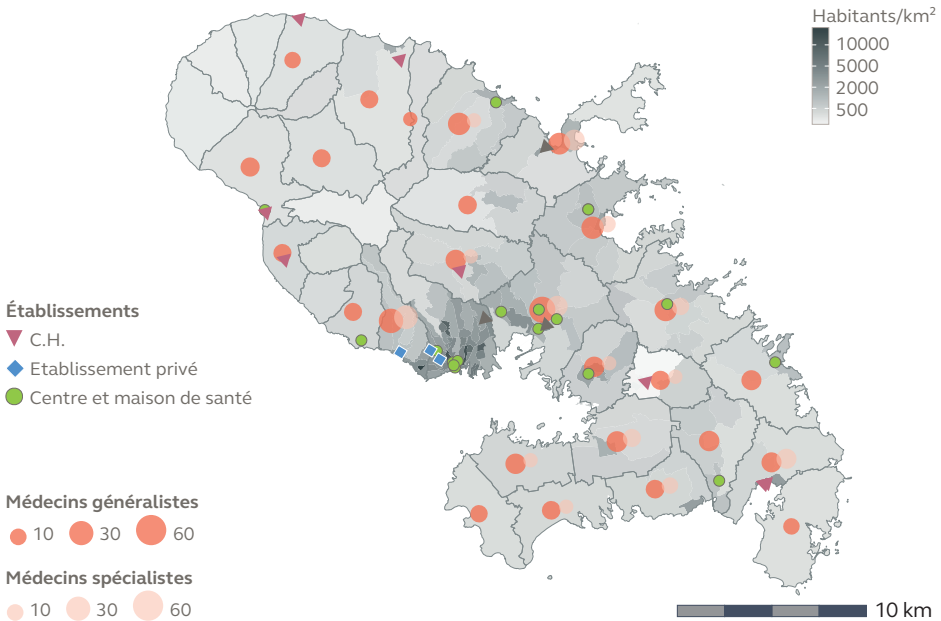
Source : Cour des comptes sur la base du recensement de la population INSEE en 2021 et du référentiel des professionnels de santé (SNDS 2025)

CARTE N° 3 | L'offre de soins à La Réunion



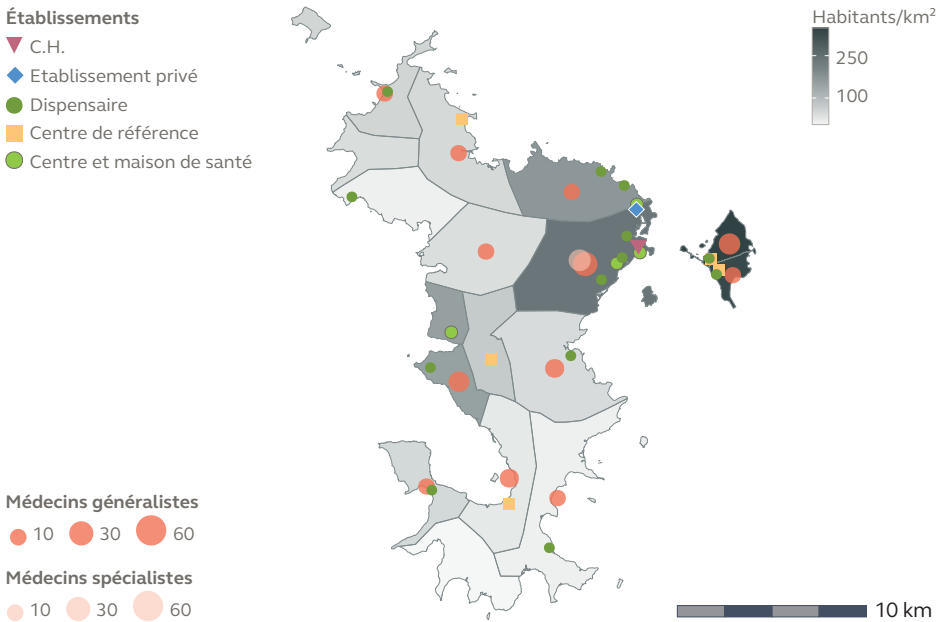
Source : Cour des comptes sur la base du recensement de la population INSEE en 2021 et du référentiel des professionnels de santé (SNDS 2025)

CARTE N° 4 | L'offre de soins en Martinique



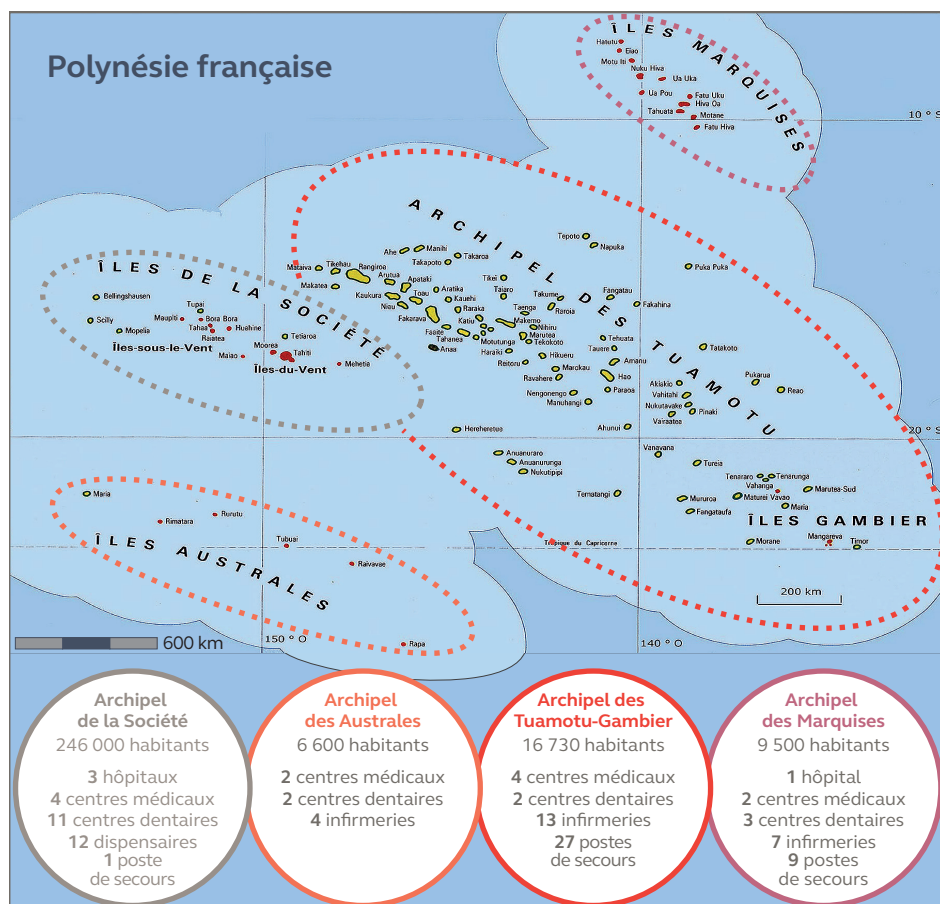
Source : Cour des comptes sur la base du recensement de la population INSEE en 2021 et du référentiel des professionnels de santé (SND5 2025)

CARTE N° 5 | L'offre de soins à Mayotte



Source : Cour des comptes sur la base du recensement de la population INSEE en 2021 et du référentiel des professionnels de santé (SND5 2025)

CARTE N° 6 | L'offre de soins en Polynésie française



Source : Cour des comptes sur la base des données fournies par le gouvernement de Polynésie française

1. Une offre de soins périodiquement désorganisée par des situations de crise spécifiques à l'outre-mer

Les territoires ultramarins sont exposés à un risque sanitaire élevé, en lien avec la prévalence des arboviroses¹⁹. À La Réunion, une épidémie de chikungunya au cours de laquelle plus de 33 000 cas ont été recensés s'est déclarée en 2025. Cette flambée épidémique, la plus importante depuis celle de 2005-2006, a exercé une forte pression sur le système de soins avec une multiplication du nombre de consultations en ville et de passages aux urgences.

Le climat politique et social est également tendu dans plusieurs territoires ultramarins. Les crises récurrentes peuvent se traduire par des violences ou des blocages, synonymes d'insécurité. Les émeutes intervenues au printemps 2024 en Nouvelle-

19. Selon l'Académie nationale de médecine, les arboviroses sont des maladies virales, provoquées par des arbovirus et transmises par la piqure de divers arthropodes dont les moustiques. Les principales arboviroses sont la fièvre jaune et la dengue.

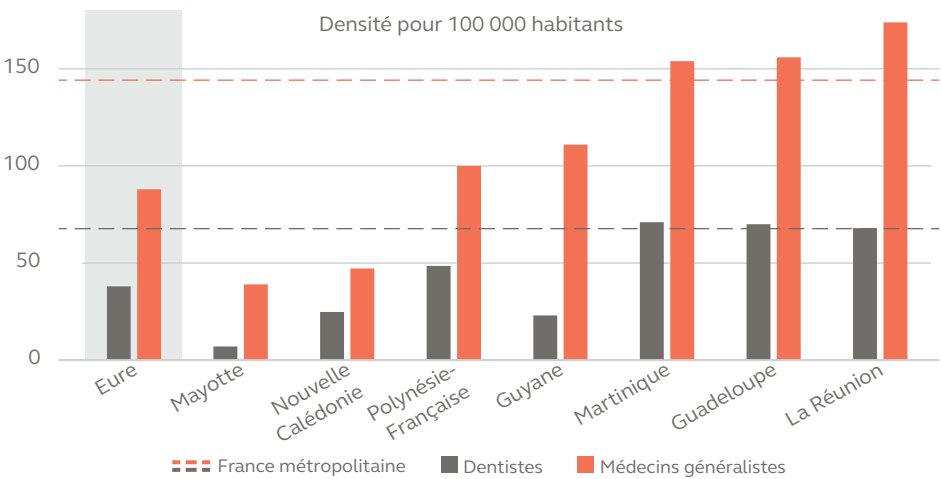
Calédonie ont entraîné des destructions d'entreprises et d'infrastructures publiques notamment. Elles ont également eu une incidence directe sur la démographie médicale locale avec un départ massif de professionnels de santé. En effet, près de 10 % des médecins ont quitté le territoire²⁰, ainsi que de nombreux infirmiers, entraînant la fermeture de services de soins dans les hôpitaux et de cabinets médicaux.

Enfin, les outre-mer sont soumis à une exposition particulièrement élevée aux risques naturels, incluant séismes, cyclones, submersions marines et phénomènes volcaniques²¹. Le cyclone Chido, qui a frappé Mayotte le 14 décembre 2024, a provoqué un bilan humain lourd (au moins 39 décès et plus de 5 000 blessés) et des dommages matériels évalués à 552 M€²². Le cyclone a mis en évidence la vulnérabilité du système de santé local. Le centre hospitalier de Mayotte a subi d'importants dommages matériels (infiltrations d'eau, inondations, effondrement de plafonds), réduisant fortement ses capacités opérationnelles. Un plan de rénovation de cet établissement a été engagé, pour un montant prévisionnel de 244 M€²³.

2. Une offre de soins de ville souvent insuffisante, révélatrice des fragilités du système de santé

Face à une demande en soins de premier recours en hausse, l'analyse de la démographie médicale dans les territoires d'outre-mer révèle une situation contrastée.

GRAPHIQUE N° 1 | Densité médicale des médecins généralistes et chirurgiens-dentistes en outre-mer et dans l'Eure pour 100 000 habitants



Sources : INSEE, professionnels de santé au 1^{er} janvier 2025, CRTC de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie française
Note : le département de l'Eure est le département le moins favorisé de métropole.

20. Selon l'organe de l'ordre des médecins de Nouvelle-Calédonie.
21. Cour des comptes, rapport public annuel 2024, mars 2024 [La prévention des catastrophes naturelles liées au climat en outre-mer](#).
22. France Assureurs, avril 2025.
23. Loi du 11 août 2025 de programmation pour la refondation de Mayotte.

La densité de médecins généralistes outre-mer est comprise entre 39 et 174 praticiens pour 100 000 habitants contre une moyenne nationale, hors DROM, de 146. Deux groupes de territoires sont à considérer : La Réunion, la Guadeloupe, la Martinique et la Polynésie française (pour l'île de Tahiti) ont une densité supérieure à la moyenne métropolitaine, tandis que la Nouvelle-Calédonie, la Guyane et Mayotte ont des densités inférieures. Seules Mayotte et la Nouvelle-Calédonie ont une densité de médecins généralistes inférieure à l'Eure, département métropolitain le moins favorisé, qui compte 88 médecins généralistes pour 100 000 habitants. La proportion de la population sans médecin traitant en 2024 atteint 30 % en Guyane, contre 9 % à La Réunion pour une moyenne nationale de 11 %.

La répartition des spécialistes est également, dans l'ensemble, beaucoup moins favorable dans les outre-mer, mais elle aussi est inégale en fonction des territoires. La Réunion présente des niveaux de densité souvent supérieurs ou proches de la moyenne nationale dans la plupart des spécialités. Elle se démarque des autres territoires notamment en psychiatrie (5,29 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants contre 2,88 en moyenne dans les DROM). À l'opposé, Mayotte se distingue par une situation préoccupante, avec les densités les plus faibles dans presque toutes les spécialités. Elle ne compte même aucun praticien dans plusieurs disciplines essentielles (pédiatrie, psychiatrie).

Par ailleurs, des inégalités de répartition de l'offre de soins peuvent être mises en évidence à l'intérieur d'un territoire donné. En Guyane par exemple, l'offre libérale se concentre dans les villes de Cayenne et de Kourou, au détriment de la zone de Saint-Laurent-du-Maroni et des communes plus isolées de l'ouest guyanais.

Plusieurs dispositifs d'aides financières ont été mis en place au niveau national depuis 2009, dans le but de favoriser l'installation de médecins dans les zones sous-dotées. Malgré une utilisation des aides à l'installation légèrement supérieure à la moyenne nationale²⁴ et un tarif de consultations plus élevé que dans la métropole²⁵, leur impact reste néanmoins limité dans les DROM.

L'analyse de la densité médicale ne suffit pas, à elle seule, pour évaluer l'insuffisance de l'offre médicale libérale sur un territoire donné. L'indicateur de l'accessibilité potentielle localisée (APL), exprimée en nombre de consultations potentielles de médecine générale par an et par habitant, permet d'affiner ce diagnostic. Il agrège, pour chaque commune, les données relatives à la disponibilité des médecins généralistes aux besoins de soins de la population. Il intègre à cet effet non seulement la densité médicale, mais également le niveau d'activité des praticiens (en tenant compte du temps de travail) et la structure démographique des habitants, notamment la part de population âgée, plus consommatrice de soins. En 2023, l'APL s'établissait en moyenne à 3,75 consultations potentielles par

24. Parmi les aides financières utilisées dans les DROM, le contrat d'engagement de service public (CESP) soutient les étudiants en médecine pendant leur formation. Selon la CNAM, entre 2010 et 2023, 298 CESP ont été signés dans les DROM hors Mayotte, soit 7 % des contrats conclus au niveau national, alors que les DROM hors Mayotte ne regroupent qu'environ 2,7 % des professionnels de santé de France.

25. Consultation chez le médecin généraliste à 36 € depuis le 22 décembre 2024 dans les DROM.

habitant et par an en France métropolitaine²⁶. La situation est contrastée dans les territoires ultramarins, avec un indicateur variant de 1,93 consultation potentielle par an et par habitant en Guyane à près de 6 à la Réunion. À titre de comparaison, dans un département comme la Nièvre, qui combine une population vieillissante et une faible densité médicale (environ 115 médecins pour 100 000 habitants), l'APL est estimée à environ 2,7 consultations de médecine générale par an et par habitant.

Ces carences dans l'offre de soins ont des répercussions directes sur l'état de santé des populations. Elles se traduisent notamment par des retards dans les diagnostics, des délais de prise en charge allongés et un renoncement aux soins, en particulier dans des disciplines sensibles. Selon une enquête réalisée en avril 2024²⁷, le temps médian d'attente pour une consultation en cardiologie est de 42 jours en moyenne dans les DROM, contre 26 jours en métropole. Ce différentiel contribue à accentuer les tensions sur les structures hospitalières, contraintes de pallier les insuffisances de la médecine de ville. Ainsi, en 2023, 30 % des passages aux urgences hospitalières en Guyane et 47 % à Mayotte étaient jugés inadaptés contre une moyenne nationale à 17 %²⁸.

3. Un système hospitalier ultramarin en déficit et peu attractif pour les professionnels et les usagers

La fragilité de l'offre de soins de ville fait de l'hôpital le principal point d'entrée dans le parcours de soins, plus encore qu'en métropole. Ainsi, en Guyane, le secteur hospitalier public a développé une organisation spécifique avec la mise en place de centres délocalisés de prévention et de soins, visant à assurer une offre de soins de premier recours dans les zones isolées du centre et de l'ouest du territoire. Les hôpitaux ultramarins sont toutefois caractérisés par une situation financière dégradée et une attractivité insuffisante pour les professionnels de santé. Ces difficultés, conjuguées à une qualité des soins inférieure à celle observée en France métropolitaine, engendrent une défiance des usagers vis-à-vis du système de santé local.

a) Malgré des efforts financiers importants, l'offre hospitalière ultramarine reste globalement inférieure aux standards hexagonaux

Hétérogène, l'offre de soins hospitalière dans les territoires étudiés demeure globalement inférieure à celle observée en métropole, en dépit d'investissements importants.

La Martinique et la Guadeloupe présentent des capacités hospitalières relativement proches de celles des régions hexagonales. À l'inverse, la Guyane et, plus encore, Mayotte, disposent d'un tissu hospitalier sensiblement moins développé et moins diversifié et sont, par exemple, dépourvues d'établissement spécialisé en psychiatrie.

26. Cour des comptes, *Les aides à l'installation versées aux médecins libéraux*, novembre 2025.

27. Emmanuel Vigner, *Cartes de France de l'accès aux soins. Soignants et patients face aux inégalités territoriales*, Fondation Jean Jaurès Éditions, avril 2024. Cette enquête s'appuie sur les données recueillies par Doctolib auprès de 75 000 professionnels de santé.

28. Source : ATIH. L'appréciation du caractère adapté des passages aux urgences est réalisée par les médecins urgentistes selon la classification clinique des malades des urgences.

Les capacités d'hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie²⁹ sont inférieures à la moyenne nationale dans l'ensemble des outre-mer³⁰. En 2023, les écarts varient de - 6 % en Guyane, à - 53 % à Mayotte, dont l'unique hôpital, celui de Mamoudzou, assure l'essentiel de l'offre de soins. Ils atteignent - 10 % en Martinique et à La Réunion³¹.

Des efforts d'investissement ont pourtant été réalisés pour améliorer l'offre hospitalière. En Guadeloupe, plusieurs programmes successifs ont permis de moderniser un parc immobilier hospitalier vétuste. Plus de 400 M€ de travaux et équipements ont été engagés, notamment dans le cadre des plans *Hôpital 2007* et *2012*. La reconstruction du centre hospitalier universitaire (CHU) de Guadeloupe, prévue à échéance 2026, pour mise en conformité parasismique, dont le coût est estimé à plus de 716 M€, est quasi-intégralement financée par l'État.

Malgré ces investissements, la majorité des établissements hospitaliers ultramarins ne disposent pas des marges nécessaires pour financer la rénovation de leur patrimoine ou le renouvellement d'équipements biomédicaux, alors qu'ils sont confrontés à des difficultés majeures de maintenance, liées au vieillissement accéléré des structures dans des climats tropicaux. Le déficit hospitalier cumulé en outre-mer s'est aggravé en 2023, passant de 53,9 M€ en 2022 à 110,6 M€. Il est en grande partie porté par le CHU de la Martinique, passé d'un excédent de 2,5 M€ en 2018 à un déficit de 38,5 M€ en 2023, et par celui de La Réunion, avec un solde négatif de 31,6 M€. Le ministère de la santé a versé, fin 2022, 850 M€ d'aides exceptionnelles d'exploitation à dix établissements hospitaliers ultramarins sur un total national de 1,5 Md€³², soit 57 % de l'enveloppe globale.

Enfin, les indicateurs de qualité des soins révèlent également un écart significatif avec les standards métropolitains établis par la Haute autorité de santé. Alors que seuls 4 % des établissements ont fait l'objet d'un refus de certification³³ en France métropolitaine, ce taux s'élève à 39 % en Guadeloupe et 40 % en Guyane. La Réunion fait exception, avec un taux identique à celui observé au niveau national.

b) Un système hospitalier peu attractif et reposant de plus en plus sur des praticiens étrangers

Les hôpitaux ultramarins sont en grande majorité affectés par un déficit en médecins. Plusieurs dispositifs indemnitaires spécifiques ont pourtant été institués afin de renforcer l'attractivité de la fonction publique hospitalière³⁴ : indemnité de sujétion géographique, indemnité spéciale pour activité outre-mer et indemnité particulière d'exercice à Mayotte. Malgré ces mesures incitatives, les établissements ultramarins demeurent peu attractifs pour les professionnels.

29. Calculées en nombre de lits pour 100 000 habitants.

30. Pour 100 000 habitants.

31. DREES, *Les établissements de santé en 2023*, édition 2025, fiche 9 : Les établissements de santé dans les DROM.

32. Cour des comptes, *La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire*, rapport public thématique, octobre 2023.

33. Une non-certification n'entraîne pas nécessairement une fermeture de l'établissement. Cette décision revient à l'ARS, qui prend en compte les besoins de soins du territoire.

34. Ces dispositifs ne s'appliquent pas en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française.

C'est pourquoi ils recourent de plus en plus massivement à des praticiens hospitaliers diplômés hors de l'Union européenne. Les DROM bénéficient d'une dérogation au droit commun, permettant aux ARS de délivrer une autorisation temporaire de plein exercice à ces médecins, sans exigence préalable de réussite aux épreuves de vérification des connaissances, après examen de leur dossier par une commission territoriale d'autorisation d'exercice. Ces praticiens accèdent ainsi à des fonctions et responsabilités équivalentes à celles de médecins séniors. Dans certains établissements, ils constituent la majorité des effectifs médicaux (60 % en Guyane). Ce recours important est nécessaire pour garantir la continuité des soins mais il soulève la question de l'harmonisation des pratiques cliniques, ces professionnels n'ayant pas été formés selon les mêmes référentiels thérapeutiques ni les mêmes standards de prescriptions que leurs homologues diplômés en France³⁵.

- c) L'absence ou l'insuffisance de certaines filières de soins conduisent à des pertes de chance pour la population

De nombreux patients originaires des territoires ultramarins sont pris en charge ou hospitalisés en métropole. Cette situation résulte, selon les cas, de l'absence de certaines filières de soins dans leur territoire de résidence ou d'un choix délibéré des patients de recourir à une offre de soins extérieure. Ce phénomène, qui ne prend pas en compte les départs pour la métropole réalisés pour des besoins de soins de ville, peut en partie être mesuré par le taux de « fuite hospitalière », qui correspond à la part des hospitalisations réalisées hors du territoire d'origine.

TABLEAU N° 1 | Taux de « fuite hospitalière » dans les DROM

	2022	2023	2024
Guadeloupe	5,3 %	5,7 %	5,6 %
Martinique	5,2 %	6,4 %	6,2 %
Guyane	6,3 %	6 %	6,5 %
La Réunion	1,2 %	1,1 %	1,0 %
Mayotte	9,2 %	10,6 %	12,7 %

Source : données ATIH

Le taux de fuite ci-dessus inclut à la fois les évacuations sanitaires et les départs à l'initiative des patients.

35. INCA, *Organisation de la cancérologie en Martinique*, à l'intention de l'agence régionale de santé, rapport de mission, 20 juin 2024.

Certains territoires métropolitains, par exemple la région Centre-Val-de-Loire (15,3 %), enregistrent certes des taux de fuite supérieurs à ceux observés dans les DROM³⁶. Toutefois, les transferts de patients en provenance des territoires ultramarins vers la métropole ou vers l'étranger s'accompagnent de contraintes organisationnelles et logistiques beaucoup plus lourdes et engendrent, en outre, des coûts sensiblement plus élevés que ceux liés aux prises en charge interrégionales au sein de la métropole.

Les évacuations sanitaires (programmées et urgentes) et les transferts sanitaires (transferts de personnes non hospitalisées) sont des dispositifs qui permettent aux patients de bénéficier de soins indisponibles localement. Le recours aux évacuations sanitaires varie fortement selon les territoires. La Guyane en réalise plus de 2 000 par an pour un coût estimé à près de 6 M€ en 2024. À Mayotte, plus de 1 700 évacuations sanitaires sont réalisées chaque année pour un coût de 13 M€. En Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie, leur coût atteint respectivement environ 21 M€ et 40 M€, liés notamment aux frais de transport.

Lorsque le taux de fuite hospitalière ne s'explique pas par une absence de filière de soins sur un territoire, il constitue un indicateur utile pour évaluer l'attractivité et la notoriété³⁷ des établissements de santé locaux. Il traduit alors un choix des patients, fondé sur la perception de la qualité des soins offerts sur le territoire. Ainsi, en Martinique, ce taux (6,2 % en 2024) est proche de celui de la Guyane (6,5 %) et en progression depuis 2022, alors même que les évacuations sanitaires y sont moins fréquentes. Ce phénomène peut également s'expliquer par des délais de prise en charge incompatibles avec l'état de santé du patient ou encore par la recherche d'une continuité de parcours de soins mieux assurée hors du territoire.

II. Mobiliser les dynamiques locales pour une répartition plus équitable et plus cohérente de l'offre de soins

Le niveau local constitue l'échelon le plus pertinent pour répondre aux spécificités de l'accès aux soins dans les territoires ultramarins (A). Il joue, en particulier, un rôle déterminant dans l'amélioration de l'attractivité pour les professionnels de santé (B) comme dans l'organisation de parcours de soins adaptés aux réalités de terrain (C).

36. À l'inverse des régions Île-de-France et Grand Est par exemple où les taux de fuite inter-régionaux sont respectivement de 2,3 % et 3,2 % en 2024.

37. Christine Gardel, Joël Blondel, Philippe Yvin, Patrice Belmont, *Renforcement de l'offre de soins en Guyane*, Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration, Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche, février 2021.

A. Dépasser les limites du pilotage national en renforçant les dynamiques régionales et locales

La mise en œuvre des politiques de santé en outre-mer relève de l'articulation entre les différents niveaux de territoires : national, régional et local.

1. Un pilotage national insuffisant, privé d'indicateurs fiables et de retour d'expérience sur les stratégies de santé

Les politiques publiques visant à améliorer l'accès aux soins en outre-mer sont limitées par l'absence d'une stratégie partagée, d'objectifs opérationnels clairement définis et d'un dispositif d'évaluation adapté.

a) Un bilan mitigé des politiques de santé outre-mer

L'amélioration de l'accès aux soins par la territorialisation des politiques de santé a été présentée comme une priorité dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui a introduit des mesures spécifiques pour les outre-mer. Comme le recommandait le précédent rapport de la Cour³⁸, la stratégie de santé pour les outre-mer de 2016, élaborée à partir d'un diagnostic partagé et d'une large concertation locale, visait à mieux prendre en compte les spécificités géographiques, épidémiologiques et organisationnelles propres à ces régions. Toutefois, elle n'a pas été dotée d'un budget pluriannuel couvrant l'ensemble des axes identifiés, les fonds alloués ayant été concentrés sur les investissements immobiliers hospitaliers.

La stratégie ultramarine du ministère de la santé a été complétée par le projet *Ma Santé 2022*, qui porte des mesures spécifiques pour l'outre-mer telles que l'adaptation des modes de financement hospitaliers, la création de postes d'assistants médicaux partagés ou le développement de la télésanté pour lutter contre l'isolement. En outre, selon le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, l'ensemble des stratégies nationales intègrerait un volet outre-mer, à l'instar de la stratégie de santé sexuelle 2021-2025. Toutefois, la mise en œuvre de ces engagements est restée partielle : par exemple, seuls 50 des 100 postes d'assistants médicaux prévus pour l'outre-mer ont été ouverts et financés. Par ailleurs, bien que prévu dans la feuille de route du Comité interministériel aux outre-mer de juillet 2023, le *plan cancer outre-mer* n'a pas encore été mis en œuvre, faute d'arbitrage politique.

b) L'absence de système de suivi et d'évaluation consolidé

Positionnée auprès du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, une délégation à l'outre-mer a été mise en place en 2022 pour coordonner et renforcer l'action des différents ministères sociaux en faveur des territoires ultramarins, afin de mieux répondre à leurs spécificités et de favoriser la mise en place de politiques de santé en adéquation avec celles-ci.

38. Cour des comptes, rapport public thématique, juin 2014, [*La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République*](#).

Ni le ministère chargé de la santé ni le ministère des outre-mer ne disposent cependant des données permettant d'évaluer précisément les résultats des politiques de santé publique dans chacun de ces territoires. Cette carence avait déjà été relevée par la Cour en 2014.

2. Une prise en compte insuffisante de l'environnement régional

Les potentialités des dynamiques de bassins régionaux constituées par les zones Antilles-Guyane, Océan Indien, Océan Pacifique, sont réaffirmées avec constance dans les différentes stratégies de santé outre-mer mais les démarches interrégionales restent insuffisamment développées. Les bénéfices associés seraient pourtant nombreux : mutualisation des compétences médicales, renforcement de l'attractivité des établissements, amélioration de la qualité de l'offre de soins et rationalisation des ressources.

Il est, en effet, difficile de maintenir une masse critique d'activité sur des territoires assez faiblement peuplés. À titre d'illustration, l'Académie nationale de médecine recommande la constitution de réseaux de chirurgie cardiaque incluant des centres de proximité pour les actes courants, desservant au minimum 1,3 million d'habitants³⁹. Or, à l'exception de La Réunion, aucun territoire ultramarin ne s'approche de cette échelle démographique, la majorité d'entre eux regroupant moins de 350 000 habitants. Les files actives par spécialité sont donc insuffisantes pour assurer le maintien des compétences professionnelles des médecins ou pour constituer des filières médicales attractives et pérennes.

Le projet *Interreg Caraïbes Cares*⁴⁰, financé à hauteur de 75 % par le Fonds européen de développement régional, illustre la volonté de structurer une offre de santé caribéenne à travers la coopération entre établissements français et les pays membres de l'Organisation des États de la Caraïbe orientale. Ce projet vise à renforcer l'intégration sanitaire régionale, notamment par le biais de parcours de soins transfrontaliers⁴¹. Dans la zone Asie-Pacifique, des projets visant à la création de filières de santé francophones, notamment entre la Nouvelle-Calédonie, le Vietnam et le Cambodge, sont à l'étude.

La création d'instances interrégionales chargées de la coordination de l'action publique en matière de santé dans les bassins ultramarins mériterait d'être envisagée. Ces entités auraient pour mission de favoriser l'émergence de centres référents spécialisés, dotés d'un niveau technique élevé, recrutant sur un bassin élargi à l'échelle régionale (notamment dans des domaines à fortes exigences techniques tels que la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, l'oncopédiatrie ou la médecine périnatale).

39. Alain Pavie, Yves Logeais, Francis Wattel, *La chirurgie cardiaque en 2025*, *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, Volume 200, Issues 8-9, novembre-décembre 2016, pages 1677-1691.

40. CARES : Coopération, Accessibilité aux soins, Référencement des établissements, E-Santé et Systèmes d'information. Le coût total de ce projet est d'environ 5,6 M€.

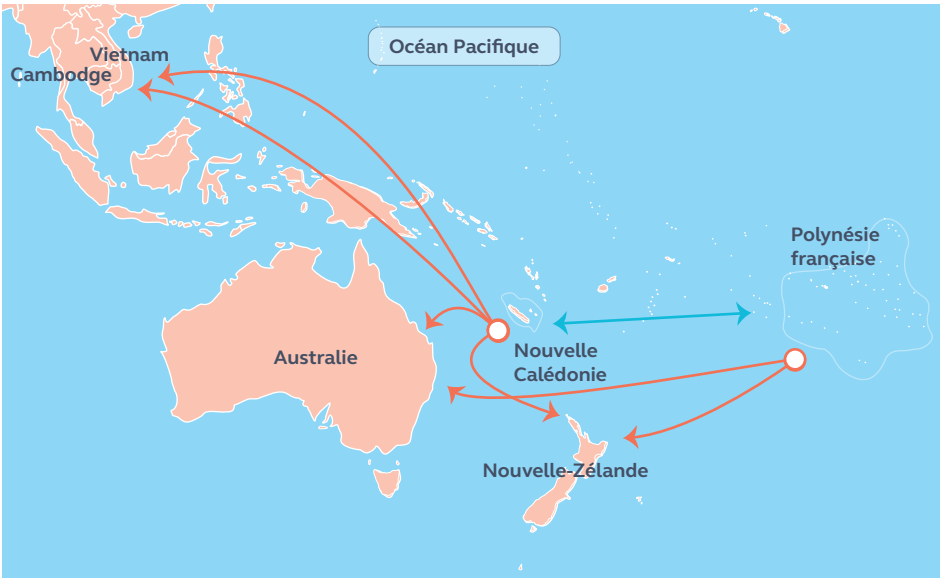
41. *International Care Pathway*.

CARTE N° 7 | Antilles-Guyane



Source : Cour des comptes
Légende : les flèches bleues correspondent aux relations entre les territoires d'outre-mer, les flèches oranges correspondent aux relations internationales au sein des bassins régionaux.

CARTE N° 8 | Océan Pacifique



Source : Cour des comptes
Légende : les flèches bleues correspondent aux relations entre les territoires d'outre-mer, les flèches oranges correspondent aux relations internationales au sein des bassins régionaux.

CARTE N° 9 | Océan Indien



Source : Cour des comptes

Légende : les flèches bleues correspondent aux relations entre les territoires d'outre-mer, les flèches oranges correspondent aux relations internationales au sein des bassins régionaux.

3. Le niveau local, un échelon pertinent mais sous-exploité

Le niveau local est le cadre le plus pertinent pour expérimenter et adapter des solutions aux besoins des populations ultra-marines.

Dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, des expérimentations porteuses ont été réalisées en outre-mer, comme le projet *Chik Tambouye* lancé en Guadeloupe en 2021. Porté par une maison pluriprofessionnelle de santé, il vise à améliorer la prise en charge des douleurs articulaires liées au chikungunya chronique via un parcours de soins régional et pluridisciplinaire. Avec 650 patients et un budget de 2,2 M€, le dispositif a montré son efficacité et pourrait être reproduit dans d'autres territoires ultramarins pour des épidémies similaires (dengue, Zika⁴²). Toutefois, ce type d'expérimentation reste rare : aucune en Martinique ou à La Réunion, une seule en Guyane et deux en Guadeloupe. En effet, les ARS de ces territoires ne disposent pas, à ce jour, d'une ingénierie de projet suffisamment structurée pour accompagner efficacement le déploiement d'expérimentations.

Les directeurs généraux d'ARS ont également la possibilité de prendre des mesures adaptées aux enjeux régionaux sur la base du décret du 7 avril 2023⁴³. Ce texte permet de prendre certaines décisions administratives en dérogeant au

42. Infections virales transmises par des moustiques appartenant à la catégorie des arboviroses.

43. Décret n° 2023-260 du 7 avril 2023 relatif au droit de dérogation du directeur général de l'agence régionale de santé.

cadre réglementaire national. L'ARS Guyane y a, par exemple, eu recours dans le cadre de l'ouverture du service de réanimation du CHU de Guyane⁴⁴, mais cette possibilité reste sous-utilisée à ce jour.

B. Renforcer l'attractivité pour les professionnels de santé : un enjeu de gouvernance locale et de valorisation des carrières sanitaires

Le déficit d'attractivité des territoires ultramarins résulte d'obstacles structurels appelant une action coordonnée des acteurs locaux et une meilleure valorisation des carrières dans le secteur sanitaire.

1. Faire émerger un écosystème attractif par la coordination des acteurs locaux

L'installation durable de professionnels de santé dans les territoires ultramarins se heurte aujourd'hui à plusieurs obstacles structurels : insuffisance des infrastructures de transport, déficit de logements, couverture numérique incomplète, insuffisance de solutions de garde et de scolarisation pour les enfants, ou encore faibles perspectives d'insertion professionnelle pour les conjoints. Ces carences limitent la constitution d'un écosystème favorable à l'installation pérenne des praticiens et à leur intégration familiale. Ainsi, à Mayotte, les médecins du centre hospitalier sont principalement des contractuels présents pour des durées de moins de six mois.

Dans ce contexte, l'intervention des collectivités territoriales constitue un levier important mais encore trop inégalement mobilisé. Certaines initiatives témoignent d'un engagement actif – à l'instar de la région de La Réunion qui soutient les parcours de formation des étudiants en santé par l'attribution de bourses régionales et de la Nouvelle-Calédonie dans son plan de santé *Do-Kamo* associant les collectivités territoriales et les usagers. En Guadeloupe, l'exemple de la maison de santé pluriprofessionnelle du Nord Basse-Terre au Lamentin met *a contrario* en évidence les limites de l'engagement des acteurs locaux : depuis 2016, les professionnels de santé attendent toujours la concrétisation de l'extension de la ligne de transport en commun, pourtant promise lors de l'ouverture de la structure en accord avec la municipalité selon l'union régionale des professionnels de santé-médecins libéraux de Guadeloupe.

Les efforts d'accueil et d'accompagnement des nouveaux arrivants par les ARS se révèlent également déterminants. Les ARS de Martinique et de Guadeloupe ont développé la plateforme *Macasaa* (Ma carrière santé aux Antilles), couplée en Martinique à un service de conciergerie, intitulé *Rimèd* visant à faciliter l'installation des professionnels de santé. Ce dernier dispositif, déployé en 2024, a déjà permis d'attirer 180 professionnels de santé, dont 80 % de médecins exerçant

44. Dérogation à l'article R. 6123-37 du code de la santé publique définissant les modalités d'autorisation des unités de soins critiques.

précédemment en métropole et 57 % de spécialistes. L'accompagnement proposé porte sur les démarches administratives, la recherche de logement, l'ouverture de comptes bancaires ou encore la scolarisation des enfants. Un suivi personnalisé est assuré pendant les six premiers mois suivant l'installation.

Enfin, les dynamiques de projet sont des leviers importants d'attractivité pour les établissements de santé. Dans les territoires ultramarins, plusieurs initiatives illustrent cette orientation, parmi lesquelles la création de l'Institut caribéen de médecine nucléaire en Martinique, ou encore la création du CHU de Guyane, qui suscite de fortes attentes, tant du point de vue de la formation que du recrutement.

Le développement de postes partagés constitue également une solution à la fois pragmatique et incitative, plus stable que les coopérations ponctuelles qui existent déjà sur certains territoires, comme l'intervention régulière des équipes du centre de lutte contre le cancer Léon Bérard de Lyon au centre hospitalier de Saint-Laurent du Maroni en Guyane. Sur le modèle des postes d'assistants partagés⁴⁵, consistant en une répartition équitable de deux années d'exercice entre deux établissements partenaires, ce dispositif présente un double intérêt : il permet une première immersion des jeunes praticiens dans des contextes ultramarins souvent méconnus, tout en favorisant éventuellement à terme leur ancrage professionnel dans ces territoires. Une prise en charge intégrale du financement par les établissements ultramarins pourrait constituer un facteur incitatif pour faciliter l'adhésion de leurs partenaires hexagonaux.

2. Une stratégie territoriale de formation à développer pour renforcer l'attractivité des carrières sanitaires

La promotion des carrières sanitaires constitue un levier de développement stratégique pour les territoires ultramarins. Le taux de chômage des jeunes y demeure sensiblement plus élevé que la moyenne nationale (21 % pour les 15-29 ans), allant de 37,7 % à La Martinique à 46,5 % en Guyane⁴⁶. Dans ce contexte, les actions visant à limiter le taux d'échec en première année de médecine ou à susciter des vocations parmi les jeunes susceptibles d'exercer dans leur territoire d'origine sont justifiées.

À Mayotte, un projet de classe préparatoire à la première année de médecine, en partenariat avec la faculté de médecine de La Réunion, est en cours d'élaboration, avec un suivi des enseignements en visioconférence. L'Institut des études en santé de Mayotte a par ailleurs structuré des dispositifs de soutien à l'entrée dans les formations paramédicales (instituts de formation en soins infirmiers, écoles de puériculture, écoles des infirmiers anesthésistes et des infirmiers de bloc opératoire), en partenariat avec d'autres établissements.

Parallèlement, une dynamique de territorialisation des formations médicales a été amorcée avec l'ouverture du deuxième cycle des études de médecine à La Réunion

45. Le statut d'assistant spécialiste partagé n'existe pas en Polynésie française. Un statut alternatif a été créé par le gouvernement de Polynésie française mais il ne permet pas aux praticiens concernés d'accéder au secteur 2.

46. INSEE, *Formations et emploi, situation des jeunes sur le marché du travail par région*, édition 2025.

et aux Antilles en septembre 2023, s'ajoutant aux cycles déjà existants (premier et troisième cycles). À La Réunion, une capacité initiale de 50 places est prévue, assortie d'une montée en charge progressive. La mise en place du deuxième cycle vise à limiter les mobilités étudiantes vers la métropole et, ce faisant, à renforcer l'ancrage local des futurs praticiens. Ces mesures sont cohérentes avec les constats relatifs à la répartition géographique des médecins généralistes : près de la moitié d'entre eux s'installent à moins de 43 km de leur lieu d'internat, l'autre moitié sur son lieu de naissance⁴⁷. L'augmentation du nombre d'internes reste toutefois conditionnée à la mise en place d'un encadrement senior suffisant, dont l'organisation reste délicate dans un contexte de tensions persistantes sur les effectifs médicaux hospitaliers.

C. Repenser le parcours des patients autour des spécificités de l'outre-mer

Les spécificités de l'outre-mer invitent à repenser le parcours des patients pour favoriser les initiatives « d'aller-vers » et le développement de certaines formes de télémedecine.

1. L'intervention d'équipes mobiles dans les zones les plus isolées des soins

Les démarches dites « d'aller-vers » consistent à déployer des professionnels de santé au plus près des populations peu ou mal couvertes par l'offre de soins, le plus souvent par le biais d'équipes mobiles.

À Mayotte, un « e-medicobus », assure des consultations de médecine générale en téléconsultation, accompagnées de professionnels de santé. Il permet la réalisation d'examens complémentaires (électrocardiogrammes, examens de la rétine) et favorise la prise en charge de pathologies chroniques pour des patients sans médecin traitant ou confrontés à des délais trop importants. En Polynésie française, une offre délocalisée de chimiothérapie a été mise en place à partir de 2018 dans les hôpitaux de Taravao et d'Uturoa. Cette initiative, permettant l'administration ambulatoire de traitements, a bénéficié à plus de 750 patients depuis 2022⁴⁸.

Le secteur associatif occupe également une place déterminante dans ces dispositifs, notamment dans la prise en charge des publics précaires et en rupture de parcours. En Guyane, des équipes mobiles portées par la Croix-Rouge et Médecins du monde interviennent sur le terrain. Le programme *Pass de Ville* à Cayenne et Rémire-Montjoly facilite l'accès aux soins avant l'ouverture des droits, via un accompagnement personnalisé et un accès à un réseau de professionnels pratiquant la dispense d'avance de frais.

47. INSEE, *Les médecins généralistes libéraux s'installent souvent à proximité de leur lieu de naissance ou d'internat*, novembre 2024.

48. Chambre territoriale des comptes de Polynésie française, *La politique de lutte contre le cancer en Polynésie française*, octobre 2024.

L'analyse des dynamiques territoriales met en évidence une avancée différenciée selon les régions. Si les équipes mobiles témoignent d'une adaptation pertinente aux besoins des territoires, leur développement reste inégal, tributaire des ressources locales et des coopérations institutionnelles.

2. Un recours à la télémédecine à renforcer mais entravé par la fracture numérique dans les outre-mer

La structure démographique en outre-mer et l'illectronisme d'une partie des populations⁴⁹ expliquent, en partie, leur quasi absence de recours aux téléconsultations⁵⁰.

En Guadeloupe, sur l'île de Marie-Galante, la télésurveillance permet d'assurer un suivi médical régulier des patients atteints de pathologies cardiaques chroniques ou en situation de dépendance, malgré l'éloignement du centre hospitalier principal. Selon l'ARS, grâce à la transmission sécurisée des données de santé et à la coordination entre médecins, infirmiers et pharmaciens, les complications sont détectées plus tôt, les hospitalisations évitées et le maintien à domicile facilité.

La téléexpertise permet, quant à elle, à un professionnel de santé de solliciter à distance l'avis d'un ou plusieurs confrères spécialisés, sur la base d'informations médicales d'un patient, sans que ce dernier soit présent⁵¹. Cette prise en charge des soins est particulièrement adaptée à la géographie de la Guyane, où de nombreux patients vivent dans des zones difficiles d'accès. Le SAMU guyanais et les centres délocalisés de prévention et de soins, situés dans des zones isolées, ont ainsi développé un dispositif d'assistance médicale à distance reposant sur l'usage de lunettes connectées. Ce système permet au médecin régulateur, basé à Cayenne, de visualiser une intervention à distance et de guider pas à pas l'opérateur, généralement un infirmier en pratiques avancées. Fondée sur une technologie à bas débit, le dispositif présente l'avantage de ne pas être tributaire des disparités de couverture réseau.

En effet, l'implantation de la télémédecine en outre-mer se heurte à des difficultés structurelles, qui limitent son déploiement et son efficacité. L'archipélisation de certains territoires, comme la Polynésie française ou la Guadeloupe, complique considérablement la couverture numérique et l'accès aux outils connectés, en particulier pour les populations vivant sur des îles isolées ou dans des zones rurales reculées. Par ailleurs, la faiblesse des infrastructures numériques, caractérisée par des débits internet insuffisants et une couverture inégale comme en Guyane⁵², freine le développement de solutions de télésurveillance.

49. L'illectronisme est la difficulté à utiliser efficacement les outils numériques.

50. Cour des comptes, *Les téléconsultations*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, avril 2025.

51. Avenant n° 9 à la convention médicale du 1^{er} avril 2022 : généralisation de la téléexpertise à l'ensemble des patients et des professionnels de santé.

52. Cf. chapitre 3 de la deuxième partie, *Se connecter* du présent rapport.

Conclusion et recommandations

Les inégalités d'accès aux soins dans les territoires étudiés témoignent de fragilités structurelles persistantes. La mobilisation des acteurs locaux permet toutefois l'émergence d'initiatives innovantes.

L'analyse menée souligne la nécessité d'amplifier et de pérenniser les réponses locales engagées tout en renforçant l'adaptation des politiques publiques nationales aux spécificités régionales. L'avenir de l'accès aux soins dans les territoires ultramarins dépendra de la poursuite des efforts en matière d'innovation organisationnelle et d'attractivité pour les professionnels de santé.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

1. assurer une collecte et un suivi centralisé des données de santé (offre de soins, épidémiologie) des territoires d'outre-mer et renforcer le pilotage et la mesure de l'efficacité des politiques menées au niveau national comme au niveau territorial (2027, *ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Caisse nationale d'assurance maladie, gouvernement de Polynésie française, provinces et gouvernement de Nouvelle-Calédonie*) ;
2. organiser des filières de postes partagés ou de missions médicales régulières entre établissements ultramarins et métropolitains, sous réserve de la faisabilité financière (2026, *ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, agence régionale de santé de Guadeloupe, Martinique, La Réunion, Mayotte et Guyane, gouvernement de Nouvelle-Calédonie, gouvernement de Polynésie française*) ;
3. développer localement des filières professionnelles dans le domaine sanitaire, adaptées aux spécificités des outre-mer, sous réserve de la faisabilité financière (2026, *ministère de la santé,*

*des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées
ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche,
agence régionale de santé de La Réunion, Guadeloupe,
Martinique, Mayotte et Guyane, gouvernement de Nouvelle-
Calédonie, gouvernement de Polynésie française) ;*

4. *créer des instances inter-régionales ayant pour mission
de favoriser l'émergence de centres référents spécialisés
régionaux (2027, ministère de la santé, des familles,
de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère
de l'Europe et des affaires étrangères, gouvernement
de Nouvelle-Calédonie, gouvernement de Polynésie française) ;*
5. *favoriser pour l'outre-mer le recours aux expérimentations
autorisées dans le cadre du dispositif d'innovation en santé
prévu par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité
sociale pour 2018 (2026, ministère de la santé, des familles,
de l'autonomie et des personnes handicapées) ;*
6. *développer, dans le cadre de la télémédecine et de la
téléexpertise, les consultations de spécialités avancées
afin d'améliorer l'accessibilité aux soins dans les archipels
et zones de brousse (2026, gouvernement de Polynésie
française, provinces et gouvernement de Nouvelle-Calédonie).*

Réponses reçues à la date de la publication

Réponse de la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie
et des personnes handicapées 120

Réponse de la ministre des outre-mer 123

Réponse du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie
(CNAM) 124

Réponse du président de l'Assemblée de la province Nord
de la Nouvelle-Calédonie 126

Réponse de la présidente de l'Assemblée de la province Sud
de la Nouvelle-Calédonie 127

Destinataire n'ayant pas d'observation

Monsieur le président de la Polynésie française

Destinataire n'ayant pas répondu

Monsieur le président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie
Monsieur le président de l'Assemblée de la province des Îles Loyauté
de la Nouvelle-Calédonie

**Réponse de la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes
handicapées**

Par courrier en date du 18 novembre 2025, vous m'avez transmis le chapitre relatif
à « Améliorer l'accès aux soins en outre-mer », destiné à figurer dans le rapport
public annuel 2026 de la Cour des comptes.

Ce chapitre met en effet en lumière les enjeux majeurs, auxquels sont confrontés
les territoires ultramarins en matière d'accès aux soins, qui appellent des réponses
particulières et adaptées aux spécificités territoriales. Il m'apparaît à ce titre
important de souligner en préambule que ces territoires, s'ils partagent certaines
problématiques communes, présentent avant tout des caractéristiques très variées,
qu'elles soient d'ordre géographique, économique, social ou encore culturel.
C'est pourquoi le Gouvernement s'attache à concevoir, en lien étroit avec les élus
locaux, des réponses pragmatiques et en prise directe avec les spécificités de
chaque territoire, tout en maintenant un niveau d'exigence et de qualité des soins
comparable à celui attendu ailleurs en France. Le déploiement de moyens humains
et matériels à Mayotte après le passage du cyclone Chido, la création d'un centre

hospitalier universitaire en Guyane, ou encore les travaux en cours visant à établir une nouvelle convention d'appui entre l'État et la Polynésie française constituent à cet égard autant d'exemples de la diversité des actions qui peuvent être engagées afin de répondre aux problématiques et enjeux identifiés localement.

Vous mettez en exergue dans votre chapitre quelques mesures qui ont pu être déployées dans les territoires ultramarins et souhaitez attirer mon attention sur des points d'amélioration de ces dispositifs. Vos interrogations apparaissent pleinement légitimes, et il m'apparaît important de pouvoir vous apporter quelques précisions sur ces sujets.

S'agissant du recrutement des praticiens à diplômes hors Union européenne (PADHUE), je vous confirme que nous avons fait le choix, dans certains territoires ultramarins fortement déficitaires en ressources médicales, de prévoir des dispositions dérogatoires, en plus des dispositions de droit commun qui s'appliquent également, afin de renforcer les recrutements de praticiens. Ces dispositions spécifiques se déploient dans un cadre réglementé, qui permet à ces praticiens d'être accompagnés afin de garantir une véritable qualité des soins pour les patients.

S'agissant des feuilles de route et autres dispositifs nationaux de prévention et de santé publique, elles sont conçues pour être déployées en France hexagonale comme dans les outre-mer. Par ailleurs, il est à noter que certaines stratégies nationales jugées prioritaires disposent d'un volet ultramarin spécifique.

S'agissant du dispositif des évacuations sanitaires, il me semble important de souligner que cette modalité de prise en charge constitue l'un des maillons de l'organisation des soins des territoires ultramarins, quelquefois nécessaire quand certaines filières de soins ne sauraient être développées au regard des enjeux de qualité et de sécurité des soins sur lesquels nous demeurons particulièrement attentifs.

Il n'en demeure pas moins que l'organisation des soins dans les territoires ultramarins doit pouvoir être conçue dans une logique plurielle, reposant sur :

- le développement des plateaux techniques et la modernisation des infrastructures, qui permettent d'augmenter les capacités de prise en charge des patients au plus près de leur lieu d'habitation. Ces investissements sont fortement soutenus par l'État, qui s'est par exemple engagé ces dernières années dans la reconstruction du CHU de Guadeloupe et l'installation de l'institut caribéen d'imagerie nucléaire en Martinique ;
- l'organisation de missions de coopération inter hospitalière, dont vous recommandez le développement au sein de votre rapport. Le Gouvernement soutient fortement ces pratiques qui s'inscrivent dans une logique de solidarité nationale, telles qu'elles peuvent déjà être organisées aujourd'hui dans certains territoires, comme à Saint-Pierre-et-Miquelon qui accueille chaque année une cinquantaine de missions, et souhaite que celles-ci puissent être renforcées dans les territoires où des besoins sont identifiés ;

- le développement de dispositifs de télémédecine, dont vous soulignez également les opportunités de développement dans votre rapport. Je partage également vos constats et ambitions. Il y a effectivement un enjeu à densifier la couverture numérique qui permettrait d'avoir un déploiement plus large des solutions de télémédecine (téléconsultation, téléexpertise etc.). Il convient néanmoins de maintenir une vigilance particulière sur l'enjeu tout particulier de développer des outils sur la base de filières de soins préalablement définies et de ne pas inverser la logique. Les travaux en cours avec la Polynésie française en vue de l'élaboration d'une prochaine convention d'appui de l'État au Pays intègrent ainsi ces enjeux majeurs ;
- l'organisation d'évacuations sanitaires vers d'autres territoires ultramarins ou vers l'Hexagone, considérant que les options précédentes ne permettraient pas d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des patients. J'ai pleinement conscience des contraintes liées à cette modalité de prise en charge pour les patients et c'est pourquoi un travail est engagé pour améliorer sa fluidité. À ce titre, la création récente d'un guichet unique à Mayotte permettra par exemple d'accroître la lisibilité du dispositif sur le territoire.

Sur la base des différents constats étayés dans votre rapport, vous proposez certaines recommandations qui retiennent toute mon attention, que nous ne manquerons pas d'approfondir.

Comme vous le soulignez, les services centraux doivent pouvoir être considérés comme de véritables soutiens aux acteurs locaux, en mesure d'accompagner ces derniers dans le déploiement des solutions les plus pertinentes, tout en veillant au respect des grands principes de qualité et de sécurité des soins qui doivent prévaloir sur l'ensemble du territoire français. Je note tout particulièrement votre recommandation portant sur les enjeux de développement des coopérations régionales en santé, qui constituent de véritables opportunités dans la construction de parcours de soins avec les pays voisins. Je souhaite attirer votre attention sur les collaborations déjà existantes. La Guyane et les Antilles font partie de la région panaméricaine de la santé (OM PAHO) ce qui a permis notamment l'adhésion de la Guyane à l'initiative mondiale d'élimination du Paludisme E-2025. Plusieurs coopérations bilatérales ont été développées dans le domaine de la santé. C'est le cas avec le Brésil dans le cadre de coopération sanitaire le long de la frontière Guyane-Amapa. Le CHU de Martinique a également signé une convention avec la CARPHA (Agence de santé publique des Caraïbes) pour la mise en commun de données de santé et le développement de programme de recherche et de surveillance des maladies transmissibles. En octobre 2023, le ministère de la Santé a signé une convention avec le ministère du Suriname pour renforcer la coopération visant à éradiquer le paludisme. Il me semble cependant ici important, compte tenu de la complexité du sujet et des enjeux diplomatiques associés, de pouvoir travailler ces enjeux au cas par cas.

Je vous rejoins enfin tout particulièrement sur la nécessité de renforcer l'attractivité pour les professionnels de santé au sein des territoires connaissant les densités les plus faibles. Les déterminants de l'attractivité territoriale sont nombreux, et il

m'apparaît indispensable sur cet aspect de concevoir un large spectre de mesures, intégrant notamment les enjeux de développement de l'offre de formation ou le renforcement des actions de coopération inter hospitalière. L'ouverture ces dernières années du deuxième cycle d'études de médecine aux Antilles-Guyane et à La Réunion et du premier cycle en Guyane, mais aussi la perspective de l'ouverture d'un second institut de formations en soins infirmiers à Mayotte à la prochaine rentrée, devront permettre à davantage de jeunes ultramarins d'engager et poursuivre leurs études au plus près de chez eux et ainsi de favoriser leur installation à l'issue de leur formation sur le territoire. Par ailleurs, le travail engagé à Mayotte au lendemain du passage du cyclone Chido et visant à établir des partenariats durables entre le centre hospitalier de Mayotte et certains établissements réunionnais ou hexagonaux contribuera certainement à améliorer la connaissance et la visibilité d'un territoire où l'exercice de la médecine apparaît tout particulièrement stimulant. Plus largement, il me semble pertinent sur les enjeux d'attractivité dans les territoires ultramarins de porter la réflexion à un niveau interministériel, tenant compte notamment des questions de logement, de sécurité ou encore de déplacement.

Vous remerciant à nouveau pour ce riche travail qui nous permettra très certainement d'enrichir les réflexions que nous portons au sein du ministère de la santé pour améliorer l'accès aux soins dans les territoires ultramarins.

Réponse de la ministre des outre-mer

Par courrier en date du 18 novembre 2025, vous m'avez fait parvenir un chapitre sur « l'accès aux soins en outre-mer » destiné à figurer dans le rapport public annuel 2026 de la Cour des comptes.

Je tiens tout d'abord à saluer l'initiative de la Cour pour la réalisation de cette étude sur l'accès aux soins ainsi que la mise en lumière des territoires ultramarins, dont la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française. Je vous remercie également de la prise en compte de la plupart des remarques formulées par le directeur général des outre-mer sur le relevé d'observations provisoires.

Cependant, je ne peux que regretter que Saint-Pierre et Miquelon et Wallis et Futuna, territoires pour lesquels l'État est compétent en santé, aient été exclus du champ de l'étude.

Enfin, si les recommandations émises n'appellent pas d'observations de ma part sur le fond, je souhaite rappeler l'engagement des acteurs concernés qui, sans attendre cette validation, ont mis en place un certain nombre d'actions en matière de coordination et de renfort en personnels dans les territoires.

Réponse du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

J'ai pris connaissance du chapitre destiné à figurer dans le rapport public annuel 2026 sur l'accès aux soins en outre-mer que vous m'avez transmis.

Je souhaite repartager des éléments exposés dans ma précédente réponse au relevé d'observations provisoires ainsi que des données complémentaires sur les actions initiées et financées par l'assurance maladie en faveur de l'accès aux soins, adaptées aux besoins des territoires ultra-marins et non mentionnées dans le projet de chapitre.

Premièrement, vous soulignez que « l'accès aux soins (est) entravé par l'isolement géographique et la précarité économique » et qu'une réponse à apporter est de favoriser les initiatives « d'aller vers ». Je souhaitais rappeler que les actions de l'assurance maladie, en faveur de l'accès aux droits et aux soins, sont nombreuses et s'inscrivent pleinement dans ce cadre.

Les missions accompagnement en santé, présentes dans toutes les caisses y compris en outremer, accompagnent quotidiennement les assurés en situation de renoncement aux droits et aux soins. Ces accompagnements se sont intensifiés ces deux dernières années, puis qu'ils ont plus que doublé entre 2023 et 2024, le nombre d'accompagnements réalisés est passé de 3 800 à près de 7 000. Par ailleurs, de nombreuses actions ciblées « d'aller vers » ont été organisées, notamment auprès de plus de 850 jeunes, sur la base de diagnostics territoriaux et en lien avec les partenaires du territoire. Une convention est en cours d'élaboration avec le régiment du service médical adapté, permettant de toucher les jeunes sur les sujets d'accès aux droits et prévention (environ 7 000 jeunes sont inclus chaque année). Par ailleurs, un parcours spécifique est déployé pour les personnes en situation de handicap.

Les missions accompagnement en santé ont aussi été mobilisées dans le cadre du plan d'action « zéro patient en ALD sans médecin traitant », lancé en avril 2023, les taux de patients en ALD sans médecin traitant étant particulièrement élevés en Guyane et à Mayotte. Grâce à la mobilisation des caisses, des professionnels de santé et des CPTS, 6 000 patients en ALD dans les DROM ont pu retrouver un médecin traitant.

Dans le domaine de la prévention, et toujours dans une logique « d'aller vers », le dispositif national de déploiement des plateaux téléphoniques d'aller vers prévention a pris en compte la spécificité des DROM pour les campagnes de dépistage des cancers et de la grippe. Il s'agit, par exemple, de l'adaptation de la planification des appels au regard des contextes locaux (notamment épidémiques et organisation des soins, disponibilité des vaccins) et le cas échéant, des scripts d'appels (leviers motivationnels et réponses à objection). Par ailleurs, le dispositif national de financement des actions locales par le FNPEIS permet aux caisses d'outre-mer de développer en coordination avec les acteurs locaux des actions de prévention adaptées aux territoires. Pour l'année 2025, plus de 80 actions ont été financées sur les thématiques de la nutrition et de l'accès physique, la santé sexuelle, la santé environnementale et le dépistage des cancers.

Deuxièmement, vous mentionnez qu'il est nécessaire de faire émerger un écosystème territorial attractif, par la coordination des acteurs locaux. À ce titre, je tiens à souligner qu'il existe des structures d'exercice coordonné, qui ont un rôle particulier dans l'accès aux soins, tant sur le versant prise en charge des patients (médecin traitant, parcours, prévention) que dans l'installation des professionnels de santé.

Ainsi, plus de 88 % de la population de chaque DROM est couvert par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ayant signé l'accord conventionnel interprofessionnel (à l'exception de Mayotte, qui dispose d'une CPTS ayant signé l'accord conventionnel interprofessionnel et une autre en projet). Ces structures contribuent à améliorer l'accès à la santé par différentes actions ciblées, notamment sur le diabète, l'obésité, le trouble du langage et du développement chez l'enfant. À Mayotte, la CPTS contribue à faciliter l'accès à l'IVG, en développant l'offre de soins et en améliorant l'accès à l'information des patientes.

Par ailleurs, le nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles est en forte croissance, notamment en Martinique (83 créées en trois ans). Au-delà des thématiques sur lesquelles elles sont investies et qui sont en cohérence avec les actions des CPTS, elles constituent un modèle attractif à l'installation de l'ensemble des professionnels de santé du territoire et notamment les jeunes médecins.

Enfin, le dispositif des assistants médicaux, que vous mentionnez par ailleurs, constitue un levier important en faveur de l'accès aux soins, en ce qu'il permet de dégager du temps médical. À fin novembre 2025, près de 370 contrats d'aide à l'embauche d'un assistant médical ont été signés dans les DROM, dont une majorité à la Réunion. À Mayotte, presque tous les médecins éligibles y ont recours.

Nous sommes d'accord que l'échelon local est l'échelon pertinent. Vous mentionnez à ce titre une initiative relevant de l'article 51 qui est expérimentée en Guadeloupe, Chik Tambouye. Le comité technique et le conseil stratégique de l'innovation en santé ont rendu un avis défavorable à sa généralisation, en octobre 2025, tout en identifiant plusieurs éléments pertinents, notamment en ce qui concerne la structuration d'une offre de prise en charge de la douleur chronique en ville. Il est à noter que d'autres initiatives, purement régionales (et menées en plus d'expérimentations nationales), sont expérimentées au titre de l'article 51.

Ainsi, 2 autres expérimentations sont en cours en Guadeloupe et Guyane (Ophtalmo Guyane et Pralimap), ce qui démontre l'intérêt pour ces territoires de mettre en place des initiatives innovantes en faveur d'une meilleure prise en charge des patients.

À Mayotte où les indicateurs de santé sont dégradés et l'offre de soins particulièrement tendue, l'assurance maladie et l'agence régionale de santé sont en étroite collaboration pour faire émerger des projets, comme l'installation d'un nouveau mode d'exercice de ville avec des centres de santé ou le développement de la télémedecine avec des services de proximité d'organisation de la télémedecine.

Enfin, et afin de renforcer l'accès aux soins des Mahorais, la CSSM, aux côtés de l'ARS, a contribué activement au déploiement du guichet unique des Evasan programmées (annoncé par le ministre de la santé le 15 mai 2025) et assure son pilotage.

Troisièmement, vous recommandez un renforcement du « pilotage et (de) la mesure de l'efficacité des politiques menées au niveau national comme au niveau territorial » (recommandation n° 1). L'assurance maladie est pleinement engagée dans cette démarche : les territoires ultra-marins, bénéficient, comme l'ensemble du territoire, des actions en faveur de l'accès aux droits et aux soins. Toutefois, une approche spécifique et complémentaire y est déployée, afin d'adapter et d'ajuster les orientations nationales aux réalités locales et de répondre aux besoins particuliers identifiés.

Dans ce cadre, des travaux prospectifs sont en cours. Ils visent, dans un premier temps, à faire un état des lieux de la situation dans les territoires d'outre-mer, notamment des indicateurs de santé et de démographie médicale, afin de déployer une trajectoire pluriannuelle pour améliorer l'état de santé et l'accès aux soins dans les DROM. Ce travail permettra d'identifier et prioriser des actions à fort enjeux, notamment en matière de maladies vectorielles liées aux moustiques, maladies cardiovasculaires et associées (diabète) et santé mentale.

Cette démarche est d'ores et déjà initiée dans le domaine de la prévention, à travers l'élaboration, en interbranches, d'une feuille de route couvrant la période 2023-2027. Ce programme a ainsi permis de partager le diagnostic territorial des DROM, de prioriser les actions locales au regard des enjeux spécifiques de chaque territoire et de différencier dans les propositions ce qui peut être négocié au niveau national et ce qui relève des stratégies locales.

Réponse du président de l'Assemblée de la province Nord de la Nouvelle-Calédonie

Par un courrier en date du 18 novembre 2025, vous me transmettez le chapitre sur l'accès aux soins en outre-mer, destiné à figurer dans le rapport public annuel 2026 de la Cour des comptes.

Sur le point du chapitre « Un recours à la télé médecine à renforcer mais entravé par la fracture numérique dans les outre-mer », je relève qu'aucune référence au développement de cette technologie par la province Nord n'est mentionnée. Aussi, sur ce sujet je souhaite indiquer les points suivants :

- Entre 2022 et 2023, l'ensemble des quatorze (14) centre-médico-social de la collectivité a été équipé du matériel permettant la téléconsultation en médecine générale et pour certains domaines de médecine spécialisée notamment en matériel de base permettant les consultations cardiologiques

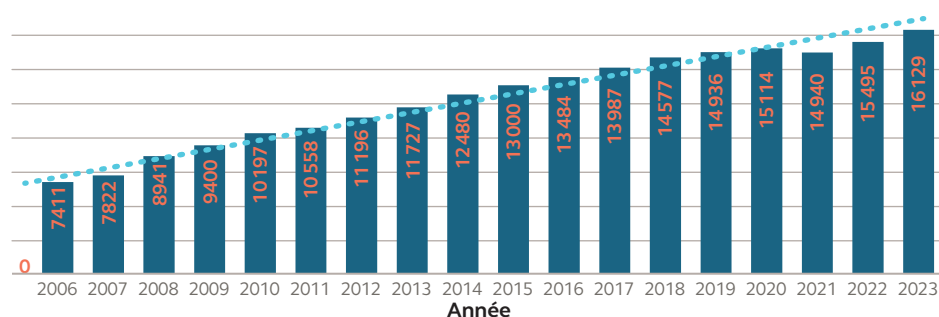
- Sont en cours de déploiement le matériel permettant les consultations ophtalmologiques (fonds de l'œil), les suivis cardiaques spécifiques et le suivi des insuffisances respiratoires.
- Le montant investit par la collectivité dans ce cadre se porte à 57 839 .002 F CFP.
- La moyenne des consultations par voie de télémedecine s'établit entre huit (8) et dix (10) consultations par jour.

Réponse de la présidente de l'Assemblée de la province Sud de la Nouvelle-Calédonie

Comme spécifié dans votre courrier et en application des articles L 143-6 ; R. 143-13 du code des juridictions financières, je vous fais parvenir les avis et précisions apportées au projet de rapport sur l'accès aux soins concernant la province Sud.

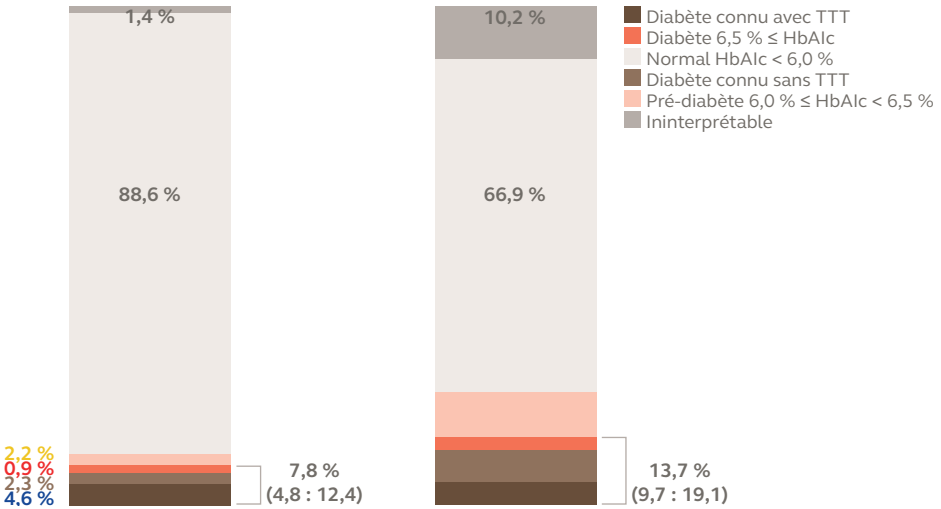
En matière de maladies non-transmissibles, on observe une persistance de l'augmentation du nombre de personnes diabétiques et en situation d'obésité.

GRAPHIQUE N° 2 | 2023 du nombre de diabétiques en LM (CAFAT + ALM)



Les chiffres présentés dans le graphique ci-dessus ne prennent pas en compte les diabétiques sans prise en charge longue maladie, et les patients présentant une intolérance au glucose (pré-diabète).

Il est notable d'observer également la prédominance féminine de ces pathologies.



Le ratio homme/femme est important chez l'adulte : près de 14 % des femmes contre seulement 8% des hommes. ©Baromètre Santé

L'obésité, facteur de risque majeur du diabète, touche les enfants dès l'âge de 6 ans (2 enfants sur 10) pour atteindre des niveaux critiques à l'âge adulte (6,5 adultes sur 10).

Par ailleurs, face au départ massif de soignants, la province Sud a mis en place un dispositif appelé « pack d'attractivité pour les infirmiers » comprenant une participation aux billets d'avion et avantages divers ainsi qu'une aide à l'installation des médecins et dentistes et une aide à l'amélioration de santé pour les professionnels médicaux et paramédicaux.

Sur les 880 médecins inscrits au tableau de l'Ordre toutes spécialités confondues, il reste 340 médecins généralistes en activité totale ou partielle et de nombreuses spécialités en carence chronique (ophtalmologie, hépato gastro entérologie, dermatologie etc.).

Pour pallier le manque de généralistes, la province Sud a employé des praticiens à diplômes hors Union européenne (PADHUE). Sur 23 exerçant en Nouvelle-Calédonie, 3 exercent en province Sud.

La Nouvelle-Calédonie étant compétente en matière de santé, elle a sa propre organisation, qui ne comprend pas d'ARS, mais une commission du gouvernement comprenant des membres du conseil de l'Ordre, des professionnels de santé qui étudie les différentes candidatures et donnent un avis pour autorisation temporaire d'exercice dans leur spécialité jusqu'en décembre 2026.