

La santé dans les Outre-mer

RAPPORTEUR
Éric Leung et Élisabeth Tomé-Gertheinrichs

Sommaire

[La santé dans les Outre-mer]	1
AVIS	5
Introduction	15
I - LES SPÉCIFICITÉS DES QUESTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE EN OUTRE-MER	22
1. Les déterminants de santé et statistiques disponibles	22
2. Des enjeux de santé-environnement spécifiques à chaque territoire	41
3. Les nouvelles « urgences » de santé publique	50
II - L'ACCES AUX SOINS EN OUTRE-MER : DES INVESTISSEMENTS, DES RÉSULTATS...ET ENCORE DU CHEMIN A PARCOURIR	66
1. L'Offre de soins	67
2. Le financement des soins	90
3. Personnels et attractivité	99
4. La démocratie en santé	107
III - LES IMPENSÉS DE LA SANTE EN OUTRE-MER	109
1. Les limites de l'organisation institutionnelle et administrative actuelle	109
2. Prévention des maladies chroniques « épidémiques » sur les territoires	121
3. La place des médecines traditionnelles	127
4. Accompagner l'innovation et la recherche sur les territoires.....	133
5. Promouvoir la diplomatie sanitaire	137
Conclusion	142
ANNEXES	145
N°1 Composition de la Délégation aux Outre-mer à la date du vote	146
N°2 Liste des auditionnés	148
N°3 Un Etat des enjeux de santé territoire par territoire	155
N°4 Bibliographie	174
N°5 Table des sigles	176

Avis

Présenté au nom de la Délégation aux Outre-mer

L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public par [Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. voix et](#) [Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. abstentions](#)

[LA SANTE DANS LES OUTRE-MER]

M. Éric LEUNG et Mme Élisabeth TOME-GERTHEINRICH

Synthèse de l'avis

À travers cet avis, le CESE a souhaité examiner la santé en Outre-mer dans toutes ses dimensions. Seule une approche globale de la santé, prenant en compte : les déterminants de santé, la prévention, l'accès aux soins, l'organisation du système de santé, l'offre de soins, ainsi que leurs dimensions sociales, environnementales et territoriales, permet de saisir les enjeux propres aux Outre-mer. Cette démarche vise à mieux comprendre les réalités sanitaires de ces territoires, à rendre visibles leurs spécificités et à proposer des pistes d'actions très concrètes pour renforcer la cohérence et l'efficacité des politiques publiques. Cette approche intègre également les difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels de santé, une problématique récurrente en Outre-mer qui affecte la continuité des soins, et dont les implications financières sont déterminantes pour l'organisation et l'accessibilité des services.

Le périmètre de l'avis couvre ainsi l'ensemble des enjeux constitutifs d'une politique de santé moderne et inclusive : santé publique et prévention, offre et accès aux soins, démocratie sanitaire, recherche et innovation, coopération régionale et internationale, médecine traditionnelle et diplomatie sanitaire.

Le CESE souhaite ainsi adopter dans cet avis une approche globale de la santé prenant en compte les dimensions sociales, économiques, environnementales et territoriales propres aux Outre-mer.

Le CESE a dressé en annexe de cet avis un état des lieux territorialisé des grands enjeux de santé sur chacun des onze territoires ultramarins. On constate ainsi une forte hétérogénéité de situations sanitaires selon les territoires et au sein même de chacun des territoires. Ces synthèses territoriales s'appuient sur les diagnostics territoriaux des projets de santé élaborés par les Agences régionales de santé et le cas échéant sur les stratégies de santé des gouvernements locaux.

Le CESE a veillé à formuler des préconisations qui se veulent structurantes et transversales à l'ensemble des territoires, et qui devront être adaptées à chacun d'eux compte tenu notamment de leurs enjeux territoriaux et de leurs compétences statutaires propres.

Cet avis s'appuie sur une soixantaine d'auditions et entretiens conduits auprès d'un large éventail d'acteurs couvrant l'ensemble des champs de la santé.

Trois objectifs majeurs ont guidé l'élaboration de cet avis :

- **Rendre visible la situation sanitaire des Outre-mer**, souvent insuffisamment connue, documentée, et prise en compte dans les politiques nationales ;
- **Aborder la santé ultramarine selon une approche systémique**, tenant compte des spécificités géographiques, sociales, culturelles et environnementales de ces territoires ;
- **Proposer un chemin pour améliorer la conception, l'organisation et le déploiement des politiques de santé dans les Outre-mer** en interrogeant aussi bien les déterminants de santé, les nouvelles urgences de santé publique que le financement, l'exercice et la fidélisation des professionnels de santé, les modes de coordination et les leviers d'action pour une meilleure efficacité.

Deux fils conducteurs ont structuré la réflexion :

L'égalité de traitement entre tous les citoyens, principe constitutionnel fondamental, qui suppose un accès effectif et égal à la santé, quels que soient le lieu de résidence ou le statut territorial ;

La solidarité entre les territoires, qui doit inspirer les politiques publiques en favorisant la mutualisation, la coopération et l'innovation partagée au service de l'ensemble des populations ultramarines.

Une conviction forte s'impose : la santé en Outre-mer est un champ majeur à explorer et à repenser. Il y a en Outre-mer des questions tout à fait spécifiques de santé publique. L'environnement naturel, les conditions climatiques, la situation géographique, les risques infectieux, les déterminants socio-économiques et culturels, ou encore les transitions démographiques et épidémiologiques confèrent à chacun des onze territoires ultramarins des caractéristiques propres qui nécessitent des réponses territorialisées.

Les Outre-mer connaissent depuis plusieurs années une défiance croissante de la population envers les institutions sanitaires. Ce phénomène observé notamment pendant la crise sanitaire du Covid 19, mais également suite aux effets du chlordécone aux Antilles, s'inscrit dans un contexte plus large de fragilité structurelle des dispositifs de soins et de perception d'inégalités d'accès persistantes avec l'hexagone. Les établissements de santé ultramarins connaissent aussi régulièrement des pénuries de personnels soignants qualifiés et les personnes qui veulent exercer des métiers de la santé peinent à se former sur place. Enfin, le manque de relais locaux et la faible adaptation des messages de prévention aux réalités des territoires ont contribué à une réception parfois distante aux politiques de santé publique nationales.

Synthèse de l'avis

Pour le CESE, la question de la confiance dans le système de soins est essentielle à renforcer comme pilier fondamental de l'efficacité des politiques publiques de santé en Outre-mer.

La question de l'accès aux soins est pourtant cruciale en Outre-mer. Les inégalités d'équipement, l'éloignement géographique pour accéder à des soins spécialisés, les difficultés de mobilité internes aux territoires, la complexité administrative et parfois les barrières linguistiques ou culturelles et culturelles entravent l'accès effectif aux soins pour de nombreuses populations. Ces obstacles renforcent les disparités et les pertes de chance pour la population. Elles appellent à une réorganisation de l'offre de soins, fondée sur une meilleure prise en compte des besoins du patient et de son environnement, la continuité et la qualité des soins sur les territoires.

Plus qu'ailleurs, les établissements de santé en Outre-mer font face à des difficultés persistantes de recrutement de personnels médicaux, qu'il s'agisse de médecins, de chirurgiens, de sages-femmes ou de personnels paramédicaux qualifiés. Ces difficultés structurelles et multifactorielles compromettent la continuité et la qualité des soins dispensés à la population et fragilisent le fonctionnement des services hospitaliers. Les conditions d'exercice sont souvent perçues comme plus difficiles et la rémunération jugée insuffisante au regard du coût de la vie locale et des contraintes du poste. L'offre de formation médicale et paramédicale demeure limitée, ce qui restreint le vivier local. Les jeunes diplômés issus des Outre-mer formés dans l'hexagone sont souvent peu incités à revenir exercer sur leur territoire d'origine. Face aux difficultés de recrutement, de nombreux établissements hospitaliers recourent à des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) qui assurent une part importante de la continuité des soins dans les spécialités déficitaires, souvent dans des conditions d'exercice précaires. Les enjeux de ressources humaines sont donc fondamentaux dans les réponses à apporter aux besoins de santé en Outre-mer.

L'enjeu d'attractivité des territoires ultramarins pour les professionnels de santé est central.

Enfin, Les travaux du CESE mettent en évidence de profonds « impensés » en matière de santé en Outre-mer. Les auditions ont mis en lumière de nombreux « impensés » dans la manière dont la santé en Outre-mer est pensée et intégrée dans la politique nationale. Ces impensés concernent tant l'organisation de l'offre de soins sur les territoires, que l'attractivité de l'exercice pour les personnels, la prévention, la recherche ou la prise en compte des savoirs et pratiques traditionnels. Ils traduisent avant tout un déficit de vision d'ensemble qui limite la capacité à concevoir une véritable stratégie de santé pour les Outre-mer.

Préconisation 1

Face au manque de statistiques de santé détaillées en Outre-mer, le CESE préconise qu'elles comportent les mêmes données et indicateurs qu'au niveau national. Des conventions doivent être établies entre instituts statistiques nationaux et locaux (ou services de l'État chargés de les établir localement) dans les Collectivités d'Outre-mer et la Nouvelle-Calédonie, afin de pouvoir agréger les données et bénéficier d'une information exhaustive de l'état de santé sur les différents territoires en Outre-mer.

Préconisation 2

Le CESE préconise de faire des enjeux de santé-environnement des priorités des projets régionaux de santé.

Les Plans régionaux santé-environnement (PRSE) doivent être mis à jour dans chacun des DROM (PRSE 4 Guadeloupe-Martinique-Guyane 2021-2025 ; PRSE La Réunion-Mayotte 2022-2026), et des documents de planification équivalents doivent être établis dans les Collectivités d'Outre-mer et en Nouvelle-Calédonie.

Préconisation 3

Le CESE préconise de systématiser dans les Projets régionaux de santé (PRS) une comparaison avec la situation moyenne constatée dans l'hexagone et par région sur : les capacités d'accueil et de prise en charge, équipements en lits ou places ; la présence de toutes les spécialités médicales et en particulier les urgences et la santé mentale ; les équipements médico-techniques.

Le CESE demande aux Agences régionales de santé (ARS) de proposer en face de chaque écart significatif des mesures correctives y compris si celles-ci supposent d'engager une collaboration avec d'autres autorités publiques (Collectivité territoriale, Département...).

Préconisation 4

Le CESE préconise aux établissements de santé et aux entreprises fournisseurs de mettre en place la facturation électronique progressivement dès 2026, sans attendre la fin de la période transitoire. Ce dispositif doit permettre de fluidifier la chaîne facture / service-fait / paiement, de sécuriser la gestion de trésorerie, et ainsi de mieux maîtriser les délais de paiement.

Le CESE préconise une étude visant à systématiser le recours au mandatement d'office en cas de retard de paiement.

Préconisation 5

Le CESE préconise de formaliser le principe de solidarité territoriale sanitaire en engageant contractuellement chaque territoire ultramarin dans une collaboration ou un « partenariat » avec un territoire sanitaire hexagonal. C'est naturellement l'autorité dépositaire de la compétence en matière de santé qui formalise ces relations nouvelles entre territoires de santé hexagonaux et ultramarins avec pour objectif de créer des collaborations sanitaires passant notamment par la mise en place de référents télémedecine, de stages de formation pour les internes, etc.

Préconisation 6

Le CESE préconise au ministère de la Santé de conduire une réflexion globale sur les évacuations sanitaires, territoire par territoire, visant à harmoniser le cadre juridique et les dispositifs logistiques des EVASAN pour garantir une égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire national quel que soit le statut constitutionnel du territoire ultramarin considéré (article 73 de la Constitution, article 74, et Nouvelle-Calédonie).

Le CESE préconise de revaloriser l'enveloppe de la mission d'intérêt général MIG EVASAN, qui est sous-dimensionnée budgétairement, et de l'ouvrir aux Collectivités d'Outre-mer au titre de la solidarité nationale.

Préconisation 7

Le CESE préconise de rétablir une parfaite égalité financière entre les citoyens ultramarins et les citoyens de l'hexagone. Pour cela, il demande à la Cour des comptes de mener une expertise sur les financements des soins en Outre-mer (tarification à l'activité et coefficient géographique).

Sur la base de ces conclusions, le ministère de la Santé devra mener une concertation opérationnelle réunissant l'ensemble des parties prenantes et opérateurs sur ce sujet.

Préconisation 8

Il est essentiel de renforcer l'approvisionnement et l'accès aux médicaments en Outre-mer.

Le CESE demande de donner un caractère prioritaire au fret pharmaceutique dans les Outre-mer, en le classant parmi les transports d'intérêt vital, afin de garantir la régularité des livraisons et la réactivité en cas de crise sanitaire.

Le CESE préconise d'exonérer totalement tous les produits pharmaceutiques et les dispositifs médicaux d'octroi de mer et autres taxes locales, dont la perte de recette fiscale pour les Collectivités territoriales devra être compensée par l'affectation de ressources fiscales existantes, ne pesant pas exclusivement sur les citoyens ultramarins.

Préconisation 9

Le CESE préconise à la DREES de mener une enquête complète sur les restes à charge pour le patient en Outre-mer qui inclura les différents restes à charge, y compris les frais de transport et d'hébergement.

Préconisation 10

Le CESE demande aux Agences régionales de santé, la mise en œuvre d'une gestion prospective de la démographie des soignants, en lien avec les Collectivités territoriales compétentes sur les enjeux de formation et de recrutement. Ce point doit figurer obligatoirement dans les conventions établies par les Agences régionales de Santé au niveau régional.

Le CESE préconise de mettre en place un système de bourses pour financer les études de santé et spécialisations non disponibles sur le territoire en contrepartie d'un engagement de revenir y exercer.

Préconisation 11

Le CESE préconise de fixer des orientations transversales communes aux Outre-mer dans la Stratégie nationale de santé, ainsi que des objectifs spécifiques pour chaque territoire ultramarin. Un budget pluriannuel doit être programmé au regard des priorités retenues, avec une justification de chaque dépense adossée aux axes de cette stratégie. Le contrat sanitaire entre l'État et les organisations locales compétentes devra notamment décliner la mise en œuvre de ces objectifs.

Préconisation 12

Le CESE préconise la création d'un Comité interministériel de santé dans les Outre-mer dont les attributions seraient de donner de l'efficacité et de la cohérence de l'action publique et de renforcer la territorialisation des décisions pour adapter les réponses aux réalités locales, avec la remise d'un rapport annuel au Parlement dont le contenu devra obligatoirement être examiné en commission par les parlementaires.

Préconisation 13

Le CESE préconise de détailler dans les programmes régionaux de santé produits par les Agences régionales de santé : un état des lieux des « urgences » de santé publique et un plan d'action à échéance de 5 ans sur chaque « urgence » (comportant mesures et financement).

Le CESE préconise au ministre de la Santé de confier à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) une mission d'évaluation de l'analyse et la prise en compte

Synthèse de l'avis

des « urgences de santé publique » par les Agences régionales de santé dans les territoires ultramarins.

Préconisation 14

Le CESE préconise d'établir, dans chaque territoire ultramarin, une convention formalisée entre l'État, les collectivités territoriales concernées (DROM et COM) et les établissements de santé publics et privés. Cette convention aura pour objet de définir des objectifs territorialisés de santé publique fondés sur les besoins réels de la population et de préciser les engagements de chacune des parties en matière d'organisation des soins, de prévention, de continuité des parcours et de qualité des prises en charge.

Elle devra également fixer les moyens humains, techniques et financiers mobilisés pour atteindre ces objectifs, dans une perspective pluriannuelle, afin d'assurer la stabilité des politiques engagées et d'adapter leur offre de soins. En outre, cette convention constituera un outil essentiel pour renforcer la coordination entre les acteurs et garantir une gouvernance sanitaire cohérente et partenariale. Elle prévoira les modalités d'évaluation et fera l'objet d'un suivi de mise en œuvre qui engagera les signataires.

Préconisation 15

Le CESE demande au ministère de la Santé d'engager un travail de définition d'un cadre juridique pour la formation universitaire et l'exercice de spécialistes de médecine traditionnelle en Outre-mer. Cette reconnaissance institutionnelle vise à accompagner la complémentarité entre médecine conventionnelle et traditionnelle dans la pratique des soins. Elle a aussi pour objet de garantir tout risque d'exercice illégal de la médecine.

Préconisation 16

Le CESE préconise au Comité interministériel de santé pour les Outre-mer pour le volet Outre-mer de la Stratégie nationale de santé d'une part, et aux Agences régionales de santé pour les projets régionaux de santé d'autre part, d'inscrire des orientations territorialisées sur les priorités de recherche concernant les Outre-mer et un plan d'action faisant apparaître les objectifs et les moyens mobilisés par action sur chacun des territoires.

Préconisation 17

Le CESE préconise au ministère des Affaires étrangères, en collaboration avec le ministère de la Santé, le ministère des Outre-mer et les collectivités territoriales concernées, de créer une plateforme de soutien aux projets de coopération régionale

en santé. Cette plateforme devra assurer la coordination de la dimension internationale des projets et promouvoir l'offre de soins ultramarine, notamment lorsque les investissements sont coûteux et peuvent être solvabilisés à l'échelle des bassins régionaux.

Introduction

La question de la santé en Outre-Mer n'est en apparence pas une question nouvelle et de nombreux travaux lui ont été consacrés.

Le CESE a ainsi présenté en 2009 un avis sur *L'offre de santé dans les collectivités ultramarines*, rapporté par Mme Jacqueline André-Cormier, qui analysait en profondeur la situation sanitaire des onze collectivités françaises d'Outre-mer. Malgré des investissements de l'État et la mise en place de politiques sanitaires ambitieuses, le CESE faisait le constat de fortes inégalités entre l'hexagone et les territoires ultramarins, tant dans l'accès aux soins que dans la qualité de la prévention et la répartition des professionnels de santé.

Le rapport soulignait que la politique de santé y restait encore trop centrée sur le curatif, au détriment de la prévention et de l'éducation à la santé. Les priorités d'action identifiées par le CESE étaient de renforcer la prévention, de développer une politique cohérente de promotion de la santé adaptée aux contextes locaux, avec une attention particulière portée à la jeunesse, à la sexualité, à la nutrition, et aux comportements à risques. Le CESE proposait d'adapter la formation initiale et continue des professionnels de santé aux réalités locales et de renforcer les incitations financières et sociales à l'installation durable. L'avis préconisait de créer et de consolider les observatoires régionaux de santé avec un appui méthodologique, notamment de la DREES, et de les intégrer dans les dispositifs nationaux d'enquête afin d'améliorer la fiabilité et la comparabilité des données de santé. L'avis proposait de favoriser la coopération régionale et internationale : les Outre-mer, situés au carrefour de zones tropicales sensibles, doivent collaborer avec les pays voisins pour la surveillance épidémiologique, la prévention des maladies vectorielles et la gestion des urgences sanitaires. Enfin l'avis proposait de réorganiser la gouvernance sanitaire, de clarifier les compétences entre l'État, les collectivités et les ARS, tout en promouvant une approche territorialisée et participative de la santé publique.

La Cour des comptes a abordé ce sujet il y a plus de 10 ans dans son rapport thématique sur *La santé dans les Outre-mer, une responsabilité de la République*, en juin 2014. La diversité géographique, démographique, économique et institutionnelle des Outre-mer entraîne une variété de problématiques sanitaires, souvent plus aiguës que dans l'hexagone. Si les Antilles (Guadeloupe, Martinique), La Réunion ou encore la Guyane ont réalisé des progrès, ils n'en restent pas moins confrontés à des retards persistants en matière de santé publique¹. Cette diversité

¹ Parmi les difficultés observées par la Cour figurent des taux de mortalité infantile et maternelle plus élevés, une plus grande prévalence des maladies infectieuses (comme la dengue ou le paludisme), ainsi qu'une hausse importante des maladies chroniques, notamment le diabète et l'obésité. Ces maux sont accentués par la précarité économique, l'isolement géographique, la faiblesse des infrastructures et les flux migratoires importants, en particulier en Guyane et à Mayotte.

entraîne la nécessité de politiques de santé adaptées et cohérentes avec les réalités locales².

La Cour insiste sur la nécessité d'une refonte stratégique de l'action publique en matière de santé dans les Outre-mer. Il ne s'agit pas de calquer la politique nationale, mais bien de concevoir une stratégie différenciée pour les Outre-mer, articulant des objectifs communs à la République et une adaptation aux réalités territoriales. Une telle stratégie suppose une mobilisation renforcée de moyens humains. Le vieillissement des médecins, les difficultés de recrutement, la précarité des carrières paramédicales et le coût élevé de la vie freinent l'attractivité des métiers de santé. Il est donc indispensable de renforcer la formation locale, de stabiliser les professionnels en poste et de soutenir les vocations dans les territoires. Parmi les recommandations de la Cour figurent : le rééquilibrage des investissements entre soins de proximité et établissements hospitaliers ; l'amélioration de la gouvernance sanitaire par un pilotage plus cohérent et plus impliqué de l'État ; le ciblage des dépenses de prévention, en particulier sur les jeunes et les populations fragiles ; la révision du Plan santé Outre-mer de 2009, jugé trop flou, sans calendrier ni évaluation.

La Cour des comptes plaide pour une politique de santé publique cohérente, transparente et suivie, qui implique l'ensemble des acteurs (État, collectivités, professionnels, patients). Il s'agit de garantir à tous les citoyens, quelle que soit leur situation, un accès effectif à des soins de qualité, condition essentielle de l'égalité républicaine³.

Les délégations parlementaires aux Outre-mer de l'Assemblée nationale et du Sénat ont produit des rapports concernant des problématiques importantes, mais prises isolément, ou des territoires en particulier. La Délégation aux Outre-mer de l'Assemblée a ainsi réalisé une mission-flash sur *Le coefficient géographique appliqué aux établissements de santé Outre-mer*, en décembre 2023⁴. Un rapport d'information a été déposé par la délégation aux Outre-mer de l'Assemblée sur

² Le système de santé en Outre-mer est confronté à de nombreuses limites organisationnelles, humaines et financières, qui compromettent son efficacité. La prévention, bien qu'annoncée comme un axe prioritaire, reste peu structurée : les actions sont dispersées, mal coordonnées, et trop faiblement dotées en moyens. Les services de protection maternelle et infantile (PMI), comme la médecine scolaire, peinent à remplir leurs missions, particulièrement dans les territoires à forte croissance démographique, comme Mayotte ou la Guyane. La médecine ambulatoire hospitalière, qui devrait représenter un pilier du système, souffre d'un déséquilibre profond entre l'offre de soins et les besoins.

Les professionnels de santé sont inégalement répartis, avec une densité très faible dans certaines zones. Les coopérations interprofessionnelles existent, mais restent insuffisamment développées, entravées par des rigidités statutaires ou une culture du cloisonnement des soins. Face à cela, l'hôpital reste le recours principal pour une large part de la population. Pourtant, les établissements hospitaliers ultramarins subissent d'importantes difficultés : leur gestion est souvent déficiente, tant sur le plan budgétaire que managérial, et la qualité des soins reste inégale d'un établissement à l'autre. La surcharge des urgences témoigne à la fois du manque d'offre en médecine de ville et de l'absence d'un maillage de soins non programmés. Autres fragilités du système : la dépendance excessive à l'égard des évacuations sanitaires vers l'hexagone ou d'autres DROM, faute d'équipements adaptés localement. Les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, comme la chirurgie ambulatoire, la télé médecine ou l'hospitalisation à domicile, sont encore peu développées, alors qu'elles pourraient répondre à une part significative des besoins.

³ Voir également : le Haut Conseil de la santé publique qui a publié un dossier *La santé en Outre-mer*, en juin 2015.

⁴ <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/organes/delegations-comites-offices/dom/missions-de-la-delegation/mi-flash-coefficient-geographique-etablissements-sante#documents>

La drépanocytose, en novembre 2018⁵. Celle-ci a aussi mené une mission flash sur *La situation des CHU de la Guadeloupe et de La Réunion*, en septembre 2019. La Commission des affaires sociales du Sénat a publié un rapport sur *Mayotte : un système de soins en hypertension*, en juillet 2022⁶.

Des missions d'inspections générales interministérielles ont été menées sur les thématiques suivantes : *Renforcement de l'offre de soins en Guyane* (Rapport IGAS / IGA / IGÉSR n° 2020-066R) ; *Evaluation du système de protection sociale et de santé - Appui au gouvernement de la Polynésie française* (IGAS N°2018-104R / IGA N°18074-R / IGF N° 2018-M062-03).

Le CESE tient à souligner l'apport des conseils économiques, sociaux et environnementaux régionaux (CESER) ultramarins et institutions apparentées à cet avis. Les CESER de Mayotte, La Réunion, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Martinique, Guyane et Saint-Barthélemy ont transmis leurs avis et contributions. Les rapporteurs ont eu un entretien avec le Comité consultatif économique et social CCSE de Wallis-et-Futuna. Plusieurs avis et contributions des CESER reflètent des préoccupations communes : améliorer la gouvernance et l'accès à la santé dans les territoires ultramarins à travers une meilleure représentation locale de la société civile dans la gestion du système de santé (ARS) ; une demande d'encadrement rigoureux du recours aux praticiens étrangers ; un renforcement de la prévention et une meilleure coordination des acteurs de santé publique ; et enfin une autonomie accrue des territoires ultramarins dans la définition et la mise en œuvre de leurs politiques sanitaires.

Le CESE s'est appuyé sur l'ensemble de ces rapports (CESE, CESER, Cour des comptes, parlementaires) et constate de fortes convergences en faveur d'une plus forte territorialisation et adaptation des politiques de santé en Outre-mer.

Comment alors expliquer que, malgré les travaux conduits la question de la santé en Outre-mer demeure, sur les territoires ultramarins un sujet de préoccupation et parfois d'inquiétude constantes ?

Il faut d'abord, avant de répondre à cette question rappeler un point important : accéder réellement à une offre de santé et bénéficier des politiques de santé est l'expression, en hexagone comme en territoire d'Outre-mer, de la promesse Républicaine. Car la santé est une question qui interroge deux valeurs fondamentales de la République : l'égalité de traitement des citoyens sur l'ensemble du territoire et la solidarité territoriale. Si le système de santé est défaillant, apparaît mécaniquement, notamment en Outre-mer, la question de la place que l'on reconnaît au citoyen qui doit s'accommoder de ces défaillances. Et donc celle de l'adhésion à un modèle Républicain qui ne tiendrait pas ses engagements. Cette question de la santé en Outre-mer est donc essentielle d'un point de vue politique.

⁵ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/om/l15b1442_rapport-information

⁶ <https://www.senat.fr/notice-rapport/2021/r21-833-notice.html>

Or, aujourd'hui, force est de constater que ce sujet, au plan national, est peu ou mal repéré comme un sujet stratégique. Et ce, malgré un investissement réel et des actions - toutefois très inégales, conduites dans les territoires ultramarins.

À travers cet avis, le CESE a souhaité examiner la santé en Outre-mer dans toutes ses dimensions. Seule une approche globale de la santé, prenant en compte : les déterminants de santé, la prévention, l'accès aux soins, l'organisation du système de santé, l'offre de soins, ainsi que leurs dimensions sociales, environnementales et territoriales, permet de saisir les enjeux propres aux Outre-mer⁷. Cette démarche vise à mieux comprendre les réalités sanitaires de ces territoires, à rendre visibles leurs spécificités et à proposer des pistes d'actions très concrètes pour renforcer la cohérence et l'efficacité des politiques publiques. Cette approche intègre également les difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels de santé, une problématique récurrente en Outre-mer qui affecte la continuité des soins, et dont les implications financières sont déterminantes pour l'organisation et l'accessibilité des services.

Le périmètre de l'avis couvre ainsi l'ensemble des enjeux constitutifs d'une politique de santé moderne et inclusive : santé publique et prévention, offre et accès aux soins, démocratie sanitaire, recherche et innovation, coopération régionale et internationale, médecine traditionnelle et diplomatie sanitaire.

Le CESE souhaite ainsi adopter dans cet avis une approche globale de la santé prenant en compte les dimensions sociales, économiques, environnementales et territoriales propres aux Outre-mer.

La méthode d'analyse retenue par le CESE s'articule autour du triptyque : « ce qui est fait », « ce qu'il faudrait faire » et « comment y parvenir ». L'avis s'appuie sur une démarche structurée, qui combine un état des lieux territorialisé qui fait émerger les grandes problématiques auxquelles sont confrontés ces territoires : prévalence des maladies chroniques, vieillissement de la population, prévention insuffisante, isolement géographique, carences de l'offre de soins localement... La réflexion s'organise en trois temps : « ce qui est fait » : état des lieux précis des dispositifs, politiques et pratiques existants dans les Outre-mer, en s'appuyant sur les données disponibles, les retours d'expérience et les entretiens réalisés ; « ce qu'il faudrait faire » : identification des manques, des freins ou des dysfonctionnements, mais aussi des opportunités d'amélioration ou d'innovation ; « comment y parvenir » :

⁷ Dans sa note de saisine, le Bureau du CESE a souhaité adopter une approche globale de la santé (prévention individuelle et collective, déterminants de santé, accès aux soins) prenant en compte les dimensions sociales, économiques, environnementales et territoriales propres aux Outre-mer. Les thématiques suivantes seront abordées : les évolutions démographiques (vieillesse, natalité, migrations) ; la prévention (nutrition, obésité, addictions, alcool, drogues, vaccination, contraception, grossesses précoces, maladies sexuellement transmissibles) ; les déterminants de santé (facteurs socio-économiques, santé-environnement, chlordécone, accès à l'eau potable et à l'assainissement...) ; les risques spécifiques (recherche médicale, maladies infectieuses et tropicales, chikungunya, dengue, zoonose) ; l'offre de soins (médecine de ville, maillage des hôpitaux et dispensaires, prise en charge des maladies chroniques, équipements matériels lourds, manque de spécialités, télémédecine, évacuations sanitaires, hospitalisation à domicile, médecine traditionnelle) ; le secteur médico-social (protection maternelle et infantile, handicap, autonomie) ; le financement (coefficient géographique de la tarification à l'activité, Assurance maladie et complémentaires santé, aide médicale d'État).

formulation de préconisations opérationnelles, réalistes et adaptées, tenant compte des contraintes locales, institutionnelles et financières. Cette méthode vise à dépasser le simple constat pour proposer une dynamique de transformation, fondée sur l'évaluation des politiques existantes et sur la coconstruction de solutions partagées avec les acteurs locaux et nationaux.

Le CESE a dressé en annexe de cet avis un état des lieux territorialisé des grands enjeux de santé sur chacun des onze territoires ultramarins. On constate ainsi une forte hétérogénéité de situations sanitaires selon les territoires et au sein même de chacun des territoires. Ces synthèses territoriales s'appuient sur les diagnostics territoriaux des projets de santé élaborés par les Agences régionales de santé et le cas échéant sur les stratégies de santé des gouvernements locaux.

Le CESE a veillé à formuler des préconisations qui se veulent structurantes et transversales à l'ensemble des territoires, et qui devront être adaptées à chacun d'eux compte tenu notamment de leurs enjeux territoriaux et de leurs compétences statutaires propres.

Cet avis s'appuie sur une soixantaine d'auditions et entretiens conduits auprès d'un large éventail d'acteurs couvrant l'ensemble des champs de la santé : représentants de l'État, élus des collectivités territoriales, représentants des organisations syndicales de salariés, représentants des médecins libéraux, professionnels de santé, fédérations hospitalières publiques et privées, Agences régionales de santé, établissements hospitaliers, ordres représentants des professions de santé et unions régionales, associations de patients, sociétés savantes et experts médicaux, chercheurs. Cette diversité de points de vue a permis d'enrichir la réflexion et d'ancrer l'analyse dans la réalité vécue des territoires et d'associer pleinement les acteurs aux solutions proposées.

Trois objectifs majeurs ont guidé l'élaboration de cet avis :

Rendre visible la situation sanitaire des Outre-mer, souvent insuffisamment connue, documentée, et prise en compte dans les politiques nationales ;

Aborder la santé ultramarine selon une approche systémique, tenant compte des spécificités géographiques, sociales, culturelles et environnementales de ces territoires ;

Proposer un chemin pour améliorer la conception, l'organisation et le déploiement des politiques de santé dans les Outre-mer en interrogeant aussi bien les déterminants de santé, les nouvelles urgences de santé publique que le financement, l'exercice et la fidélisation des professionnels de santé, les modes de coordination et les leviers d'action pour une meilleure efficacité.

Deux fils conducteurs ont structuré la réflexion :

- **L'égalité de traitement entre tous les citoyens**, principe constitutionnel fondamental, qui suppose un accès effectif et égal à la santé, quels que soient le lieu de résidence ou le statut territorial ;
- **La solidarité entre les territoires**, qui doit inspirer les politiques publiques en favorisant la mutualisation, la coopération et l'innovation partagée au service de l'ensemble des populations ultramarines.

Une conviction forte s'impose : la santé en Outre-mer est un champ majeur à explorer et à repenser. Il y a en Outre-mer des questions tout à fait spécifiques de santé publique. L'environnement naturel, les conditions climatiques, la situation géographique, les risques infectieux, les déterminants socio-économiques et culturels, ou encore les transitions démographiques et épidémiologiques confèrent à chacun des onze territoires ultramarins des caractéristiques propres qui nécessitent des réponses territorialisées.

Les Outre-mer connaissent depuis plusieurs années une défiance croissante de la population envers les institutions sanitaires. Ce phénomène observé notamment pendant la crise sanitaire du Covid 19, mais également suite aux effets du chlordécone aux Antilles, s'inscrit dans un contexte plus large de fragilité structurelle des dispositifs de soins et de perception d'inégalités d'accès persistantes avec l'hexagone. Les établissements de santé ultramarins connaissent aussi régulièrement des pénuries de personnels soignants qualifiés et les personnes qui veulent exercer des métiers de la santé peinent à se former sur place. Enfin, le manque de relais locaux et la faible adaptation des messages de prévention aux réalités des territoires ont contribué à une réception parfois distante aux politiques de santé publique nationales.

Pour le CESE, la question de la confiance dans le système de soins est essentielle à renforcer comme pilier fondamental de l'efficacité des politiques publiques de santé en Outre-mer.

La question de l'accès aux soins est pourtant cruciale en Outre-mer. Les inégalités d'équipement, l'éloignement géographique pour accéder à des soins spécialisés, les difficultés de mobilité internes aux territoires, la complexité administrative et parfois les barrières linguistiques ou culturelles et culturelles entravent l'accès effectif aux soins pour de nombreuses populations. Ces obstacles renforcent les disparités et les pertes de chance pour la population. Elles appellent à une réorganisation de l'offre de soins, fondée sur une meilleure prise en compte des besoins du patient et de son environnement, la continuité et la qualité des soins sur les territoires.

Plus qu'ailleurs, les établissements de santé en Outre-mer font face à des difficultés persistantes de recrutement de personnels médicaux, qu'il s'agisse de médecins, de chirurgiens, de sages-femmes ou de personnels paramédicaux qualifiés. Ces difficultés structurelles et multifactorielles compromettent la continuité

et la qualité des soins dispensés à la population et fragilisent le fonctionnement des services hospitaliers. Les conditions d'exercice sont souvent perçues comme plus difficiles et la rémunération jugée insuffisante au regard du coût de la vie locale et des contraintes du poste. L'offre de formation médicale et paramédicale demeure limitée, ce qui restreint le vivier local. Les jeunes diplômés issus des Outre-mer formés dans l'hexagone sont souvent peu incités à revenir exercer sur leur territoire d'origine. Face aux difficultés de recrutement, de nombreux établissements hospitaliers recourent à des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) qui assurent une part importante de la continuité des soins dans les spécialités déficitaires, souvent dans des conditions d'exercice précaires. Les enjeux de ressources humaines sont donc fondamentaux dans les réponses à apporter aux besoins de santé en Outre-mer.

L'enjeu d'attractivité des territoires ultramarins pour les professionnels de santé est central.

Enfin, les travaux du CESE mettent en évidence de profonds « impensés » en matière de santé en Outre-mer. Les auditions ont mis en lumière de nombreux « impensés » dans la manière dont la santé en Outre-mer est pensée et intégrée dans la politique nationale. Ces impensés concernent tant l'organisation de l'offre de soins sur les territoires, que l'attractivité de l'exercice pour les personnels, la prévention, la recherche ou la prise en compte des savoirs et pratiques traditionnels. Ils traduisent avant tout un déficit de vision d'ensemble qui limite la capacité à concevoir une véritable stratégie de santé pour les Outre-mer.

I - LES SPÉCIFICITÉS DES QUESTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE EN OUTRE-MER

Cette première partie dresse un état des lieux de la santé dans les Outre-mer en s'appuyant sur les indicateurs disponibles et l'analyse des principaux déterminants de santé. Ces déterminants regroupent l'ensemble des facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui influencent la santé des populations, comme les conditions de vie, les comportements, l'accès aux soins ou encore l'environnement. Elle met en évidence des fragilités persistantes, liées à des facteurs démographiques (vieillesse, natalité), socio-économiques (précarité, inégalités) et territoriaux (mobilité, environnement), qui influencent fortement l'état de santé des populations et leur accès aux soins.

1. Les déterminants de santé et statistiques disponibles

1.1. Des indicateurs d'état de santé de la population globalement fragiles

Une espérance de vie à la naissance en progrès. L'espérance de vie à la naissance dans les Outre-mer a fait des progrès considérables depuis 50 ans⁸. La tendance est à la hausse continue de l'espérance de vie à la naissance dans l'ensemble des territoires ultramarins entre 1970 et 2020, suivant une dynamique similaire à celle observée en France hexagonale. Certains territoires comme la Martinique, la Guadeloupe, La Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Pierre-et-Miquelon approchent les niveaux nationaux avec une espérance de vie à la naissance supérieure à 80 ans. A Mayotte, en Guyane, Polynésie française, Nouvelle-Calédonie et à Wallis-et-Futuna, l'espérance de vie reste inférieure, en raison notamment de difficultés d'accès aux soins, à l'eau potable, ou de situations sociales défavorisées. Il faut toutefois souligner que la plupart des territoires Outre-mer connaissent une situation sanitaire meilleure en comparaison avec les pays voisins en situation économique comparable.

⁸ L'espérance de vie à la naissance est l'un des indicateurs de santé les plus fréquemment mobilisés pour décrire de façon synthétique l'état de santé d'une population.

Espérance de vie à la naissance par territoire, en 2022

	Hommes	Femmes
Guadeloupe	76,2	83,5
Martinique	78,6	84,7
Guyane	72,7	80,0
Saint-Martin	77	77
Saint-Barthélemy	79,1	85,1
Saint-Pierre-et-Miquelon	76,6	81,4
La Réunion	76,9	83,3
Mayotte	72,8	73,9
Nouvelle-Calédonie	77,4	80,4
Polynésie française	74,7	79,1
Wallis-et-Futuna	77,6	83,8
Moyenne nationale	80,0	85,6

Sources : INSEE ; ISPF, ISEE, Banque mondiale pour Saint-Martin, données 2022 ou dernière année disponible

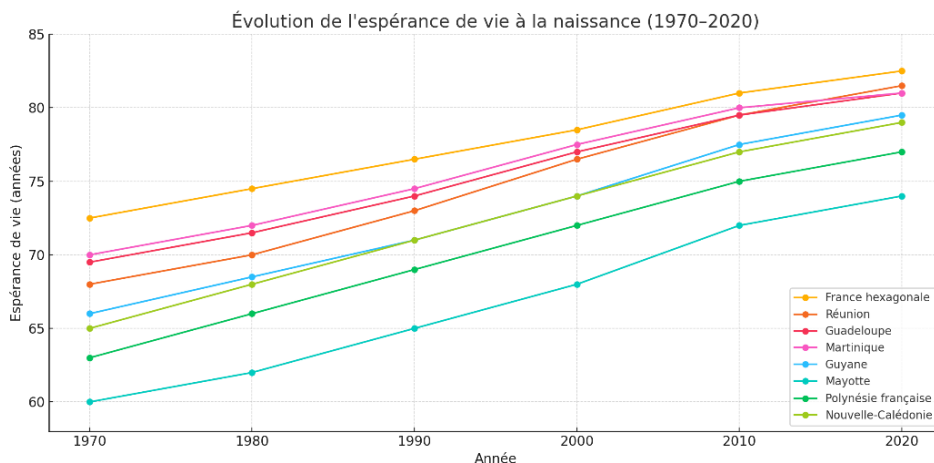
Si l'espérance de vie à la naissance est un indicateur de référence au niveau international pour évaluer l'état de santé d'une population, celui-ci ne suffit pas.

L'espérance de vie est le nombre moyen d'années qu'une personne peut espérer vivre à partir d'un âge donné à la naissance dans des conditions de mortalité observées à un moment donné⁹. L'espérance de vie correspond alors à la moyenne des âges au décès dans cette population.

Le CESE souligne que de nombreuses données de santé ne sont pas disponibles ou pas publiées en Outre-mer.

⁹ On calcule l'espérance de vie à partir des taux de mortalité par âge observés dans une population à partir des registres d'état civil. Ces taux sont utilisés pour construire une table de mortalité qui permet d'estimer combien de personnes survivent à chaque âge.

Evolution de l'espérance de vie à la naissance (1970-2020)



Source : INSEE, ISFP, ISEE

La mortalité reste plus élevée en Martinique et en Guadeloupe qu'au niveau national. De nettes disparités territoriales sont observées. Les taux bruts de mortalité¹⁰ sont de : 10,5 ‰ en Guadeloupe, 10,7 ‰ en Martinique, 4,2 ‰ en Guyane, 6,2 ‰ pour La Réunion, 3,0 ‰ à Mayotte en 2023, et de 3,65 ‰ en Polynésie française, 6,27 ‰ en Nouvelle-Calédonie, 8,2 ‰ à Saint-Pierre-et-Miquelon, 6,3 ‰ à Saint-Barthélemy, Saint-Martin 5,3 ‰ en 2022. En France hexagonale, le taux brut de mortalité en 2023 était de 9,4 décès pour 1 000 habitants. Entre 2019 et 2023, les départements d'Outre-mer ont enregistré une hausse de 10,1 % des décès, soit +1 398 décès supplémentaires. Cette tendance reflète principalement le vieillissement de la population et les effets résiduels de la pandémie de Covid 19¹¹.

D'après l'étude de Santé publique France, de l'Inserm et de la Direction des statistiques du ministère de la Santé (DREES) publiée en juillet 2025, sur des données de 2023, concernant les causes de la mortalité en France, à âge égal la mortalité est plus élevée dans les DROM, qu'au niveau national¹². Le nombre de décès est plus élevé qu'attendu statistiquement dans les DROM, si les conditions de

¹⁰ Le taux brut de mortalité (TBM) est un indicateur démographique qui mesure le nombre de décès survenus dans une population donnée pendant une période déterminée (une année), rapporté à l'effectif total de cette population. Le taux brut de mortalité donne une idée générale de la mortalité dans une population, sans tenir compte de la structure par âge ou sexe. Il permet de comparer globalement la mortalité entre différentes populations ou au sein d'une même population au fil du temps.

¹¹ https://www.insee.fr/fr/statistiques/6959520?sommaire=4487854&utm_source=chatgpt.com

¹² *Causes de décès en France en 2023 : des disparités territoriales*, DREES, Études et Résultats, juillet 2025, n° 1342. Sur le plan méthodologique, les taux de collecte sont très inférieurs dans certains DROM : en 2023, il manque 10 % des volets médicaux en Guyane, 8 % en Martinique et 5 % en Guadeloupe. Dans les DROM (hormis à La Réunion), il y a davantage de décès avec une cause inconnue ou non précisée : entre 2,3 fois plus en Martinique et jusqu'à 3,5 fois plus en Guyane par rapport à la situation nationale.

mortalité étaient les mêmes que pour la France entière en 2023, notamment à Mayotte : + 89 %, en Guyane : + 37 %, et, dans une moindre mesure, la Guadeloupe : + 9 %¹³. Ces disparités territoriales sont plus marquées pour les maladies cardio-neurovasculaires que pour les cancers. En particulier, on décède davantage de maladies cardio-neurovasculaires et moins de cancers dans les DROM qu'en France hexagonale (sauf à Mayotte). La mortalité par cancer est dans l'ensemble inférieure à la mortalité nationale dans les DROM, sauf à Mayotte. Néanmoins, celle due aux tumeurs de l'estomac, de la prostate ou encore aux tumeurs relatives à l'utérus y est plus élevée, notamment à Mayotte et en Guyane. La mortalité due aux maladies infectieuses est 5,7 fois plus élevée que le niveau national à Mayotte et 3 fois plus élevée en Guyane. Elle dépasse aussi de près de 30 % le niveau national en Martinique (33 %). La mortalité due à des maladies cardio-neurovasculaires est au total 2,8 fois plus élevée que le niveau national à Mayotte et 38 % plus haute en Guyane, et de + 17 % à La Réunion. La mortalité due aux maladies de l'appareil respiratoire est plus élevée que le niveau national à Mayotte (2,6 fois plus), mais sensiblement plus faible en Guadeloupe (- 24 %) et en Martinique (- 25 %). La mortalité due au Covid-19 est la plus élevée en Martinique (+ 59 %), puis à La Réunion (+ 30 %). La mortalité par maladie du système nerveux est généralement plus élevée dans les DROM (notamment due à la maladie de Parkinson). La mortalité par suicide est moins forte qu'au niveau national dans les DROM (exception faite de la Guyane). Pour ce qui est de la mortalité due à des maladies endocriniennes et nutritionnelles dépasse largement le niveau national pour chacun des DROM : elle est 4 fois plus élevée à Mayotte et 1,7 fois plus à La Réunion.

L'espérance de vie « en bonne santé » n'est pas publiée en Outre-mer. Cet indicateur permet de combiner à la fois les dimensions quantitative et qualitative pour mieux apprécier le bénéfice de ces années à vivre¹⁴. Depuis 2022, les résidents de Guadeloupe, Guyane, Martinique et de La Réunion sont interrogés dans le cadre de l'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) réalisée par l'INSEE. Les données de ces territoires sont intégrées au calcul de l'espérance de vie en bonne santé en moyenne nationale, mais la DREES ne les publie pas territoire par territoire, ce qui empêche de percevoir les écarts existants.

Le CESE souligne l'intérêt d'une publication rapide par la DREES des données en Outre-mer, territoire par territoire, de cet indicateur essentiel pour mener des politiques de prévention. Si l'indicateur d'espérance de vie en bonne santé nécessite des données importantes afin de pouvoir identifier les incapacités

¹³ Selon le ratio de mortalité standardisé (SMR), toutes causes confondues, en 2023, la mortalité régionale la plus élevée est à Mayotte et en Guyane : elle y est supérieure à la mortalité nationale respectivement de 89 % (SMR de 1,89) et de 37 % (SMR de 1,37) et en Guadeloupe (+9 %).

¹⁴ C'est le cas de « l'espérance de vie sans incapacité », parfois aussi appelée « espérance de vie en bonne santé ». Cet indicateur mesure le nombre d'années qu'une personne peut compter vivre sans souffrir d'incapacité dans les gestes de la vie quotidienne. Cette mesure s'appuie sur les réponses à la question posée dans le dispositif européen European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? ». Les personnes répondant « Oui, fortement » ou « Oui, mais pas fortement » sont considérées comme souffrant d'incapacité(s). En moyenne nationale, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12 ans pour les femmes et de 10,5 ans pour les hommes en 2023.

détaillées par âge, celui-ci pourra être approché à partir d'échantillons représentatifs dans les territoires ultramarins.

Par ailleurs, selon le Baromètre Santé de la DREES¹⁵, les habitants de Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion âgés de 15 à 75 ans sont moins nombreux à se percevoir en « bonne santé » que ceux de l'hexagone. En moyenne, 61 % d'entre eux déclarent que leur état de santé est bon ou très bon, contre 69 % des habitants de l'hexagone¹⁶. La part de ceux qui déclarent avoir eu des problèmes dentaires est de 6 à 14 points plus élevée dans ces départements que dans l'hexagone. Ces disparités s'expliquent en partie par la moins bonne situation sociale des habitants ultramarins (situation financière, diplôme ou situation professionnelle). À caractéristiques sociales comparables, le fait de résider dans ces départements ultramarins s'accompagne, pour les femmes surtout, d'une moins bonne santé déclarée. Les habitants de ces DROM se déclarent en revanche moins touchés par les limitations fonctionnelles¹⁷.

Il faut noter positivement que l'INSEE et la DREES ont lancé une enquête conjointe « Santé en Outre-mer » depuis mai 2025 et jusque janvier 2026.

C'est la déclinaison en Outre-mer de l'enquête de référence Santé et recours aux soins organisée dans l'hexagone tous les 6 ans. Il s'agit de la partie française de l'enquête européenne European Health Interview Survey qui est définie par un règlement européen et conduite dans les 27 pays de l'Union européenne. Celle-ci interroge les personnes sur la façon dont elles perçoivent leur santé (limitations dans les activités de la vie quotidienne, maladies chroniques, douleurs, état psychologique...), les parcours de soins qu'elles ont suivis (hospitalisations, consultations de professionnels de santé, examens, renoncement à des soins...) ou encore leurs habitudes de vie pouvant avoir un lien avec la santé (activité physique, consommation de tabac et d'alcool, alimentation...).

Le CESE salue la mise en place d'enquêtes régulières sur l'état de santé de la population en Outre-mer afin de disposer de données complètes permettant d'éclairer les choix publics.

¹⁵ Claire-Lise Dubost, En Outre-mer, une santé déclarée moins bonne qu'en métropole, surtout pour les femmes, *Études et résultats*, n°1057, avril 2018

¹⁶ En Martinique et en Guadeloupe, moins de 60 % des habitants se sentent en bonne santé alors qu'en Guyane et à La Réunion, où la population est beaucoup plus jeune, la situation se rapproche de celle de l'hexagone. Toutefois, à structure d'âge comparable, 37 % des Réunionnais déclarent avoir une maladie chronique, contre 34 % des habitants de l'hexagone.

¹⁷ La notion de « limitation fonctionnelle » est utilisée pour qualifier les difficultés durables qu'une personne éprouve dans l'une ou plusieurs fonctions de base en lien avec sa santé. Elle mesure un déficit dans la réalisation d'actions « de base » (exemple : marcher, entendre, se concentrer). Il s'agit de difficultés importantes (« beaucoup de difficultés » ou « ne pas pouvoir du tout faire ») pour accomplir certaines tâches d'une certaine catégorie (physique, sensorielle, cognitive/organisationnelle, relationnelle). Le questionnaire prend en compte la situation avec correction (ex : lunettes, appareil auditif pour certaines fonctions sensorielles, afin de mesurer la limitation résiduelle. Les limitations sont regroupées en cinq catégories (limitations sensorielles, motrices, physiques autres, liées à la mémoire, à la concentration ou à l'organisation, ou liées au relationnel).

Cependant, suite aux dégâts occasionnés en décembre 2024 par les cyclones Chido et Dikeledi à Mayotte, la DREES a décidé de ne pas réaliser l'enquête Santé et recours aux soins initialement prévue fin 2025.

Le CESE croit utile qu'une enquête soit réalisée au plus tard deux ans après la campagne prévue fin 2025, pour ne pas priver Mayotte des données statistiques nécessaires à la connaissance de l'état de santé de la population. Car ne pas réaliser cette enquête reviendrait à priver Mayotte de statistiques de santé mises à jour jusqu'en 2032.

Le CESE souligne qu'il existe des lacunes dans les statistiques nationales de santé disponibles (DREES, INSEE, Santé publique France), des données « partielles » ou « insuffisantes » dans les Départements et régions d'Outre-mer (DROM) comparées à l'hexagone.

On constate en effet des différences dans la couverture statistique entre l'hexagone et les DROM, notamment dans : la fréquence, la granularité, l'échantillon plus restreint, le périmètre géographique (qui exclut souvent Mayotte ou la Guyane), les données d'hospitalisation et les registres des cancers moins développés.

Les données statistiques de santé concernant Mayotte et la Guyane doivent être fiabilisées par l'INSEE et la DREES selon un calendrier défini. Leurs systèmes d'information en santé souffrent de fragilités structurelles (sous-déclaration, incomplétude des données, de nombreuses personnes ne disposent pas d'un numéro de sécurité sociale) qui limitent la production d'indicateurs fiables et comparables. La fiabilisation des données de santé constitue donc un enjeu majeur pour la connaissance des besoins réels de la population, la planification et le pilotage des politiques publiques, ainsi que l'évaluation des besoins des populations locales.

Pour ce qui concerne les collectivités d'Outre-mer (COM) et la Nouvelle-Calédonie, ce sont les Collectivités de ces territoires qui sont compétentes en matière de santé publique et donc de statistiques de santé. Les modes de collecte, la périodicité et la couverture varient selon la Collectivité. Il paraît néanmoins important de renforcer les collaborations entre les instituts statistiques locaux (l'Institut de la statistique et des études économiques de Nouvelle-Calédonie et l'Institut de la statistique de la Polynésie française) et les organismes nationaux compétents en matière de santé (DREES, INSEE, Santé publique France), afin de disposer de données statistiques fiables, harmonisées, répondant aux mêmes définitions et périodicités, permettant des comparaisons et des agrégations au niveau national et européen.

Concernant les données remontées à l'Union européenne (indicateurs santé d'Eurostat), le CESE demande une agrégation systématique des données des régions ultrapériphériques (RUP) et pays et territoires d'Outre-mer (PTOM), aux données de la France hexagonale. A reprendre ensemble

Le CESE constate que les DROM ne sont pas inclus dans les grandes études épidémiologiques et enquêtes de cohorte nationales (cohorte Gazel - INSERM ;

cohorte Constances - INSERM ; étude Esteban - Santé publique France). Des raisons de surcoûts ou de complexité de mise en œuvre opérationnelle sont parfois avancées par les organismes nationaux. Or, les surcoûts restent modestes, liés aux coûts de transport, et souvent très surestimés par ces organismes. Quant aux difficultés organisationnelles, telles que l'absence de centres d'examen de santé de l'Assurance maladie sur certains territoires, celles-ci peuvent être aisément dépassées en ayant recours aux professionnels de santé qui peuvent effectuer des bilans de prévention (médecins, infirmiers, pharmaciens, sage-femmes), ainsi qu'aux biologistes des laboratoires privés ou hospitaliers. Rien ne justifie que les DROM ne soient pas inclus dans le périmètre des enquêtes épidémiologiques nationales et les éventuels surcoûts doivent être pris en charge par les organismes responsables.

Il est essentiel que des enquêtes épidémiologies spécifiques soient régulièrement menées par les organismes nationaux (Santé publique France, INSERM) dans les collectivités d'Outre-mer. A titre d'exemple, Saint-Pierre-et-Miquelon ne dispose que du Baromètre santé réalisé pour la première fois en 2020 alors qu'elle existe depuis près de trente ans dans l'hexagone. **Le CESE remarque un manque de données important à Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy, Saint-Martin ainsi qu'à Wallis-et-Futuna du fait de l'absence de service statistique spécialisé en épidémiologie.**

Les questionnaires des études épidémiologiques doivent comprendre des items sur la santé mentale, thématique pour laquelle il n'y a pratiquement pas d'études disponibles en Outre-mer.

Le CESE rappelle que, lorsqu'ils n'ont pas de statistiques, les décideurs publics méconnaissent les problématiques de santé et le CESE constate des lacunes importantes qui affaiblissent les politiques menées en Outre-mer. Il n'est pas possible de garantir une véritable territorialisation des politiques de santé, ni évaluation ou pilotage, s'il n'y a pas d'indicateurs disponibles.

Le CESE constate le manque de statistiques de santé détaillées en Outre-mer et préconise aux instituts statistiques nationaux (INSEE, DREES, Santé publique France) de publier des statistiques de santé nationales comprenant l'ensemble des territoires ultramarins (Départements et régions d'Outre-mer, y compris Mayotte, Collectivités d'Outre-mer et Nouvelle-Calédonie).

Préconisation 1

Face au manque de statistiques de santé détaillées en Outre-mer, le CESE préconise qu'elles comportent les mêmes données et indicateurs qu'au niveau national. Des conventions doivent être établies entre instituts statistiques nationaux et locaux (ou services de l'État chargés de les établir localement) dans les Collectivités d'Outre-mer et la Nouvelle-Calédonie, afin de pouvoir agréger les données et bénéficier d'une information exhaustive de l'état de santé sur les différents territoires en Outre-mer.

1.2. Le vieillissement s'accélère aux Antilles et à La Réunion

Le vieillissement accéléré des populations ultramarines est particulièrement marqué en Guadeloupe, Martinique et à La Réunion. Sur ces trois territoires, la part des 65 ans et plus a été multipliée par 1,5 entre 1999 et 2014, et, selon les dernières projections de l'INSEE¹⁸, cette part sera encore multipliée par 1,5 à La Réunion et presque par 2 en Guadeloupe et en Martinique d'ici à 2030. Les 65 ans et plus représenteront alors environ 30 % de la population antillaise et presque autant à La Réunion.

Le rapport d'information sur *Le grand âge dans les Outre-mer*, rapporté en 2020 par Mme Stéphanie Atger et Mme Erika Bareigts, a mis en lumière le manque de préparation face au vieillissement rapide¹⁹. Cette évolution démographique, plus rapide que dans l'hexagone, s'explique par deux évolutions démographiques importantes (la baisse de la fécondité et l'allongement de l'espérance de vie). Le rapport souligne les inégalités sanitaires et sociales importantes : prévalence accrue de certaines pathologies (diabète, AVC), précarité économique, perte d'autonomie de plus en plus précoce, et insuffisance de l'offre médico-sociale (manque d'EHPAD, services à domicile insuffisamment développés...). Les structures existantes sont souvent inadaptées, chères et en nombre insuffisant. Les rapporteuses appellent à : prioriser la politique du grand âge comme levier d'emploi et de cohésion sociale ; valoriser les aidants et leurs droits ; moderniser les services et l'habitat ; renforcer la prévention et l'accès à la santé ; intégrer les spécificités locales dans les politiques publiques (surcoûts liés à l'éloignement géographique, vétusté des locaux, manque d'équipements et de structures, l'offre de place en EHPAD étant nettement inférieure dans les Outre-mer à la moyenne nationale, précarité économique plus grande des personnes âgées). L'enjeu est crucial selon les rapporteuses, les Outre-mer constituent un observatoire avancé du vieillissement à venir sur l'ensemble du territoire national.

Les enjeux liés à la prise en charge du vieillissement constituent des priorités de développement de l'offre de soins notamment aux Antilles et à La Réunion. Le nombre de places en EHPAD est très souvent inférieur à ce qui serait nécessaire. A La Réunion, le taux de places par milliers de personnes âgées est bien en dessous de la moyenne nationale. Les prix des EHPAD dans les Outre-mer sont élevés, ce qui alourdit le reste à charge pour les familles. Les services d'aide et de soins à domicile (SSIAD, aides à domicile) sont plus rares et moins accessibles, ce qui pose problème lorsque les EHPAD ne suffisent pas. Dans certaines îles ou zones peu desservies, l'accès aux soins de gériatrie, aux EHPAD, aux SSIAD est limité. Les transports sanitaires ou évacuations sont nécessaires, ce qui complexifie la continuité des soins. Selon le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) les dépenses liées à l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) dans les DROM sont projetées augmenter très fortement d'ici 2040 : de l'ordre de + 200 à 250 % selon les territoires

¹⁸ Voir : Rapport d'information déposé par la délégation aux Outre-mer de l'Assemblée nationale sur *Le grand âge dans les Outre-mer*, n° 2662, 6 février 2020, page 8.

¹⁹ Rapport d'information déposé par la délégation aux Outre-mer de l'Assemblée nationale sur *Le grand âge dans les Outre-mer*, n° 2662, 6 février 2020.

(par exemple + 208 % en Martinique, + 243 % en Guadeloupe, + 246 % à La Réunion) par rapport à 2018²⁰.

Le CESE constate que le soutien politique est mobilisé sur cet enjeu du vieillissement, tant au niveau national que local. Des rapports parlementaires récentes conseillent de développer l'accueil en EHPAD dans les Outre-mer, ainsi que l'amélioration de l'offre médico-sociale et du soutien à la dépendance. Un plan de rattrapage de l'offre « personnes âgées » a été lancé par l'État en 2022 pour les Outre-mer avec l'obligation pour les ARS de proposer une stratégie pluriannuelle de développement de l'offre adaptée aux besoins territoriaux. Un plan d'aide à l'investissement exceptionnel de 17 millions d'euros a été élaboré, pour l'année 2025, en faveur des établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes âgées situés en Guadeloupe, en Martinique, à Mayotte, à la Réunion, en Guyane, ainsi qu'à Saint-Pierre-et-Miquelon et Saint-Barthélemy. Les collectivités territoriales et les ARS se sont également saisis du sujet et travaillent dans le cadre des Projets Régionaux de Santé pour planifier la prise en charge des personnes âgées, notamment en anticipant l'augmentation des besoins liés à la perte d'autonomie.

Le CESE note une amélioration ces dernières années de l'offre médico-sociale et sanitaire en direction de cette population âgée. L'offre de soins doit intégrer l'augmentation rapide des pathologies chroniques, la prévention du vieillissement, mais aussi des problématiques propres à ces territoires telles que la précarité économique, les difficultés d'accès aux soins ou de mobilité.

1.3. Une natalité qui reste élevée en Outre-mer, notamment en Guyane et à Mayotte

Les territoires ultramarins présentent des profils démographiques hétérogènes et des dynamiques de natalité différentes. Globalement, les taux de natalité y demeurent supérieurs à ceux de la France hexagonale, bien que l'ensemble des territoires suivent la tendance nationale à la baisse des naissances. Mayotte et la Guyane se distinguent par une natalité très forte qui s'explique par une population jeune, une forte immigration régionale et des grossesses plus précoces.

- Mayotte conserve le taux de natalité le plus élevé en France, avec 27,7 ‰ en 2024, bien qu'en baisse sensible. L'indice de fécondité, qui atteignait 4,5 enfants par femme en 2023, s'établit à 3,58 en 2024.
- La Guyane présente également une démographie dynamique avec un taux de natalité de 22,6 ‰ et un indice de fécondité de 3,05 enfants par femme en 2024.
- La Réunion, bien qu'avancée dans sa transition démographique, maintient une fécondité supérieure au seuil de renouvellement des générations, avec 2,12 enfants par femme en 2024. Le taux de natalité y est de 13,1 ‰.
- La Martinique avec seulement 3 340 naissances en 2023, pour un taux de natalité de 9,5 ‰ et un indice de fécondité de 1,66 enfant par femme, est entrée dans une

²⁰ Voir le rapport du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), *La situation des familles, des enfants et des personnes âgées vulnérables dans les départements et régions d'Outre-mer (Drom) : réalités sociales et politiques menées*, mars 2022

phase de baisse de population. Celle-ci vieillit rapidement, plus de 33 % des habitants ont plus de 60 ans. La Martinique est ainsi « la plus vieille région de France » avec un solde naturel devenu négatif depuis 2020.

- En Guadeloupe, la natalité est en net recul, l'indice de fécondité est estimé à 1,88 enfant par femme.
- En Polynésie française, le taux de natalité s'établit autour de 13,5 ‰, avec un indice de fécondité estimé à 1,9 enfant par femme. Le vieillissement de la population est amorcé, bien que la part des jeunes reste significative.
- En Nouvelle-Calédonie la baisse de la natalité est nette depuis le début des années 2000, où la fécondité dépassait les trois enfants par femme. L'archipel affiche un taux de natalité de 14,3 ‰ et un indice de fécondité de 1,96.
- Wallis-et-Futuna a une population en déclin, affiche un taux de natalité de 13,8 ‰ et un indice de fécondité estimé à 2,4 enfants par femme.
- La population de la collectivité de Saint-Martin est jeune avec une natalité relativement soutenue et un taux proche de 15 ‰.
- Saint-Barthélemy présente une natalité faible avec un taux de natalité²¹ d'environ 10 ‰ et un indice de fécondité proche de 1,8 enfant par femme (bien qu'il n'y ait pas de maternité à Saint-Barthélemy, le taux de natalité peut être calculé, le critère n'étant pas le lieu de naissance de l'enfant, mais le lieu de résidence de la mère)²².
- Saint-Pierre-et-Miquelon connaît un déclin démographique naturel avec environ 30 naissances annuelles (26 en 2024), inférieur au nombre de décès (51 en 2024), et un indice de fécondité de 1,6 enfant par femme.

D'après les données récentes de INSEE, les territoires des DROM présentent chacun un solde naturel positif, ce qui signifie que les naissances excèdent les décès. La Guyane affiche un solde naturel positif très élevé et Mayotte également ; La Réunion présente aussi un solde naturel positif, mais modéré légèrement supérieur à la moyenne nationale du fait d'un excédent naturel qui compense les départs ; la Guadeloupe et la Martinique ont un solde naturel positif, mais plus faible et connaissent en parallèle un solde migratoire fortement négatif, ce qui entraîne une baisse de population.

L'INSEE indique ainsi que la population diminue en Guadeloupe et en Martinique d'environ 4 % par an, malgré un solde naturel toujours positif. Concernant les COM, en Nouvelle-Calédonie et Polynésie française, le solde naturel est quasiment égal à zéro (0,6 ‰), à Wallis-et-Futuna le solde des naissances sur les décès est très

²¹ Le taux de natalité mesure le nombre de naissances vivantes survenues pendant une année, rapporté à la population totale moyenne de cette même année. Il permet d'évaluer la dynamique des naissances dans une population.

²² Selon l'INSEE, le taux de fécondité à un âge donné est le nombre d'enfants nés vivants des femmes de cet âge au cours de l'année, rapporté à la population moyenne de l'année des femmes de même âge.

légèrement excédentaire. Saint-Pierre-et-Miquelon est le premier territoire ultramarin dont le solde naturel est négatif, où les décès sont plus nombreux que les naissances.

La démographie des territoires ultramarins est aussi affectée par un nombre élevé de départs de jeunes, étudiants ou actifs, ce qui déséquilibre leur structure démographique. Ainsi, les Antilles, mais aussi, Saint-Pierre-et-Miquelon, Wallis-et-Futuna et, depuis quelques années, de Saint-Martin sont particulièrement touchés par la « fuite des forces vives » soulignée par les députés M. Élie Califer, M. Mikaele Seo et M. Jiovanny William²³. Les départs résultent souvent d'une insuffisance d'offre de formation et de débouchés professionnels dans les territoires d'origine.

Le CESE souligne l'importance de mener des politiques de formation et d'insertion sociale et professionnelle en direction des jeunes afin de maintenir les équilibres démographiques et ainsi éviter un vieillissement accentué et à terme un risque de dépeuplement des territoires.

Les métiers de la santé et du soin peuvent être des débouchés professionnels importants pour les jeunes ultramarins compte tenu du vieillissement de la population et de l'accroissement des besoins de santé. L'allongement de l'espérance de vie, la prévalence des maladies chroniques et le déficit de professionnels de santé génèrent une demande importante localement de médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, psychologues, aides-soignants, qui permettra de maintenir de nombreux jeunes en activités sur les territoires.

L'offre de soins doit être adaptée aux dynamiques démographiques propres à chacun des territoires, en particulier en Guyane et à Mayotte qui sont particulièrement déficitaires en termes de soins périnataux et de protection maternelle et infantile (PMI).

Le constat de manque de structures sanitaires consacrées à la périnatalité et à la petite enfance sur des territoires où la natalité est très élevée, est inquiétant et doit interpeller les pouvoirs publics.

²³ Voir : Rapport d'information déposé par la délégation aux outre-mer sur la situation démographique des Outre-mer et le maintien des forces vives dans ces territoires, rapporté par M. Elie Califer, M. Mikaele Seo et M. Jiovanny William, janvier 2025. Il faut également citer le rapport d'information déposé par la délégation aux Outre-mer de l'Assemblée nationale sur La situation démographique des Outre-mer et le maintien des forces vives dans ces territoires rapporté par M. Elie Califer, M. Mikaele Seo et M. Jiovanny William. Le vieillissement accéléré de la population s'accroît de manière notable aux Antilles et reste en cours à La Réunion. Ce vieillissement est un défi en matière de prise en charge, tant au sein des familles à travers les solidarités intergénérationnelles qu'au sein de la société en termes de politiques publiques à mettre en place. Dans des territoires où le maintien à domicile est privilégié, le bon fonctionnement des dispositifs d'aide à domicile est primordial. Les personnes âgées n'ont bien souvent pas les moyens d'aller en EHPAD, où elles craignent d'être isolées. Les départements et les communes sont directement concernés par le phénomène de vieillissement, avec les prestations d'aide à domicile, de santé, mais aussi l'adaptation des équipements publics au grand âge²³. Face au manque de ressources des collectivités territoriales en Outre-mer, les députés recommandent d'inclure dans le calcul de la dotation d'aménagement des communes d'Outre-mer (Dacom), un critère relatif à la part de personnes âgées de plus de 60 ans dans la population communale (recommandation n° 9). Une proposition à laquelle le CESE souscrit.

La planification régionale des services de santé par les Agences régionales de santé (adaptation du nombre de lits, des ressources humaines et de la formation des professionnels) doit ainsi systématiquement tenir compte non seulement des dynamiques démographiques constatées, mais aussi des projections démographiques. Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi de programmation pour la refondation de Mayotte, l'INSEE a lancé un recensement exhaustif de la population réelle (population mahorais et migrante) en partenariat avec les communes. Celui-ci permettra de mieux calibrer les lourds investissements sanitaires à venir. En Guyane, on constate une baisse de la natalité pour la troisième année consécutive en 2024. Le taux de natalité s'est stabilisé (22,6 ‰), mais demeure toujours l'un des plus élevés des régions françaises après Mayotte.

1.4. Le contexte socio-économique ultramarin pèse sur l'état de santé des populations

D'importantes inégalités de santé persistent du fait de conditions de vie précaires et de la pauvreté présentes en Outre-mer. La communauté scientifique estime que les facteurs socio-économiques (45 %) et les facteurs environnementaux (25 %) contribuent à environ 70 % de notre état de santé (représentation de Lalonde des déterminants de santé)²⁴. La pauvreté est ainsi l'un des premiers facteurs de fragilisation de la santé de la population : 900 000 personnes vivent sous le seuil de pauvreté en Outre-mer²⁵. Selon les études de l'INSEE, la grande pauvreté est bien plus fréquente et beaucoup plus intense en Outre-mer²⁶. Outre sa

²⁴ En santé publique, un déterminant de santé est un facteur qui influence l'état de santé d'une personne ou plus largement d'une population, soit de façon isolée soit en association avec d'autres facteurs. Il peut s'agir d'éléments biologiques, comportementaux, sociaux, économiques, environnementaux ou encore liés à l'organisation du système de santé. Ces déterminants interagissent entre eux et contribuent à expliquer les différences de santé observées entre les individus et les groupes sociaux. Ainsi, la santé résulte non seulement de choix personnels ou de caractéristiques biologiques, mais aussi des conditions de vie, de travail, du contexte social ou environnemental dans lequel chacun évolue.

Voir : https://www.auvergne-rhone-alpes.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/02-epures_fiche_determinants_janv23-2023.pdf Sources : Représentation de Lalonde / Synthèse des travaux Barton et al., 2015 ; OMS, 2010 ; Cantoreggi N, et al. 2010- Pondération des déterminants de la santé en Suisse, université de Genève ; Los Angeles County Department of Public Health, 2013 : How Social and Economic Factors Affect Health

²⁵ Un quart, soit 24 % des personnes en situation de grande pauvreté en France vivent dans les DROM, dont 10 % à Mayotte et 14 % dans les quatre autres DROM. Elle est ainsi 5 à 15 fois plus fréquente dans les DROM qu'en France hexagonale : 10 % en Martinique, 29 % en Guyane, contre 2 % dans l'hexagone. Rien qu'à Mayotte, 194 000 personnes vivent sous le seuil de pauvreté, soit 77 % de la population mahoraise. Les familles monoparentales, nombreuses, les personnes sans emploi, les personnes en mauvaise santé, celles peu diplômées, ainsi que les jeunes et les retraités sont particulièrement touchés.

²⁶ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6459395>. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. Les taux de pauvreté sont de : 34 % en Guadeloupe ; 29 % en Martinique ; 45 % en Guyane ; 38 % à La Réunion ; 77 % à Mayotte ; 60 % en Polynésie française ; 19,1 % en Nouvelle-Calédonie ; 21 % à Wallis-et-Futuna 12 % Saint-Pierre-et-Miquelon ; contre 15,1 % au niveau national. Le CESE se félicite que l'INSEE ait publié, à la suite de l'étude de 2020, des taux de pauvreté par territoire en référence au seuil de pauvreté « national », et non « local » comme il le faisait auparavant, reflétant ainsi plus objectivement la pauvreté massive qui sévit en Outre-mer. La grande pauvreté est définie par un revenu inférieur à 50 % du niveau de vie médian et au moins 7 privations matérielles et sociales sévères parmi une liste de 13.

dimension monétaire, sa caractéristique majeure est la fréquence de privations²⁷, y compris pour des besoins fondamentaux comme la nourriture ou l'habillement. Ainsi 4 à 5 personnes sur 10 en situation de grande pauvreté déclarent ne pas pouvoir faire un repas contenant des protéines (viande, poisson ou substitut végétal) au moins tous les deux jours. Plus de la moitié des Martiniquais et 42 % des Guadeloupéens en situation de grande pauvreté renoncent à un repas protéiné tous les deux jours²⁸.

La précarité alimentaire est un enjeu majeur de santé publique en Outre-mer.

La délégation aux Outre-mer rappelle sa contribution rapportée par Mme Manon Pisani et M. Yannick Cambray à l'avis d'avril 2025, *Quelles solutions pour permettre à tous de bénéficier d'une alimentation de qualité en quantité suffisante ?*²⁹. La précarité alimentaire est très préoccupante en Outre-mer, avec une intensité différente selon les territoires. Dans un contexte économique difficile : de prix élevés des produits alimentaires, d'inflation, de chômage, pauvreté... la précarité alimentaire³⁰ s'est considérablement aggravée ces dernières années. La cherté de la vie et la faiblesse des revenus créent de très fortes tensions sociales, un sentiment d'injustice et d'exclusion parmi les populations les plus pauvres. Il y a eu des tensions aux Antilles, en Guyane et à La Réunion en 2009, à Mayotte en 2011, et plus récemment en Martinique. Les Banques Alimentaires accompagnent avec leurs associations partenaires plus de 100 000 bénéficiaires à La Réunion, à La Guadeloupe et en Martinique. Deux enquêtes ont été réalisées en 2024 par la Banque Alimentaire de Guadeloupe et la Banque Alimentaire des Mascareignes à la Réunion à partir d'un questionnaire en ligne diffusé aux personnes accueillies au sein des associations et Centres communaux d'action sociale (CCAS). Plus des trois quarts des personnes accueillies dans le réseau de la Banque alimentaire n'ont pas pu augmenter leur budget alimentaire suite à la forte inflation constatée depuis 2022³¹. Un report massif

²⁷ Les privations matérielles et sociales sévères concernent au moins 7 privations dans la vie quotidienne parmi une liste de 13. Ces personnes sont privées de certains éléments considérés comme indispensables à une vie décente.

²⁸ Antonin Creignou, Marcelle Jeanne-Rose, 12 % des Guadeloupéens en situation de grande pauvreté en 2018, *INSEE Analyse Guadeloupe*, n°57, juillet 2022. De fait, en Guadeloupe, les dépenses alimentaires pèsent dans le budget des plus modestes : pour les 20 % les plus modestes, ces dépenses représentent 20 % du budget en 2017.

²⁹ Avis rapporté par M. Jean-Louis Joseph et par M. Dominique Marmier. Voir également l'avis : *10 préconisations pour le pouvoir d'achat en Outre-mer*, rapporté par Mme Véronique Biarnaix-Roche et Mme Ghislaine Arlie, octobre 2023. Les Centres communaux d'action sociale assurent une mission essentielle d'aide alimentaire et d'accompagnement personnalisé. Pour le CESE, leur rôle en Outre-mer doit être mieux reconnu et soutenu par un financement fléché de l'État. Le CESE rappelle sa préconisation de mise à disposition par les Centres communaux d'action sociale de « chèques » dédiés à l'aide alimentaire, à l'énergie, au transport, à l'eau et au logement, pour les foyers les plus modestes, afin d'augmenter leur pouvoir d'achat, prévenir le surendettement et maintenir l'accès aux services essentiels. Le versement pourrait intervenir automatiquement aux plus précaires avec la déclaration de revenus.

³⁰ La précarité alimentaire traduit une situation dans laquelle une personne ne dispose pas d'un accès garanti à une alimentation suffisante et de qualité, durable, dans le respect de ses préférences alimentaires et de ses besoins nutritionnels. Elle désigne une situation dans laquelle des individus ou des ménages : n'ont pas un accès régulier, sûr et suffisant à une alimentation de qualité, ou doivent faire des arbitrages financiers (renoncer à d'autres biens ou services) pour pouvoir se nourrir, ou voient leur alimentation moins variée, moins adaptée, faute de moyens ou de ressources.

³¹ L'inflation dans les Outre-mer est passée d'environ 5 % en décembre 2022 à 2,5 % en décembre 2023, selon les instituts d'émission monétaire (IEDOM-IEOM), tout en relevant une baisse de la consommation des ménages et de l'activité. Cette inflexion est principalement portée par la baisse des prix de l'énergie. Les prix des produits alimentaires restent élevés et n'ont pas entamé de décrue.

sur des produits moins chers (discount, premier prix) ou de moins bonne qualité a été constaté. L'accès à la viande, aux féculents et aux fruits et légumes est privilégié par les personnes accueillies dans les associations d'aide alimentaire, ce qui correspond aux produits les plus chers dans les commerces. Cette précarité alimentaire a également de nombreuses conséquences sur la santé physique, le bien-être psychologique et l'inclusion sociale. Plus de 35 % des personnes déclarent un état de santé « mauvais » voire « très mauvais » en Guadeloupe, une personne sur cinq à la Réunion. Un quart des personnes déclare être diabétique. Dans ce contexte, une majorité de répondants affirme être intéressée par des ateliers sur la cuisine et la santé.

Le taux de sucre dans les sodas est supérieur à celui constaté en moyenne nationale et néanmoins conforme aux limites autorisées par les normes. Le CESE demande de ramener les normes à un niveau plus strict qui s'appliquerait uniformément sur l'ensemble du territoire national.

La Guyane et Mayotte sont particulièrement touchées par la précarité alimentaire. Des études menées³² au Centre Hospitalier de Cayenne ont permis d'établir qu'au moins 14,3 % des personnes interrogées sur l'île de Cayenne sont en stress alimentaire, c'est-à-dire qu'elles se déclaraient préoccupées quotidiennement par le fait de trouver à manger. 49 % des ménages signalaient un budget hebdomadaire dédié à l'alimentation inférieur ou égal à 30 euros. Ce faible budget contraint 2 ménages sur 5 à une alimentation insuffisante et hypocalorique. L'insécurité alimentaire touche particulièrement les étudiants. Une enquête de 2022 menée auprès de 276 étudiants guyanais a montré qu'un étudiant sur deux est touché par cette forme de précarité³³. À Mayotte, l'insécurité alimentaire est un problème de santé publique important. L'île connaît une transition démographique et nutritionnelle, ce qui a conduit à des déséquilibres alimentaires³⁴. On constate en particulier des taux élevés d'obésité chez les femmes adultes et de malnutrition chez les enfants. La malnutrition touche encore 10 % des enfants de 4 à 10 ans³⁵. L'insécurité alimentaire a pu être mesurée en 2022 par Santé publique France : près de la moitié des adultes déclarait que leur foyer était en situation d'insécurité alimentaire modérée ou sévère, respectivement 24,5 % et 22,7 % (pour 2,3 % et 6,5 % en France hexagonale)³⁶. Cette

³² <https://www.iedom.fr/guyane/actualites/la-lettre-de-l-iedom/fevrier-2023/actualites-economiques-locales/article/la-guyane-fortement-touchee-par-la-precarite-alimentaire>

³³ Santé publique France, 4 juillet 2023, Insécurité alimentaire des étudiants en Guyane en 2022 : un constat post-crise sanitaire préoccupant, n°12-12, Bulletin épidémiologique hebdomadaire.

³⁴ <https://www.mayotte.ars.sante.fr/alimentation-0>

³⁵ <https://la1ere.franceinfo.fr/mayotte/sante-ou-en-est-la-medecine-de-ville-a-mayotte-1571794.html>

³⁶ Santé publique France, 5 mai 2022, Lutter contre les maladies chroniques à Mayotte : renforcer les actions concertées !, n° 9-10, Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Une personne est en situation d'insécurité alimentaire lorsqu'elle n'a pas un accès régulier à suffisamment d'aliments sains et nutritifs pour une croissance et un développement normaux et une vie active et saine. Les personnes en situation d'insécurité alimentaire modérée ont réduit la qualité ou la quantité de nourriture consommée et sont incertaines quant à leur capacité à obtenir de la nourriture en raison du manque d'argent ou d'autres ressources. Les personnes en situation d'insécurité alimentaire grave n'ont plus de nourriture et, dans les cas les plus extrêmes, ont passé plusieurs jours sans manger. En Guadeloupe 77 % des personnes interrogées ont réduit ou renoncé à l'achat de protéines animales : viande, poisson, œufs. 65 % des personnes ont réduit ou renoncé à l'achat de fruits et légumes. Par ailleurs, les associations d'aide alimentaire ont connu une fréquentation accrue. La moitié des répondants ont recours à l'aide alimentaire une fois par mois.

situation peut accroître le risque de certaines formes de malnutrition comme le retard de croissance chez les enfants, les carences en micronutriments ou l'obésité chez les adultes.

Les collectivités du Pacifique sont aussi concernées. En Polynésie française, selon les chiffres du gouvernement local, la précarité alimentaire touche près d'un quart de la population. Si celle-ci n'en n'est pas le seul facteur, l'évolution du régime alimentaire vers une alimentation peu variée de faible qualité nutritionnelle, ou la consommation des produits majoritairement importés et transformés, riches en graisses, en sucres et en sel - conséquence notamment de la faiblesse des filières agro-alimentaires locales, des coûts logistiques élevés et d'un manque de diversification de l'offre - a des effets notables sur l'état de santé de la population. Le renforcement des productions locales avec une meilleure qualité nutritionnelle, de l'agro-transformation et des circuits courts doit constituer un levier central de santé publique et de résilience économique : 70 % des adultes sont en surpoids et 40 % sont au stade d'obésité. Il faut noter également que 75 % des produits consommés par la population sont issus de l'importation. La Croix-Rouge dit recevoir de très nombreuses demandes d'aide alimentaire³⁷. La transition alimentaire a été positionnée comme un axe fondamental des politiques publiques du gouvernement local visant à transformer le système agro-alimentaire polynésien, afin de procurer à tous une alimentation saine, abordable et durable, utilisant davantage de produits locaux³⁸. Avec la crise politique, la précarité alimentaire augmente fortement en Nouvelle-Calédonie. De nombreux Calédoniens ont perdu leur travail. Les prix de l'alimentation ont augmenté de 6,7 % depuis le début de l'année 2024 selon l'Institut statistique de la Nouvelle-Calédonie, ce qui grève le pouvoir d'achat des ménages et fragilise particulièrement les plus modestes qui consacrent 28 % de leurs dépenses à l'alimentation. Si aucune estimation officielle n'a été dressée, selon la Banque alimentaire de Nouvelle-Calédonie, 20 000 personnes supplémentaires ont besoin d'aide pour se nourrir, auxquelles s'ajoutent les 10 000 bénéficiaires déjà identifiés³⁹.

Les liens sont établis entre les carences alimentaires chez l'enfant et les difficultés d'apprentissage scolaire. La restauration scolaire est souvent très insuffisante notamment à Mayotte et en Guyane où elle est présente dans seulement un tiers des établissements scolaires et dans la majorité des cas sous forme de collation froide. L'aide aux communes a été revalorisée avec un complément particulier pour Mayotte et la Guyane confrontés à une pression démographique très élevée, pour que le reste à payer soit de 20 centimes par repas pour les parents. Le Comité interministériel des Outre-mer tenu en juillet 2023 prévoit en plus le renforcement de la prestation d'aide à la restauration scolaire (PARS) à l'intention des élèves des lycées pour diminuer le reste à charge des familles afin que les repas ne coûtent plus que 1 à 2 euros en moyenne. Selon les travaux du Haut Conseil de la santé publique (HCSP),

³⁷ <https://la1ere.francetvinfo.fr/polynesie/tahiti/polynesie-francaise/precrite-quand-les-bons-alimentaires-ne-suffisent-vraiment-plus-1351656.html>

³⁸ Gouvernement de Polynésie française, Présentation du plan de Transition Alimentaire, avril 2023.

³⁹ <https://la1ere.francetvinfo.fr/nouvellecaledonie/crise-en-nouvelle-caledonie-je-ne-peux-plus-m-acheter-a-manger-quand-la-crise-accentue-la-pauvrete-1525112.html>

la précarité alimentaire touche les étudiants de manière bien plus préoccupante en Outre-mer que dans l'hexagone. Ce constat souligne des inégalités territoriales marquées dans l'accès à une alimentation suffisante et de qualité pour les jeunes en formation⁴⁰.

1.5. La précarité sociale et économique accentue les renoncements aux soins

Les conditions de vie précaires en Outre-mer augmentent les risques de renoncements aux soins et d'accentuation des maladies chroniques et complications médicales. Les personnes en situation de précarité ont souvent moins recours aux soins préventifs pour des raisons financières ou d'accessibilité des soins, ce qui aggrave leur état de santé global et nécessite des interventions plus lourdes et plus coûteuses. Les personnes qui ont un accès plus limité aux soins et se tournent aussi plus souvent vers les services d'urgence. Ces patients souffrent aussi fréquemment de plusieurs maladies en même temps, ce qui alourdit la prise en charge et exige des soins spécialisés et coordonnés.

Les renoncements aux soins concernent un tiers des personnes en Outre-mer contre un quart dans l'hexagone. En 2021, l'Odenore a déployé son enquête du Baromètre du renoncement aux soins (BRS) dans trois départements d'Outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Réunion) en lien avec les Caisses générales de sécurité sociale de ces territoires et avec la Caisse nationale d'assurance maladie. En Martinique, le taux de renoncement aux soins malgré un besoin est le plus élevé à 32,3 %, supérieur de près de 7 points au taux moyen mesuré par le BRS en France hexagonale (25,6 %), pour 17,4 % à La Réunion et 31,8 % à la Guadeloupe. Cette étude pointe une surreprésentation des personnes pas ou peu diplômées, au chômage, ayant de faibles revenus mensuels, n'ayant pas de complémentaire santé, et de personnes qui déclarent souffrir d'une maladie chronique, parmi les renonçants. La majorité des renoncements portent sur un seul soin, et concerne les soins dentaires, les achats de matériels optiques, les soins spécialisés tels que l'ophtalmologie, puis les consultations chez le médecin généraliste.

Selon l'INSEE, trois Guadeloupéens sur 10 ont renoncé ou retardé des soins en 2019⁴¹. Un Guadeloupéen sur six (17 %) a renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières (soins médicaux, dentaires, médicaments, psychologique, optique et auditif) : c'est trois points de plus qu'en France hexagonale. Le principal renoncement financier concerne les soins dentaires pour 17 % de la population. Par ailleurs, 12 % des Guadeloupéens ayant besoin de matériel d'optique ne peuvent pas disposer d'une somme pour les payer, et 8,6 % renoncent pour raison financière à des consultations ou examens médicaux. Quelles qu'en soient les raisons,

⁴⁰ Le CESE rappelle qu'il avait demandé la mise à disposition de repas gratuits dans les écoles, collèges, lycées et établissements de l'enseignement supérieur, en fonction des ressources et besoins sociaux des populations dans l'avis *10 préconisations pour le pouvoir d'achat en Outre-mer* rapporté par Mme Véronique Biarnaix-Roche et Mme Ghislaine Arlie. Cette dépense sociale des communes, départements et régions, devra être intégralement prise en charge par l'État au titre de la solidarité nationale.

⁴¹ Julien Glenisson (Insee), Trois Guadeloupéens sur 10 ont renoncé ou retardé des soins en 2019, Insee Analyses Guadeloupe, n°50, 09/2021

les femmes retardent ou renoncent davantage à des soins que les hommes (32 % contre 24 %). La couverture médicale joue un rôle important contre le renoncement financier, 13 % des bénéficiaires d'une mutuelle renoncent à des soins pour raison financière, contre 25 % du reste de la population. Enfin, les problèmes de transports et l'absence de spécialistes concernent respectivement 4,9 % et 3,9 % des Guadeloupéens ayant eu besoin de soins. Ces proportions sont similaires en Martinique. A Mayotte, d'après le rapport sur le projet de loi de finances pour 2025, rapporté par Mme Anchya Bamana, en 2019, le taux de renoncement aux soins était supérieur de 9 points à celui de l'hexagone (38 % contre 29 %)⁴².

La question financière en est la principale cause de renoncement aux soins à Mayotte, en lien avec la situation de grande précarité d'une large partie de la population. Le renoncement aux soins est particulièrement élevé à Mayotte où 45 % des habitants de plus de 15 ans déclaraient en 2019, avoir renoncé à des soins, selon la commission des affaires sociales du Sénat. 34 % de la population ne se soignent pas pour un motif financier, alors que la protection universelle maladie (PUMA) n'y est pas applicable, ni la complémentaire santé solidaire dans le droit commun⁴³.

Par ailleurs, certains comportements de renoncement aux soins en Outre-mer s'expliquent par des facteurs culturels spécifiques. Une défiance persistante envers les institutions de santé contribue à un moindre recours aux soins, en particulier dans certaines franges précarisées de la population. Cette défiance peut être renforcée par un sentiment de non-prise en compte des réalités locales dans l'organisation de l'offre de soins et dans la relation soignant-soigné.

Les associations de patients auditionnées soulignent l'importance d'intégrer les enjeux d'illettrisme et d'illectronisme, ainsi que les langues régionales, dans les dispositifs d'accès aux soins.

Le travail illégal ou informel reste très présent en Outre-mer avec des conséquences importantes sur la couverture santé des personnes. Il est souvent complémentaire à une activité déclarée. Pourtant c'est un important facteur de précarité économique et sociale, ainsi qu'une entrave pour les entreprises qui se conforment à la loi. Les travailleurs qui exercent sans protection sociale courent des risques importants en termes de santé et de sécurité.

L'économie informelle, encore fortement présente dans plusieurs territoires, entraîne une moindre couverture sociale pour les travailleurs concernés et fragilise les entreprises respectueuses du droit. Cette situation justifie un renforcement des dispositifs d'appui aux entreprises et aux travailleurs.

⁴² https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/rapports/cion-soc/117b0524-tj_rapport-avis.pdf, d'après des données ARS Mayotte & ORS Mayotte. Panorama statistique de la santé à Mayotte 2024, p. 42.

⁴³ La protection universelle maladie (PUMA) n'est pas applicable à Mayotte. La CSSM rembourse les frais de santé aux mêmes taux qu'en France hexagonale. Une partie des frais engagés est à la charge de l'assuré, il est question de ticket modérateur. Par exemple, pour une consultation chez un médecin généraliste : la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM) rembourse 70 % du tarif de la consultation ; l'assuré règle les 30 % du tarif de la consultation restant, appelés le ticket modérateur. Ces frais peuvent être pris en charge par l'assurance complémentaire santé. Une prise en charge à 100 % des frais de santé des assurés de Mayotte peut exister dans certaines situations et parfois sous conditions de ressources.

Cela a des effets notamment sur les allocations chômage et les pensions de retraite. Selon l'Insee, 9 % des retraités martiniquais et 15 % des retraités guyanais sont en situation de grande pauvreté, contre moins de 1 % des retraités vivant dans l'hexagone⁴⁴.

La précarité accrue des femmes rend leur accès aux soins plus difficile. En Martinique, seules 57,7 % des femmes exerçaient un emploi en 2021, soit un taux inférieur de plus de 10 points à celui de l'hexagone (69,8 %) ⁴⁵. Du fait d'une précarité sociale et d'une pauvreté beaucoup plus marquées, Mayotte⁴⁶ et la Guyane⁴⁷ sont les territoires où la santé des femmes est la plus dégradée⁴⁸. En Guadeloupe, les femmes sont 11,2 %, contre 2,8 % en hexagone, à déclarer avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières⁴⁹. Elles sont également 8 % (contre 1 % en hexagone) à déclarer n'avoir aucune couverture sociale en début de grossesse. Les femmes, particulièrement lorsqu'elles sont chargées de famille monoparentale, sont confrontées à une charge domestique lourde réduisant leur espace pour se soigner ou bénéficier d'un accompagnement médical. Ces contraintes structurelles participent à une forme d'épuisement et à une dégradation de leur santé, insuffisamment prise en charge par les politiques publiques.

1.6. Les difficultés liées à la mobilité constituent un frein important à l'accès aux soins

L'éloignement des soins entraîne des déplacements compliqués et coûteux pour les patients. De nombreuses personnes âgées qui rencontrent des difficultés pour conduire, ou ayant des problèmes de mobilité comme des personnes en situation de handicap, de précarité économique ou des jeunes, ont des difficultés pour se rendre aux rendez-vous médicaux. Les règles de prise en charge des transports sanitaires sont les mêmes dans les DROM qu'au niveau national. L'Assurance maladie ne peut prendre en charge les frais de transport que lorsque les patients se déplacent pour recevoir des soins, pratiquer des examens médicaux ou répondre à un contrôle réglementaire⁵⁰. Ainsi, pour une simple consultation médicale, les patients ne peuvent

⁴⁴ <https://la1ere.franceinfo.fr/lutte-contre-la-pauvrete-comment-expliquer-les-ecarts-entre-les-drom-et-l-hexagone-1429298.html>

⁴⁵ Santé publique France, Santé périnatale en Martinique. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021), 2023

⁴⁶ Boscher Marie, Santé périnatale : Une « Situation Préoccupante », notamment dans les Outre-mer, Outre-mer la 1ère, 20 septembre 2022. A Mayotte, la précarité est massive : l'indice de précarité s'élève à 71,3 % des mères, contre 15,5 % dans l'hexagone. Le revenu mensuel par ménage est inférieur à 500 euros pour 43,5 % des femmes. 33,3 % des femmes ont un niveau d'étude inférieur au collège. A cela s'ajoute un très faible taux de couverture assurantielle : à Mayotte, 31,9 % seulement des femmes qui accouchent sont couvertes par l'Assurance maladie

⁴⁷ En Guyane, l'indice de précarité confirme que les femmes ont une situation socio-économique difficile : la part des femmes « défavorisées » et « très défavorisées » est respectivement de 22,6 % et 16,1 % en Guyane, contre 3,9 % et 1,3 % dans l'hexagone.

⁴⁸ Santé publique France, *Santé périnatale en Guyane. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021)*, 2023

⁴⁹ Santé publique France, *Santé périnatale en Guadeloupe et à Saint-Martin. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021)*, 2023

⁵⁰ Ces frais peuvent être pris en charge à condition d'être prescrits par un médecin et ne peuvent concerner que les transports correspondant notamment aux motifs suivants : hospitalisation, affection de longue durée,

pas bénéficier d'une aide pour se déplacer. Il existe toutefois, comme le souligne France Assos Santé, certaines spécificités locales⁵¹. En Guyane, par exemple, ce n'est pas l'Assurance maladie qui rembourse les déplacements, mais les établissements de santé. Certains patients très éloignés des centres de soins, qui habitent dans des communes de l'Intérieur non desservies par la route, doivent prendre la pirogue ou l'avion pour se rendre aux hôpitaux de Cayenne ou de Saint-Laurent-du-Maroni. Cette situation entraîne un coût important pour les établissements. Il existe une obligation de prise en charge en cas d'urgence, mais le problème concerne surtout les soins programmés, comme les suivis post-opératoires ou gynécologiques. France Assos Santé souligne que ces difficultés ne sont pas propres à la Guyane, c'est le cas également dans les zones montagneuses de La Réunion ou dans les îles de Guadeloupe (La Désirade, les Saintes, Marie-Galante). En Nouvelle-Calédonie, sur la commune de Thio, en l'absence de médecin généraliste sur place, les soins médicaux sont organisés de manière temporaire avec des permanences de praticiens une fois par semaine qui viennent de La Foa, commune située à 80 kilomètres⁵². En dehors de ces plages, des navettes sont proposées aux habitants afin qu'ils se rendent dans les autres communes pour consulter.

Ces constats d'ordre socio-économiques de l'état de santé des populations sont étroitement liés aux déterminants environnementaux, particulièrement marqués dans les territoires ultramarins.

état justifiant un transport allongé ou une surveillance constante, contrôle réglementaire, soins en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ou encore retours à domicile dans le cadre de permissions de sortie pour les patients de moins de 20 ans hospitalisés 14 jours et plus.

⁵¹ <https://www.france-assos-sante.org/2022/07/15/transports-sanitaires-un-casse-tete-pour-les-usagers/>

⁵² <https://la1ere.franceinfo.fr/nouvellecaledonie/province-sud/thio/reportage-comment-thio-gere-son-manque-de-soignants-entre-navettes-communales-et-medecins-venus-de-la-foa-1611195.html>

2. Des enjeux de santé-environnement spécifiques à chaque territoire

L'approche « One Health » ou « une seule santé » promue par l'Organisation mondiale de la santé vise à articuler de façon intégrée la santé humaine, la santé animale et celle des écosystèmes. Elle repose sur un principe simple, selon lequel la protection de la santé humaine passe par celle de l'animal et de leurs interactions avec l'environnement. Elle utilise les liens étroits et interdépendants pour créer de nouvelles méthodes de surveillance des maladies et de lutte contre celles-ci⁵³. Les écosystèmes sont mis à rude épreuve en Outre-mer est créent de nouveaux risques d'émergence et de propagation de maladies. 60 % des maladies infectieuses émergentes dans le monde proviennent d'animaux, qu'ils soient sauvages ou domestiques. Sur plus de 30 nouveaux agents pathogènes humains détectés au cours des 30 dernières années, 75 % sont d'origine animale. La prévention des zoonoses et des maladies émergentes est donc un enjeu essentiel en Outre-mer : en anticipant les interactions homme-animal-écosystème, il est possible de limiter ou détecter plus tôt des risques sanitaires⁵⁴. Par exemple, en Guyane, les chasseurs, pêcheurs, agriculteurs, forestiers, orpailleurs... sont en contact régulier avec les systèmes naturels, et en particulier les animaux (chauve-souris, insectes), qui peuvent constituer des réservoirs de virus dans la forêt amazonienne. Ils sont ainsi particulièrement exposés et peuvent jouer un rôle important de transmission de ces virus de l'animal à l'homme. L'émergence des arbovirus, c'est-à-dire de virus pathogènes qui sont transmis de l'animal à l'homme par des insectes vecteurs, est aussi un risque sanitaire majeur sur presque tous les territoires.

La réduction des expositions environnementales est également une priorité compte tenu du nombre important de pathologies en lien avec l'environnement en Outre-mer. D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁵⁵, la santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de

⁵³ Voir : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/one-health>

⁵⁴ Le CESE renvoie à l'avis *La montée des eaux dans les Outre-mer : quelles stratégies pour s'adapter ?* qui montre à quel point les écosystèmes littoraux (espaces naturels de mangrove, écosystèmes sableux, herbiers marins, zones humides, récifs coralliens) sont fragiles en Outre-mer et peuvent être protecteurs pour la population. Les menaces liées au changement climatique pèsent lourdement sur les écosystèmes et doivent bénéficier d'une protection renforcée. La restauration des forêts et leur protection contre les activités humaines, notamment en Guyane, mais aussi sur tous les autres territoires ultramarins, doivent être des priorités au regard de leur apport essentiel et du rôle protecteur que ceux-ci peuvent jouer. Les forêts ultramarines représentent à elles seules 8,1 millions d'hectares, pour 17,1 millions d'hectares dans l'hexagone. Quelles soient tropicales humides comme en Guyane, Guadeloupe ou Martinique, sèches comme sur la côte ouest de la Nouvelle-Calédonie, ou boréales à Saint-Pierre-et-Miquelon, ce sont des écosystèmes d'une grande richesse biologique. La forêt guyanaise est le plus important massif forestier français et la moitié sud est du Département est occupée par le Parc amazonien de Guyane. En Polynésie française, la forêt couvre 57 % des terres, soit environ 200 000 hectares, dont 14 % de forêts primaires. En Nouvelle-Calédonie, les forêts humides sont présentes sur la côte est, tandis que les forêts sèches sont sur la côte ouest.

⁵⁵ <https://sante.gouv.fr/sante-et-environnement/#:~:text=D%27apr%C3%A8s%20l%27OMS%2C,et%20esth%C3%A9tiques%20de%20notre%20environnement.>

la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures. Agir sur les facteurs environnementaux permet de prévenir, préserver et améliorer l'état de santé de la population en améliorant la qualité des eaux, de l'air, des sols, en se protégeant du bruit, tant à l'extérieur que dans les espaces clos que sont les bâtiments, en améliorant la qualité de l'air intérieur et en luttant contre l'insalubrité, les expositions au plomb ou aux fibres d'amiante.

Le CESE rappelle son avis : *Pour une politique publique nationale de santé environnement au cœur des territoires*, rapporté par Isabelle Doresse et Mme Agnès Popelin-Desplanches en 2022. Les conséquences des dégradations de l'environnement sur la santé s'aggravent et sont de plus en plus documentées. En cause, les activités humaines qui contribuent à dégrader nos écosystèmes, parmi lesquelles la surexploitation des ressources naturelles, la déforestation, l'artificialisation des sols, l'étalement urbain, les activités industrielles ou encore le tourisme de masse. Les multiples pressions sur notre biodiversité accentuent non seulement la dégradation des habitats naturels et des écosystèmes, mais augmentent les risques infectieux. La situation en Outre-mer met en exergue la responsabilité de l'État dans de nombreuses formes de pollution (eau potable et assainissement, chlordécone, essais nucléaires...).

Le CESE remarque que le 4^e Plan national santé environnement : « Un environnement, une santé » (2021-2025), n'inclut pas de volet spécifique aux Outre-mer permettant de prendre en compte les enjeux spécifiques de ces territoires.

Des Plans régionaux santé environnement (PRSE) ont été mis en place dans chacun des départements et régions d'Outre-mer (DROM), mais pas dans les Collectivités d'Outre-mer (COM) et en Nouvelle-Calédonie compte tenu de leurs compétences propres. L'État pourra accompagner ces Collectivités d'Outre-mer et le gouvernement local de Nouvelle-Calédonie dans l'élaboration de schémas territoriaux, équivalents aux Plans régionaux santé environnement dans les territoires, qui n'en sont pas pourvus.

Le CESE souligne l'intérêt de mettre en place des dispositifs de surveillance intégrés (humaine, animale, environnementale), adaptés aux réalités ultramarines (insularité, biodiversité, climat) sur chacun des territoires. Les plans régionaux de santé environnement (PRSE), les schémas de prévention sanitaire et les politiques agricoles doivent incorporer l'approche « une seule santé ».

Des outils de formation, de sensibilisation et de mobilisation des professionnels devront être mis en place pour adopter une posture « une seule santé » dans tous les secteurs d'activité concernés (santé, agriculture, exploitation forestière, environnement...).

2.1. L'accès à l'eau potable et à l'assainissement

La délégation aux Outre-mer a rendu un avis en octobre 2022 sur *La gestion de l'eau et de l'assainissement dans les Outre-mer*, rapporté par Mme Michèle Chay et Mme Sarah Mouhoussoune. Le manque d'eau reste un véritable obstacle au développement économique et social des Outre-mer. Cette insuffisance a été particulièrement criante pendant la crise sanitaire qui a montré l'importance vitale de l'accès à l'eau pour maintenir des conditions de santé et l'hygiène acceptables. Les pénuries d'eau nuisent aussi au fonctionnement des établissements de santé : les personnels ne peuvent plus se laver les mains ou faire la toilette des patients. Des coupures d'eau de quatre jours ont impacté les établissements hospitaliers de Baie-Mahault en Guadeloupe, des opérations ont dû être reprogrammées et le service de maternité être fermé faute d'eau.

La situation critique de l'eau à Mayotte présente des risques pour la santé publique. La population nourrit une inquiétude quant à la qualité de l'eau distribuée par le réseau. L'ARS se veut toutefois rassurante. D'après une évaluation de l'INSEE, les risques sanitaires associés à l'approvisionnement en eau non conforme (maladies hydriques, gastroentérites ou diarrhées) toucheraient 7 300 habitants, dont 1 450 enfants de moins de 5 ans. L'eau du robinet a été déconseillée à la consommation des enfants de moins de 4 ans dans le nord-est de l'île en raison d'un excès de manganèse. L'incidence de la fièvre typhoïde, maladie endémique à Mayotte, a baissé grâce à l'installation de fontaines et de rampes d'eau potable. Un tiers des habitants de Mayotte n'a pas d'eau courante, soit plus de 80 000 personnes selon une étude de l'INSEE⁵⁶. La moitié des habitants des maisons en tôle dispose d'un robinet collectif dans la cour ou le voisinage, tandis que les autres s'approvisionnent à une borne fontaine, un puits ou une rivière. Une partie des habitants recueille ainsi l'eau de pluie dans des bidons et toutes sortes de récipients pour les usages domestiques et l'utilise pour cuisiner. L'usage courant d'eau des rivières fait courir des risques infectieux, bactériens et microbiologiques, car elle est souillée par des germes et des polluants chimiques.

Les gastro-entérites, hépatites A, fièvres typhoïdes, salmonelles sont très répandues dans les quartiers informels de Mayotte où les conditions d'hygiène sont très dégradées. Ne pas avoir de l'eau chez soi, ou seulement un jour sur deux, ne facilite pas le lavage des mains. Des cas sévères de diarrhées aiguës entraînent de nombreuses hospitalisations au Centre Hospitalier de Mayotte. L'hépatite A est omniprésente, particulièrement chez les jeunes : en 2015, les analyses de sang effectuées auprès de 630 jeunes du Service militaire adapté (SMA) faisaient apparaître que 90 % d'entre eux avaient été en contact avec le virus, sans pour autant développer la maladie⁵⁷. L'ARS dispose d'un système de surveillance très partiel : elle n'est ainsi

⁵⁶ Pierre Thibault, « Quatre logements sur dix sont en tôle en 2017. Évolution des conditions de logement à Mayotte », *INSEE analyses Mayotte*, n° 18, août 2019. Dans 60 % des logements, il manque soit l'eau courante, des toilettes ou une douche. L'eau est absente dans 29 % des résidences principales, deux fois plus qu'en Guyane (14 %). La moitié des habitations précaires, les « banga », sont dépourvues d'eau courante (56 %), mais une partie des logements construits en « dur » en sont aussi privés (12 %).

⁵⁷ Mayotte confrontée aux maladies de l'eau, *Le Journal de Mayotte*, 7 février 2017.

pas en mesure d'identifier les cas groupés de maladies diarrhéiques et il n'existe pas de « surveillance syndromique » dans les urgences des quatre hôpitaux périphériques et dans les dispensaires. Comme le montrent les registres des cancers, les tumeurs du système digestif aux Antilles, Guyane et à La Réunion sont plus fréquentes que dans l'hexagone, en raison de la forte prévalence de la bactérie *Helicobacter Pylori*, transmise par l'eau souillée⁵⁸.

Le CESE rappelle ses préconisations afin d'améliorer l'accès et la sécurité sanitaire des eaux : les moyens de surveillance épidémiologiques doivent être renforcés à Mayotte ; le CESE demande la mise en place par les pouvoirs publics de rampes de distribution dans les quartiers d'habitat informel afin de permettre un accès à une eau potable de qualité, dont la distribution est contrôlée et sécurisée afin d'éviter les trafics et les violences ; le CESE rappelle sa préconisation en faveur d'un droit opposable à l'accès à l'eau potable pour tous et toutes permettant d'enjoindre à l'intercommunalité responsable du service public local de l'eau de fournir un service d'eau potable, de qualité et accessible financièrement ; le CESE propose de systématiser la mise en place dans tous les Outre-mer d'un tarif social de l'eau, sous condition de ressources, sur la base d'un forfait de 400 litres d'eau par jour, par foyer, soit 150 m³ par an, permettant l'accès à une eau potable de qualité pour tous⁵⁹.

La question de l'assainissement est aussi directement liée aux enjeux de santé-environnement. Le développement d'un assainissement adapté, qu'il soit collectif ou individuel, doit être une priorité afin d'éviter les rejets nocifs dans l'environnement. Ce problème est largement sous-estimé par les pouvoirs publics alors qu'il a des conséquences importantes en termes de santé.

2.2. Les pollutions au mercure en Guyane

La pollution au mercure des rivières guyanaises constitue une crise environnementale et sanitaire majeure, révélatrice des tensions entre exploitation illégale des ressources, protection des milieux naturels et conséquences pour la santé des populations.

Des études épidémiologiques ont mis en évidence la contamination des populations amérindiennes du Haut-Maroni et de l'Oyapock en Guyane par le mercure. Cette contamination résulte principalement de l'activité d'orpaillage illégal, qui utilise le mercure pour amalgamer l'or lors du processus d'extraction. L'ONG WWF France estime à environ 13 tonnes de mercure déversées chaque année dans la nature en Guyane dans le cadre de l'orpaillage illégal.

L'imprégnation des populations du fleuve se fait majoritairement par la consommation de poissons de rivière. Le mercure rejeté dans les rivières se transforme progressivement en méthylmercure, forme hautement toxique qui

⁵⁸ <https://la1ere.franceinfo.fr/acces-a-l-eau-aux-soins-alimentation-quels-sont-les-facteurs-qui-exploquent-une-mortalite-plus-elevee-dans-les-outre-mer-1603677.html>

⁵⁹ La délégation aux Outre-mer a rendu un avis en octobre 2022 sur *La gestion de l'eau et de l'assainissement dans les Outre-mer*.

s'accumule dans la chaîne alimentaire. La contamination est d'autant plus préoccupante que le mercure persiste plusieurs décennies dans les sols et les sédiments.

Des études menées par Santé publique France et l'ANSES ont confirmé des taux de mercure dans le sang chez certaines populations du Haut-Maroni et du Haut-Oyapock supérieurs aux seuils recommandés. Les conséquences neurotoxiques de la présence de mercure (10 % de la population des fleuves a un taux supérieur à 10 microgrammes par litre de sang) et de plomb sont délétères pour la santé des habitants, en particulier pour les jeunes enfants. Une action de prévention consisterait à éviter la consommation de certains poissons locaux, ce qui est très problématique chez les populations traditionnelles dont l'alimentation est largement basée sur cette ressource.

2.3. Le Chlordécone aux Antilles

Entre 1972 et 1993, le chlordécone, pourtant reconnu comme cancérigène dangereux par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dès 1979, a été utilisé aux Antilles comme produit phytosanitaire dans les bananeraies. Les conséquences ont été terribles surtout pour les personnes chargées de l'épandage des produits sans équipements de protection adéquats, ainsi que pour celles assurant le transport des productions agricoles. La molécule, qui se répand partout dans les sols et dans le corps humain, est présente pour sept siècles dans l'environnement⁶⁰.

La contamination au chlordécone entraîne des conséquences sanitaires importantes aux Antilles. Ce perturbateur endocrinien neurotoxique est à l'origine de cancers de la prostate chez l'homme et de cancers du sein et de l'utérus chez la femme⁶¹. La présence de chlordécone a été détectée dans le sang de 90 % des femmes enquêtées et elle a été repérée dans le lait maternel 72 heures après accouchement de 40 % des enquêtées de l'étude Hibiscus. Contrairement aux

⁶⁰ L'Office parlementaire d'évaluation scientifique et technique a rendu public en 2023 un rapport concernant *L'impact de l'utilisation de la chlordécone aux Antilles françaises*, rapporté par la sénatrice Mme Catherine Procaccia. Selon les estimations de ce rapport, les concentrations en chlordécone dans les sols pourraient être inférieures aux limites de détection actuelles d'ici la fin du siècle. Ce résultat doit toutefois être apprécié avec prudence, des études complémentaires étant nécessaires pour le confirmer ou l'infirmer. Il est probable que, même après la disparition de la chlordécone contenue dans les sols, la pollution des eaux se poursuive pendant plusieurs dizaines d'années. Cette contamination des eaux douces se répercute sur les eaux marines, dont la pollution diminue avec l'éloignement de la côte. La contamination concerne aussi les végétaux qui poussent dans le sol, comme les racines et les tubercules, ainsi que les légumes qui poussent en contact avec le sol et les fourrages destinés à l'alimentation animale. Plusieurs équipes de recherche se sont intéressées à sa suppression ou la réduction de la persistance de la chlordécone dans les milieux naturels antillais.

⁶¹ Les études menées depuis 2009 ont établi un lien de présomption forte entre l'exposition à la chlordécone et la survenue de cancers de la prostate. L'action du chlordécone sur les récepteurs des œstrogènes en fait un promoteur de tumeurs pouvant favoriser le développement de cancers hormono-dépendants. Il a également des conséquences sur la grossesse : diminution de la période de gestation et augmentation du risque de naissance prématurée, augmentation des risques de développer des pathologies durant la grossesse selon la cohorte mère-enfant Timoun. L'étude Timoun est une recherche biomédicale menée conjointement par l'Unité 1085 de l'Inserm et les Services de Gynécologie-Obstétrique et de Pédiatrie du CHU de Pointe-à-Pitre.

hommes dont le cancer de la prostate dû à la contamination au chlordécone a été reconnu, les femmes ne perçoivent pas d'indemnisations. En effet, le décret n° 2021-1724 du 20 décembre 2021 reconnaît le seul cancer de la prostate comme maladie professionnelle en lien avec l'exposition au chlordécone ce qui ouvre des droits à prise en charge et indemnisation. Les pathologies touchant les femmes ne sont pas reconnues comme maladies professionnelles créant ainsi une discrimination envers notamment les ouvrières agricoles qui s'occupent de l'épandage et du nettoyage des parcelles. Or, les femmes, et notamment les ouvrières agricoles, qui s'occupent de l'épandage et du nettoyage des parcelles, ont été particulièrement touchées.

La pollution au chlordécone a des conséquences sur la santé des femmes. Il s'agit en particulier de conséquences cardiotoxiques : l'insuffisance cardiaque est ainsi la première cause de mortalité et de comorbidité en Martinique et Guadeloupe. Les femmes ont en outre des problèmes métaboliques (obésité, hypertension) qui se cumulent. En Martinique, les taux de cancers des ovaires et du sein sont anormalement élevés y compris chez des femmes jeunes, et l'endométriose est répandue. Madame Josiane Jos Pelage, pédiatre et présidente de l'association médicale de sauvegarde de l'environnement et de la santé, dénonce depuis des années un manque d'accompagnement médical à la hauteur, notamment en ce qui concerne les femmes enceintes et les dépistages du cancer du sein⁶².

Dans l'avis *Inégalités de genre, crise climatique et transition écologique*⁶³, le CESE préconise la reconnaissance en tant que maladie professionnelle de toutes les affections résultant de l'exposition au chlordécone, en particulier les cancers du sein, de l'utérus et les pathologies développées lors de la grossesse. Une campagne de prévention et de dépistage doit être menée en direction de l'ensemble de la population, en particulier chez les femmes. Une vigilance particulière doit être apportée à tous les cancers affectant les femmes.

L'Institut national du cancer (INCA) lance un nouveau programme de recherche financé à hauteur de 3,5 millions d'euros, réunissant des experts internationaux, qui vise à répondre à la question de la part du risque d'occurrence de cancers, et particulièrement les cancers évolutifs, liés au chlordécone.

⁶² Ulysse Eline, « En Guadeloupe, une étude lancée pour étudier l'impact de la chlordécone sur la fertilité des femmes », *Outremers360°*, juillet 2024. Une étude a été lancée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale de Guadeloupe, en lien avec le CHU et l'Institut Pasteur du territoire, afin d'évaluer l'impact du chlordécone sur la fertilité des femmes. Utilisé entre 1972 à 1993 dans les bananeraies de Guadeloupe et de Martinique pour lutter contre le charançon, ce pesticide a des effets extrêmement néfastes sur la santé humaine et l'environnement. L'objectif de cette étude est de « de mettre en lien des pathologies d'infertilité, comme l'endométriose, le syndrome des ovaires polykystiques ou une réserve ovarienne basse, avec le taux de chlordécone ». Les résultats ne seront pas disponibles avant 2027-2028. Voir l'avis *Inégalités de genre, crise climatique et transition écologique*, rapporté par M. Antoine Gatet et Mme Aminata Niakaté, en 2023, avec une contribution de la délégation aux Outre-mer rapportée par M. Alain André.

⁶³ Voir l'avis du CESE, *Inégalités de genre, crise climatique et transition écologique*, rapporté par M. Antoine Gatet et Mme Aminata Niakaté, en 2023, avec une contribution de la délégation aux Outre-mer rapportée par M. Alain André.

2.4. Les sargasses aux Antilles

Les riverains des littoraux aux Antilles sont exposés à la présence d'algues brunes, les sargasses, qui relâchent des gaz nauséabonds et toxiques lors de leur décomposition, pendant une période allant de janvier à août, avec des épisodes de plus en plus longs et intenses. L'élévation de la température des océans, le relargage massif de nutriments en mer qui sous l'effet de la photosynthèse se transforment, ou encore la déforestation de la forêt amazonienne, semblent expliquer la prolifération des sargasses.

Les dépôts d'algues en décomposition occasionnent des risques pour la santé. Des doses élevées de sulfure d'hydrogène présentes dans l'air peuvent avoir pour effet une irritation des yeux (conjonctivite, gêne à la lumière vive) et des voies respiratoires (rhinite, enrouement, toux, douleur thoracique). Les effets constatés sont nombreux : céphalées, éruptions cutanées, conjonctivite, troubles digestifs, vertiges, toux, rhinorrhées. Les effets sanitaires à long terme ne sont pas connus. Les incidences sur la santé dépendent de la constitution physique des personnes ainsi que les possibilités de mobilité qu'elles possèdent. Les personnes impactées sont souvent âgées, isolées, ayant une mobilité réduite. A l'intérieur des habitations, elles sont exposées à l'hydrogène sulfuré et l'ammoniaque issus de leur décomposition, dont les effets après exposition s'avèrent souvent chroniques. Cette situation affecte leur vie sociale et conduit à des situations d'exclusion. Ce problème est également révélateur d'inégalités sociales. Les communes les plus atteintes sont celles où habitent les personnes les plus modestes qui sont contraintes de rester sur place par manque de moyens et de mobilité, alors que les personnes plus aisées partent pendant la saison des sargasses. Vient s'ajouter un problème de précarité foncière : les droits d'occupation des logements littoraux ne sont souvent pas au nom des occupants et les personnes craignent de quitter leur domicile⁶⁴.

2.5. Les conséquences des essais nucléaires en Polynésie française sont associés à un surrisque de cancers de la thyroïde

En Polynésie française, les conséquences des 193 essais nucléaires menés par la France pendant 30 ans (1966-1996) restent encore présentes alors que ni les travailleurs, ni les populations n'ont été informés de leur exposition aux radiations. Chargé par le ministère des Armées de dresser un rapport sur les conséquences sanitaires sur les populations polynésiennes, l'INSERM relève que les essais nucléaires sont responsables de 2,3 % des cas de cancer de la thyroïde constatés en Polynésie française⁶⁵.

⁶⁴ Voir l'avis du CESE : Antoine Gatet et Aminata Niakaté, *Inégalités de genre, crise climatique et transition écologique*, mars 2023

⁶⁵ Dans un rapport issu d'une expertise collective de l'Inserm délivré en 2021, les chercheurs et chercheuses mobilisés font état de deux études épidémiologiques publiées sur le sujet, dont une concernant le risque de développer un cancer de la thyroïde. Celui-ci constitue le risque sanitaire le plus important pour la population vivant à proximité des sites où ont eu lieu les essais nucléaires, en raison de la quantité d'iode radioactif libérée lors des essais nucléaires et de son absorption active par la thyroïde. Sur l'ensemble des cas de cancers (395 personnes), les scientifiques n'ont pas trouvé d'association significative entre la dose de

Une Commission d'enquête de l'Assemblée nationale relative à *La politique française d'expérimentation nucléaire, à l'ensemble des conséquences de l'installation et des opérations du Centre d'expérimentation du Pacifique en Polynésie française, à la reconnaissance, à la prise en charge et à l'indemnisation des victimes des essais nucléaires français, ainsi qu'à la reconnaissance des dommages environnementaux et à leur réparation*, a rendu un rapport en juin 2025. La commission remarque que malgré les réels progrès de la surveillance médicale constatés en Polynésie française, l'analyse de la situation sanitaire s'agissant du recensement des pathologies cancéreuses demeure complexe. Les derniers chiffres du registre d'incidence des cancers en Polynésie française, qui sont publics, indiquent plutôt une baisse de l'incidence des cancers de la thyroïde, désormais comparable à celle des États-Unis. Affirmer qu'il existe une augmentation globale de l'incidence des cancers en Polynésie française est, pour l'instant, incertain et probablement incorrect. La difficulté d'appréhender l'évolution des cas de cancers au sein de la population polynésienne se double de débats légitimes quant à leur éventuelle origine radio-induite, ce qui interroge directement les conséquences sanitaires des retombées radioactives liées aux essais nucléaires. En l'état des connaissances scientifiques, l'évaluation des risques sanitaires provoqués par les retombées radioactives apparaît imprécise, tant au regard de la pluralité de causes susceptibles d'engendrer des pathologies cancéreuses que de la délicate prise en compte de facteurs spécifiquement liés à un environnement ou à une population donnée.

La commission recommande de croiser les données détenues par l'Institut du Cancer de la Polynésie française (ICPF) et du Centre médical de suivi des anciens travailleurs du CEP dans le cadre du « Plan Cancer » de la Polynésie française (recommandation n°7), et de conduire des recherches relatives à l'existence d'effets transgénérationnels de l'exposition aux rayonnements ionisants sur la population polynésienne provoqués par les essais nucléaires (recommandation n°8).

2.6. La présence de métaux lourds en Nouvelle-Calédonie

En Nouvelle-Calédonie, la présence de métaux en concentration parfois élevée dans le milieu naturel (nickel, cobalt, chrome, fer, manganèse), constitue un fond géochimique qui peut affecter les eaux de consommation, sans que les conséquences sur la santé humaine ne soient bien connues à ce jour. Des risques de pollution des rivières existent également lors des crues, par transfert de matériaux issus des anciennes exploitations minières. Les sociétés minières sécurisent leur stockage de matériaux stériles et végétalisent les sites après exploitation. L'étude Metexpo financée en 2018 par le Centre national de recherche technique (CNRT) a montré la forte exposition des Calédoniens aux métaux lourds, sans conclure sur les risques sanitaires, ni sur la responsabilité de la mine dans cette contamination. Les voies de

radiation à la thyroïde et le risque de cancer thyroïdien. À partir de ces données croisées (déplacement des populations, habitudes alimentaires et taux d'incidence des cancers de la thyroïde), les chercheurs et chercheuses ont aussi effectué une prédiction de risque et montré que, sur la base des modèles de risque actuels, les essais nucléaires réalisés par la France pourraient être responsables au total de 2,3 % des cas totaux de cancer de la thyroïde (intervalle de confiance entre 0,6 et 7,7 %).

contamination sont nombreuses, par l'inhalation de poussière, par l'eau de boisson et par les aliments chargés en métaux. Les proportions de la population qui dépassent les valeurs internationales de référence sont les suivantes : 90 % des enfants et 47 % des adultes sont exposés au chrome, 13 % des enfants et 9 % des adultes sont exposés au nickel. Les experts appellent donc à conduire des études complémentaires et restent très prudents sur les risques pour la santé des populations.

Préconisation 2

Le CESE préconise de faire des enjeux de santé-environnement des priorités des projets régionaux de santé.

Les Plans régionaux santé-environnement (PRSE) doivent être mis à jour dans chacun des DROM (PRSE 4 Guadeloupe-Martinique-Guyane 2021-2025 ; PRSE La Réunion-Mayotte 2022-2026), et des documents de planification équivalents doivent être établis dans les Collectivités d'Outre-mer et en Nouvelle-Calédonie.

Des études complémentaires doivent être menées sur les risques épidémiologiques associés notamment en ce qui concerne les métaux lourds en Nouvelle-Calédonie et les conséquences des essais nucléaires en Polynésie française, dont les impacts sanitaires ne sont pas toujours connus.

Une meilleure information de prévention sur les liens entre environnement et santé est nécessaire afin de réduire les risques d'exposition des populations aux pollutions (campagnes d'information et de prévention) et prévenir les impacts sanitaires liés à la dégradation de l'environnement (renforcement de la surveillance, mise en place de systèmes d'alerte et de veille sanitaire, sensibilisation des professionnels de santé, actions d'éducation à l'environnement).

3. Les nouvelles « urgences » de santé publique

3.1. Une prévalence de plus en plus forte de certaines maladies chroniques : diabète, problèmes cardiaques, certains cancers, maladies infectieuses

Les Outre-mer présentent des spécificités épidémiologiques et socio-économiques ainsi que certains facteurs de risques (obésité, sédentarité, tabac, alcool), qui ont conduit à une forte augmentation des maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers) parmi la population sur les trois dernières décennies. Ces affections sont responsables d'une mortalité prématurée élevée et constituent un enjeu majeur de santé publique sur ces territoires.

Le diabète est une épidémie massive en Outre-mer

La prévalence du diabète est deux à trois fois supérieure en Outre-mer à celle observée au niveau national. Près de 14 % des Réunionnais déclarent avoir été diagnostiqués diabétiques par un médecin⁶⁶. Le diabète est 4 fois plus fréquemment déclaré par les personnes non diplômées (21 % des non diplômés contre 5 % des diplômés du bac ou plus) et 2 fois plus par les personnes déclarant les plus faibles revenus. Elle est de 12 % en Guadeloupe, 11,6 % en Guyane et 11,5 % en Martinique d'après le baromètre de Santé publique France de 2021. A titre de comparaison, en France hexagonale, la prévalence en 2016 chez les 18-74 ans était de 5,7 %, et dans le monde en 2021, chez les 20-79 ans, elle atteignait 10,5 %. La proportion des femmes touchées dans les DROM par le diabète est également plus élevée : 59 % en Guadeloupe et Martinique, 57 % en Guyane, 54 % à La Réunion, contre 45 % dans l'hexagone. En revanche, l'indice de masse corporel (IMC) moyen des personnes souffrant de diabète est plus faible en Outre-mer, même si la majorité des malades est en surpoids. On note aussi un âge moyen de diagnostic plus jeune à La Réunion et en Guyane (63 et 61 ans), comparé aux Antilles (68 ans en Guadeloupe et 67 ans en Martinique), ou à l'hexagone (68 ans).

Les habitants ultramarins sont plus exposés aux risques de complications liées au diabète. Les complications (insuffisance rénale chronique, amputations, atteintes cardio-vasculaires) y sont plus fréquentes, reflétant des diagnostics souvent tardifs et un suivi irrégulier. L'étude Entred⁶⁷ rapporte qu'en population diabétique, les hospitalisations pour amputations de membres inférieurs étaient, respectivement 1,5 et 1,3 fois plus fréquentes en Martinique et à La Réunion, en 2021, par rapport au reste de la France (à titre d'exemple, à La Réunion en 2022, on recense environ 370 amputations des membres inférieurs liées au diabète, soit environ 31 amputations par mois⁶⁸) ; les hospitalisations pour accident vasculaire cérébral (AVC) étaient 1,5 fois

⁶⁶ https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/ors_rap_bspf_nutri_diab_reunion_mars2024.pdf

⁶⁷ https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/20-21/pdf/2023_20-21_1.pdf ; le taux d'obésité atteint en moyenne 18,1 % au niveau national.

⁶⁸ Le risque d'amputation lié au diabète dans certains DROM dépasse significativement celui de l'hexagone : par exemple, en Martinique, le risque est estimé à environ 30 % plus élevé qu'en France hexagonale pour les amputations des membres inférieurs. À La Réunion, le taux d'amputations rapporté à la population ≥ 45 ans est très élevé, environ 3 fois le niveau national.

plus fréquentes à La Réunion et les hospitalisations pour insuffisance rénale chronique terminale 2 fois plus fréquentes en Martinique, 1,7 fois à La Réunion, 1,6 fois en Guyane et 1,3 fois en Guadeloupe.

Le surpoids et l'obésité

Alors que le surpoids et l'obésité concernent 48,8 % de la population française (30,7 % en surpoids seuls, et 17,9 % en situation d'obésité)⁶⁹, les territoires ultramarins connaissent des niveaux nettement plus élevés que la moyenne nationale. Cette situation résulte d'une combinaison de facteurs socio-économiques et culturels : précarité accrue, forte consommation d'aliments ultra-transformés, accès limité à une alimentation saine, sédentarité croissante liée à l'urbanisation et au manque d'infrastructures sportives adaptées. Selon l'OFÉO en 2024, plus de la moitié des ultramarins (51,8 %) présentent un indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25 (surpoids ou obésité). Parmi eux, 22,4 % sont obèses (IMC ≥ 30). Les ultramarins sont donc significativement plus touchés. D'après les Enquêtes Santé DOM de 2019⁷⁰, 52 % des guadeloupéens et 53 % des martiniquais sont en surpoids ou obèses. En Nouvelle-Calédonie, le taux d'obésité atteint 38 % de la population et en Polynésie française 48 %. À titre de comparaison, les taux d'obésité s'élèvent à 20 % en Guadeloupe, Martinique et Guyane, 16 % à La Réunion et 26 % à Mayotte⁷¹. Enfin, selon l'enquête STEPS de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2019), 70,4 % de la population adulte de Wallis-et-Futuna est en situation d'obésité⁷². Ces écarts entre les Outre-mer et la moyenne nationale, particulièrement marqués dans le Pacifique, traduisent une véritable priorité de santé publique. L'obésité constitue un facteur de risque important de maladies chroniques non transmissibles : diabète de type 2, hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires ou certains cancers, dont la prévalence est particulièrement élevée dans ces territoires.

Cette situation ne peut être pleinement comprise sans la relier aux comportements alimentaires et à la qualité de l'alimentation. Les Outre-mer rencontrent des problèmes nutritionnels largement communs : les habitudes alimentaires ont fortement évolué depuis une trentaine d'années (davantage d'aliments importés et transformés, moins diversifiés, apports nutritionnels faibles, pauvres en fibres ou micronutriments, apports défavorables à la santé en sucre, lipides, sel...) et les populations les plus pauvres continuent à souffrir de la précarité alimentaire. Les études montrent une convergence entre les contextes de vulnérabilité alimentaire ou socio-économique présents en Outre-mer et la forte prévalence d'obésité (voir notamment Institut de recherche pour le développement)⁷³.

⁶⁹ Etude-epidemiologique-sur-le-surpoids-et-l'obesite-Odoxa-LNCO-OFEO-2024-ConfPresse-1.pdf

⁷⁰ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5390716#:~:text=En%202019%2C%20le%20surpoids%20et,des>

⁷¹ Cour des comptes, rapport public annuel 2025 Les politiques publiques en faveur des jeunes, Volume 2 - La prévention de l'obésité chez les jeunes : l'exemple de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie française

⁷² Wallis & Futuna - Enquête sur la prévalence des facteurs de risque de maladies non transmissibles - STEPS 2019

⁷³ https://outremers360.com/bassin-atlantique-appli/decryptage-obesite-dans-les-outre-mer-a-qui-la-faute?utm_source=chatgpt.com. Mme Marie-Elise Sextius présidente de l'Association Antilles-Guyane de

Face à ce constat, la mise en place d'une politique territorialisée et coordonnée de lutte contre l'obésité est nécessaire en Outre-mer, reposant sur la prévention dès le plus jeune âge, un accès élargi à une alimentation saine et locale, le développement de l'activité physique, un accompagnement médical et social renforcé, et une adaptation des politiques publiques aux réalités culturelles de chaque région.

Les maladies cardio-vasculaires

Elles constituent la première cause de mortalité prématurée dans plusieurs territoires ultramarins. Les départements ultramarins (La Réunion, Guyane, Martinique et Guadeloupe) connaissent ainsi les taux d'incidence de patients hospitalisés les plus élevés pour les accidents cardio-vasculaires. Alors que ceux-ci touchent environ 2 % de population adulte, cette maladie concerne 2,4 % à 3,3 % des habitants de ces territoires. L'hypertension artérielle est très fréquente, souvent insuffisamment contrôlée. D'après Santé publique France, la prévalence de l'hypertension artérielle reste très élevée dans les DROM, particulièrement chez les femmes. Elle est de 31,5 % en Martinique, 29,9 % en Guadeloupe, 22,7 % en Guyane et 20,8 % à La Réunion⁷⁴.

Les maladies cardio-neuro-vasculaires (cardiopathies ischémiques, accidents vasculaires cérébraux) frappent durement les Outre-mer. La prévalence antillaise des AVC est plus importante que les taux nationaux ainsi que la mortalité malgré des unités neurovasculaires relativement bien équipées en lits. La Martinique⁷⁵ se distingue par des taux de mortalité, de prévalence et d'hospitalisations liés aux AVC supérieurs aux moyennes nationales : le taux d'incidence atteint 295 hospitalisations pour 100 000 habitants, supérieur à la moyenne nationale de 231, avec en moyenne 903 patients hospitalisés par an. De plus, la mortalité standardisée liée aux AVC atteint 87 décès pour 100 000 habitants en Martinique, bien supérieure à la moyenne nationale qui est de 58. Pour Santé publique France, les résultats sont clairs et montrent la nécessité d'une prévention plus efficace de l'AVC dans certains territoires et populations. L'organisme rappelle l'importance d'agir sur les facteurs de risque bien connus, mais toujours très présents, l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'obésité, la sédentarité, le diabète, les troubles du sommeil, la consommation d'alcool et la pollution atmosphérique. La prévalence des AVC est également importante à La Réunion avec un âge moyen de 68 ans lors de l'accident. Mais c'est un autre type de maladie cardiovasculaire qui inquiète Santé publique France sur l'île : les cardiopathies ischémiques. Elles sont le résultat d'une insuffisance d'oxygénation du cœur, et peuvent se traduire par un infarctus du myocarde. La Guyane et Mayotte connaissent des taux d'AVC importants et ne disposent d'aucun lit en unité neurovasculaire. À Mayotte, en 2023 pourtant, les accidents cardio-vasculaires représentent la première

lutte contre l'obésité, le surpoids et la sédentarité chez l'enfant (Agosse) s'alarme : « *Nous vivons dans des environnements obésogènes* ».

⁷⁴ https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/8/2023_8_2.html

⁷⁵ <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/bulletin-regional/2025/maladies-cardio-neuro-vasculaires-en-martinique.-bulletin-du-30-juin-2025>

cause d'hospitalisation des adultes au Centre hospitalier de Mamoudzou, qui reçoit chaque année plus de 250 appels concernant des AVC⁷⁶.

Les cancers

Le cancer reste la deuxième cause de mortalité dans les Outre-mer. Les indicateurs épidémiologiques du cancer en Outre-mer révèlent des profils assez distincts de l'hexagone. Dans la plupart des DROM, l'incidence est plus faible qu'au niveau national : en 2022, les taux d'incidence standardisés de tous les cancers (à l'exception du cancer de la peau non-mélanome), pour 100 000 habitants, étaient en Guadeloupe de 245,1, Guyane de 195,5, Martinique de 215,6, et à La Réunion de 203, soit des taux inférieurs à celui de la France hexagonale qui est de 316,6. Le nombre de nouveaux cas au niveau du sein (compris entre 55,7 et 77,2), du côlon et du rectum (variant entre 16,2 et 22,8) est également plus faible dans les DROM, en comparaison avec le territoire national (respectivement 105,4 et 32,1). Cependant, la Guadeloupe (157,5), la Guyane (94,1) et la Martinique (134,3) affichent des valeurs significativement plus élevées pour la prostate par rapport à la France hexagonale (82,3), alors que La Réunion présente une survenue moins marquée (59,6) (International Agency for Research on Cancer, 2022)⁷⁷. Cette moindre incidence des cancers reflète en partie une population généralement plus jeune (hors de La Réunion ou de la Nouvelle-Calédonie). La répartition des localisations est aussi spécifique, notamment le cancer de la prostate arrive en tête chez les hommes : 157,5 en Guadeloupe et 134,3 en Martinique, bien au-delà des taux nationaux, phénomène accentué aux Antilles par la pollution au chlordécone. Chez les femmes, les cancers du col de l'utérus sont surreprésentés (notamment en Guyane et à La Réunion) du fait d'une population très jeune et d'une moindre prévention. D'autres spécificités locales sont observées : à La Réunion, le cancer du poumon est particulièrement présent lié à une forte tabagie locale ; en Nouvelle-Calédonie les cancers de la prostate, du poumon, et du sein chez la femme sont aussi surreprésentés ; en Polynésie française, les hommes présentent surtout des cancers de la prostate et du poumon, et les femmes du sein et de la thyroïde. Les facteurs sociétaux et environnementaux jouent ainsi un rôle majeur : tabagisme élevé (Nouvelle-Calédonie, Polynésie française), obésité (Polynésie française), manque de prévention des maladies sexuellement transmissibles (Guyane, La Réunion), ainsi que des expositions locales (chlordécone aux Antilles, essais nucléaires en Polynésie française) expliquent en partie ces profils de risque spécifiques à certains territoires.

Les chances de survie à un cancer sont plus faibles en Outre-mer qu'en hexagone. D'après une étude de Santé publique France, certains cancers présentent des chances de survie à 5 ans significativement inférieures dans les trois territoires ultramarins étudiés (La Réunion, Guadeloupe, Martinique) à celles affichées en

⁷⁶ <https://la1ere.franceinfo.fr/en-outre-mer-gare-aux-maladies-cardiovasculaires-1567414.html>

⁷⁷ <https://outremers360.com/bassin-atlantique-appli/expertise-les-cancers-dans-les-petits-pays-et-territoires-insulaires-constats-statistiques-explications-socio-economiques-et-positionnement-des-drom>

hexagone⁷⁸. L'étude montre des disparités de survie importantes dans les trois régions. À la Réunion ainsi, pour les cancers de l'ensemble lèvre -bouche-pharynx, la survie à 5 ans est de 57 % contre 63 % dans hexagone. Les tendances sont similaires pour la majorité des autres localisations : sein (81 % contre 88 %), l'utérus (67 % contre 74 %), prostate (85 % contre 93 %), ensemble « myélomes multiples et plasmocytomes » (52 % contre 60 %). En Guadeloupe, on observe pour le cancer du corps de l'utérus, un écart de survie nette standardisée à 5 ans avec l'hexagone de 20 points en défaveur de la Guadeloupe (55 %). Pour les cancers du sein et les myélomes multiples et plasmocytomes, la survie à 5 ans est inférieure de 9 points comparée à la moyenne de l'hexagone. En Martinique, les cancers de la prostate ont un pronostic plus favorable qu'en hexagone (95 % contre 93 %). Les cancers du col de l'utérus, de l'ensemble lèvre -bouche-pharynx, de l'estomac, du poumon présentent des taux de survie équivalent à celles de la moyenne pour la France hexagonale. Ils sont en revanche inférieurs pour les cancers du corps de l'utérus (- 24 % par rapport à l'hexagone). Pour Santé publique France, l'un des enjeux essentiels, dans le cadre de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021 - 2030, est surtout de réduire les délais de prise en charge⁷⁹. L'étude évoque certaines caractéristiques propres aux territoires qui peuvent éclairer en partie ces résultats et les différences observées avec l'hexagone sans pour autant les expliquer totalement. Une participation moins importante aux dépistages organisés des cancers, un accès aux soins plus difficile, une prévalence plus élevée de certaines maladies chroniques, un statut socio-économique moins favorisé, des questions sociétales et culturelles, notamment le recours à l'automédication et à l'usage des plantes sont autant de facteurs pouvant potentiellement rendre plus difficiles le diagnostic précoce et la prise en charge de certains cancers. La prévalence de certaines maladies chroniques majeure également les risques de comorbidités susceptibles de réduire la survie des personnes atteintes d'un cancer.

85 % des personnes hospitalisées pour cancer dans les DROM ont reçu la totalité des traitements sur leur territoire ce qui apporte un confort de vie aux patients et évite l'éloignement de leurs proches. Le taux de déplacement sanitaire est inférieur à 20 % aux Antilles et à La Réunion, mais reste supérieur à 50 % en

⁷⁸ Voir : Survie des personnes atteintes de cancer dans les départements et régions d'Outre-mer. 2008-2018. Matériel et méthodes, publié le 29 février 2024. L'enquête a été réalisée en partenariat avec l'Institut national du cancer, le réseau Francim des registres des cancers et les Hospices Civils de Lyon à partir de données allant de 2008 à 2018. Dix localisations cancéreuses sont étudiées : lèvre-bouche-pharynx, oesophage, estomac, côlon et rectum, poumon, sein, col de l'utérus, corps de l'utérus, prostate et myélome multiple et plasmocytome. L'étude porte sur la période de diagnostic 2008-2015, et elle est restreinte aux personnes âgées de 15 ou plus au moment du diagnostic. Le statut vital des personnes a été mis à jour en juin 2018 par les registres selon une procédure standardisée.

⁷⁹ Dans le cadre du Comité Interministériel des Outre-mer qui s'est tenu le 18 juillet 2023, la Première ministre a annoncé une mesure dédiée à la cancérologie (mesure 25). Celle-ci prévoit de : « *Réduire les délais de prise en charge des cancers Les quatre types de cancers les plus prégnants en outre-mer sont les cancers du côlon-rectum, du sein, du col de l'utérus et de la prostate. Pour ces quatre pathologies, les moyens de prévention et de détection précoce seront doublés en outre-mer. Pour les malades du cancer, l'accès aux soins dans des délais rapides constitue un enjeu majeur justifiant la mise en œuvre de coopérations entre établissements de santé pour renforcer la structuration de l'offre existante. Un plan d'action sera finalisé début 2024 pour réduire significativement les délais de prise en charge des cancers* ».

Guyane et à Mayotte, territoires qui devront faire l'objet d'un investissement hospitalier plus important afin de rapprocher les soins du patient.

Davantage d'actions de dépistage doivent être organisées pour les cancers (sein, col de l'utérus, colorectal) : plusieurs études indiquent que l'offre et l'efficacité du dépistage des cancers sont moins favorables en Outre-mer, la participation de la population étant moindre, les cancers sont plus souvent diagnostiqués à un stade plus avancé. La qualité du dépistage et les parcours diagnostiques après dépistage sont aussi plus souvent défaillants.

Le CESE prend note du soutien de l'Institut national du cancer (INCA) à la recherche clinique dans les DROM. Dans le cadre de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 et son axe III.5 : « Assurer l'accès des patients à des thérapies innovantes dans le cadre d'essais cliniques » et de l'Action 5.2 : « Offrir à tous les patients la possibilité de participer à des essais cliniques, ouvrir les essais à plus de centres y compris en Outre-mer, en veillant à la qualité de ces centres pour la recherche clinique », l'Institut national du cancer apporte son soutien financier à l'ouverture de centres investigateurs dans ces territoires. En 2023, dix projets de recherche clinique ont été sélectionnés pour bénéficier d'un soutien financier d'un montant total d'environ 330 000 euros, sur une période d'un à cinq ans. Ces projets permettent à plus de 190 patients atteints de cancers de la thyroïde, de la prostate, de l'oropharynx, de néoplasies myéloprolifératives, de métastases vertébrales, de lymphome cérébral et de leucémie promyélocytaire aiguë d'être inclus dans des essais cliniques sur leurs territoires. Le soutien de l'Institut national du cancer permet d'ouvrir des centres investigateurs : CHU de Guadeloupe, de Martinique et de La Réunion, et de financer les inclusions de patients dans ces trois établissements de santé. En 2024, 28 inclusions ont été réalisées : 25 au CHU de Martinique et 3 au CHU de La Réunion.

Le CESE souligne cette démarche et l'intérêt de permettre aux patients en Outre-mer de pouvoir accéder dans les mêmes conditions que dans l'hexagone, aux traitements les plus innovants et aux essais de recherche clinique des instituts de recherche sur le cancer (Institut Curie, Institut Gustave Roussy, instituts hospitalo-universitaires).

3.2. Des maladies spécifiques et des crises sanitaires localisées

Les maladies infectieuses et tropicales

La plupart des territoires ultramarins, hors Saint-Pierre-et-Miquelon, sont confrontés à des risques épidémiques infectieux latents favorisés par le climat tropical. Sur tous les territoires intertropicaux, les maladies vectorielles constituent une menace sanitaire permanente accentuée par les conditions climatiques, la densité de population et les inégalités d'accès aux soins. C'est le cas en particulier des maladies transmises par l'intermédiaire des moustiques infectés telles que la dengue, le paludisme, le zika et le chikungunya. Le virus Zika a déclenché une épidémie en 2016 dans les Antilles et la Guyane (environ 80 000 consultations liées à Zika), avant de disparaître (plus aucun cas autochtone confirmé après 2017). Le chikungunya,

après une flambée massive en 2005–2006, a réémergé dans l'océan Indien. La Réunion subit ainsi une forte épidémie de chikungunya en 2025, où 55 000 cas ont été confirmés en début d'année. La dengue reste endémique en Guyane avec plus de 20 000 cas cliniquement évocateurs recensés en 2023-2024. Aux Antilles, l'ARS signale une reprise récente du nombre de cas de dengue en Guadeloupe, tandis qu'en Martinique la circulation virale a décliné ces derniers mois. Mayotte est aussi fortement touchée et connaît des maladies infectieuses peu présentes au niveau national, comme l'hépatite A, et a vu des résurgences de choléra ou d'épidémies de fièvres typhoïdes. Le paludisme reste actif en Guyane et résiduel à Mayotte, avec une recrudescence des cas importés.

L'Institut Pasteur de la Guyane (IPG) joue un rôle essentiel dans la lutte contre les maladies infectieuses et tropicales, en particulier les arbovirus, groupe de virus (dengue, chikungunya, zika, fièvre jaune) transmis aux humains et aux animaux par les arthropodes vecteurs, principalement les moustiques et les tiques. Sa mission se décline en trois grands axes complémentaires : la recherche, la surveillance épidémiologique et la formation. Il contribue à l'évaluation de la séroprévalence des arboviroses, à l'analyse des dynamiques de transmission et à la modélisation des épidémies. L'Institut Pasteur joue aussi un rôle important dans le suivi entomologique et virologique du virus Oropouche présent en Guyane dans des zones rurales ou périurbaines. L'Institut Pasteur demande aux autorités de mieux contrôler les vaccinations de fièvre jaune lors des passages à l'aéroport de Cayenne.

La préparation aux risques sanitaires liés aux catastrophes naturelles

Les territoires ultramarins des trois océans sont soumis à une exposition élevée aux phénomènes naturels extrêmes (cyclones, hausse du niveau de la mer, inondations, submersions, glissements de terrain, séismes, volcans, sécheresse, érosion côtière, raz-de-marée...) qui risquent de s'aggraver encore davantage dans les années à venir du fait du changement climatique. De plus ceux-ci présentent des caractéristiques géographiques (insularité, densité de population, contraintes logistiques, exposition des infrastructures sanitaires et socio-économiques) qui augmentent les conséquences sanitaires en situation de catastrophe naturelle. Selon la Cour des comptes, les efforts de réduction des risques pâtissent de difficultés à mobiliser autour de la prévention⁸⁰. La préférence pour une logique de court terme rend difficile l'adaptation aux risques alors que les vulnérabilités peuvent avoir des répercussions importantes sur l'exposition des populations.

La prévention des conséquences sanitaires des catastrophes naturelles implique une planification globale et opérationnelle régulièrement mise à jour. Les services de l'État (ARS, Préfets, en collaboration avec les collectivités territoriales) et la Croix-Rouge française développent des programmes de résilience et de sensibilisation des populations aux risques naturels. Des dispositifs de préparation de

⁸⁰ Voir : Rapport de la Cour des comptes, *La prévention des catastrophes naturelles liées au climat en Outre-mer*, insertion au rapport public annuel 2024

la réponse sanitaire sont mis en place sur chaque territoire afin d'élaborer et de tester régulièrement les plans blancs territoriaux intégrant les risques naturels : créer des stocks sanitaires prépositionnés dans chaque territoire, déployer des équipes mobiles de santé et anticiper les relèves de personnel, former les professionnels de santé à la médecine de catastrophe, assurer des dispositifs de télémédecine pour les zones enclavées. La plupart des exercices réalisés en Outre-mer ne comprennent toutefois pas de scénario extrême ou de cumul successif ou concomitant de catastrophes aboutissant à un « surchoc ».

L'avis du CESE sur *La montée des eaux dans les Outre-mer : quelles stratégies pour s'adapter ?*, rapporté par Mme Sabine Roux de Bézieux, M. Pierre Marie-Joseph et Mme Hélène Sirder, demande d'améliorer en permanence les plans de secours face aux risques de submersion-inondation, notamment : le Plan sanitaire ORSEC (Plan d'organisation de la réponse de Sécurité civile) et le plan communal de sauvegarde (PCS). Le CESE préconise aux préfets (PPRN) et aux maires (PLU ou PLUi), chacun dans leurs compétences, de réviser tous les documents de planification et d'urbanisme en Outre-mer, en intégrant les risques liés à la montée des eaux, notamment de non-construitibilité du littoral et de déplacement des infrastructures (hospitalières, de communication, de transport, ports, aéroports...) hors des zones submersibles, en commençant par les plans de prévention des risques naturels (PPRN) qui ont plus de 10 ans.

Le CESE alerte à nouveau les services de l'État sur le niveau de préparation sanitaire liée aux risques climatiques en Outre-mer : mise à jour de la planification, exercices réguliers, réponse sanitaire en cas de crise, et adaptation de l'aménagement des territoires à l'augmentation des climatiques.

3.3. Une santé périnatale particulièrement défaillante en Outre-mer

L'état de santé périnatale est préoccupant en Outre-mer selon l'Enquête nationale périnatale - DROM de Santé publique France. De manière générale, les indicateurs de santé périnatale sont plus défavorables en Outre-mer que dans l'hexagone. Plusieurs constats témoignent de manques importants dans l'accès aux soins, le suivi et la prise en charge périnatale en Outre-mer. L'Enquête nationale Périnatale ENP-DROM met en lumière un suivi et une préparation des grossesses moins assidus que dans l'hexagone : la part des femmes ayant eu au moins trois échographies fœtales pendant la grossesse est plus faible dans les Départements et Régions d'Outre-mer (DROM), et particulièrement en Guyane. Le constat est similaire en ce qui concerne les consultations en prévision de la grossesse : en 2021, 21,4 % des femmes en Martinique en ont bénéficié, 21,7 % en Guadeloupe, tandis qu'au niveau national, le taux s'élève à 37,9 %⁸¹. Les taux de mortalité maternelle et infantile sont particulièrement élevés : les décès de nourrissons sont ainsi deux fois plus

⁸¹ Santé publique France, *Santé périnatale en Martinique. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021)*, 2023

nombreux dans les DROM qu'au niveau national⁸². Ainsi, selon l'Insee, pour 1 000 enfants nés en Guyane, 9,7 décèdent lors de la première année de leur vie. Ce ratio s'élève à 9,2 enfants à Mayotte, 8 en Martinique, 7,8 en Guadeloupe et 6,9 à La Réunion contre une moyenne nationale de 3,5 enfants décédés pour 1 000 naissances⁸³. Les territoires ultramarins présentent un niveau moyen de mortalité maternelle (décès d'une femme en cours d'une grossesse ou pendant les 42 jours suivant l'accouchement) également plus élevé que celui de la France hexagonale. L'étude menée par l'INSEE met en lumière la situation de mères à « l'intersection de plusieurs dangers » : la population des mères accouchant en Outre-mer étant différente de celle de l'hexagone⁸⁴. Parmi les facteurs explicatifs se trouvent : la pauvreté, plus répandue dans ces territoires et pouvant influencer la santé de l'enfant, et la plus forte prévalence des problèmes de santé chez les femmes ultramarines. Les mères accouchant en Outre-mer sont ainsi plus éloignées des parcours de soins classiques et plus à risque de connaître des complications au cours de leur grossesse. La mortalité infantile est aussi très liée au déroulement de la grossesse.

L'insuffisance de l'offre médicale de proximité constitue un frein important au suivi périnatal. Alors que le recours à des centres de protection maternelle et infantile (PMI) est primordial dans le suivi médical et de prévention des femmes enceintes et des nouveau-nés, 40 % de ceux-ci ont fermé en l'espace de 15 ans en Outre-mer⁸⁵. A Mayotte, un rapport publié par la chambre régionale des comptes à la suite d'un contrôle d'avril 2022 à mars 2023, met en lumière le manque important d'offre de prestations de la PMI sur le territoire. Elle ne dénombre ainsi que trois consultations de grossesse par PMI. Cette offre apparaît très insuffisante au regard du nombre de naissance sur l'île. Par ailleurs, l'éloignement territorial nuit à l'offre médicale de proximité disponible. En Guyane, les PMI se trouvent en première ligne pour la prise en charge et l'accompagnement des femmes et de leurs nouveau-nés, tout particulièrement celles vivant dans les communes de l'intérieur, éloignées du littoral urbanisé et desservies par des voies de communication réduites. Cependant, ces PMI se retrouvent en difficulté, notamment en termes de recrutement. Des

⁸² Le taux de mortalité infantile (décès d'enfants lors de la première année de vie) ne cesse d'augmenter depuis 2020 en France. En 2024, il était de 4,1 pour 1 000 naissances, plaçant le pays à la 23ème position sur les 27 Etats de l'Union européenne. Blanpain, Nathalie, Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France, *Insee Première*, n° 2048, avril 2025

⁸³ Jaconelli, Emma, La mortalité infantile est deux fois plus importante dans les Outre-mer que dans l'hexagone, *Outre-mer la 1ère*, 11 avril 2025. Un rapport d'information du Sénat de septembre 2024 portant sur la *Transformation de l'offre de soins périnataux dans les territoires : le travail doit commencer* indique que le taux de mortalité néonatale (décès d'enfants de moins de 28 jours) est lui aussi plus élevé en Outre-mer : de 5,6 % dans les DROM, contre 2,6 % en France hexagonale en 2022. Par ailleurs, la part des enfants nés avec un « petit poids », c'est-à-dire, inférieur à 2 500 grammes était plus élevée : entre 10,5 % et 12,4 % dans les DROM contre 7,1 % en France hexagonale. De manière générale, les taux de mortinatalité (enfants nés sans vie après 6 mois de grossesse) sont également bien plus élevés, à l'exception de La Réunion où les taux sont proches de la moyenne nationale (8,2 %, pour 8,5 %). En 2022, en moyenne, il s'élevait à 14,5 % en Outre-mer, soit 1,5 fois plus important que dans le reste du territoire national. Voir : Guillotin, Véronique, *Transformation de l'offre de soins périnataux dans les territoires : le travail doit commencer*, Rapport d'information sénatorial n° 753 (2023-2024), tome I, 2024

⁸⁴ Jaconelli, Emma, La mortalité infantile est deux fois plus importante dans les Outre-mer que dans l'hexagone, *Outre-mer la 1ère*, 11 avril 2025

⁸⁵ Postollec Julie, Pourquoi davantage de bébés meurent dans les Outre-mer ?, *Outre-mer la 1ère*, 15 mars 2025

initiatives ont alors été engagées par la collectivité territoriale de Guyane, en collaboration avec le Centre Hospitalier de Cayenne (CHC), afin que les sages-femmes des Centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS), équipe mobile de santé publique mise en place au service des populations isolées en Guyane intérieure, puissent assurer certaines missions de protection maternelle et infantile (PMI).

Les indicateurs de santé des mères sont plus défavorables en Outre-mer. Les femmes en Outre-mer sont plus nombreuses à connaître ou à avoir connu des antécédents médicaux ou obstétricaux avant ou pendant la grossesse. En Guyane, les antécédents obstétricaux (IVG, accouchement prématuré) sont plus fréquents qu'en hexagone. Les complications lors de la grossesse sont par ailleurs plus fréquentes dans certaines régions d'Outre-mer. 34 % des femmes en Guadeloupe et 39 % à Saint-Martin ont eu une anémie en cours de grossesse, contre 25 % au niveau national⁸⁶. Les taux de diagnostic d'hypertension artérielle sont également plus élevés en Guadeloupe (7,4 %, pour 4,3 % au niveau national). L'obésité, reconnue comme augmentant les risques de maladie chronique chez la mère et de complications obstétricales ou néonatales lors de l'accouchement, est également plus fréquente dans les DROM en début de grossesse. En 2021, 22 % à 25 % des femmes étaient en situation d'obésité avant la grossesse en Outre-mer, contre 14 % dans l'hexagone. L'état de santé est particulièrement « dégradé » pour les femmes enceintes d'origine étrangère provenant d'Haïti, du Brésil et du Surinam et venant accoucher en Guyane. Le constat est le même pour les femmes enceintes venant des Comores ou d'Afrique de l'Est venant accoucher à Mayotte. Pour ces femmes il y a très peu de suivi périnatal, voire aucun. Or, le pédiatre guyanais Lindsay Osei met en avant que les problèmes de santé survenus durant la grossesse sont en partie liés « à un mauvais suivi médical entraînant des complications telles que des accouchements prématurés, des malformations et des anomalies génitales »⁸⁷. L'état de la santé mentale des mères dans les DROM est « globalement plus défavorable qu'en hexagone » selon le rapport ENP-DROM 2021, même si les écarts dans certains territoires ne sont pas significatifs⁸⁸.

L'accès à la contraception reste très insuffisant. Les grossesses non planifiées ou non désirées sont fréquentes. A la découverte de leur grossesse, 22,3 % des femmes en Martinique auraient préféré être enceintes plus tard, et 10,5 % auraient préféré ne pas être enceintes. La part des grossesses « survenues trop tôt » ou « non

⁸⁶ Santé publique France, *Santé périnatale en Guadeloupe et à Saint-Martin. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021)*, 2023

⁸⁷ Les Nouvelles Calédoniennes, Santé en Outre-mer : Les Nouveau-nés plus vulnérables, 10 mars 2024

⁸⁸ Santé publique France, *Santé périnatale en Martinique. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021)*, 2023. La part de femmes nourrissant « un sentiment de mal-être pendant la grossesse » est de 33 % en Guadeloupe, 31,9 % à Saint-Martin contre 25,6 % dans l'hexagone. En Guyane, elles étaient 33,7 % à déclarer avoir été « tristes, déprimées ou sans espoir » deux semaines consécutives durant la grossesse. En Martinique elles étaient un peu plus nombreuses avec 39,4 %. Ainsi, à deux mois après l'accouchement, elles sont 31 % à présenter des symptômes dépressifs majeurs, contre 16,7 % dans l'hexagone. La Réunion, la fréquence de la dépression post-partum est proche de celle observée au niveau national. A Mayotte, également, elles étaient moins nombreuses à déclarer avoir rencontré des difficultés psychologiques alors qu'elles sont plus nombreuses à déclarer ne pas être bien entourées (19,4 % contre 8,5 % en hexagone).

désirées » est de 27,5 % à Mayotte, 32,8 % en Martinique⁸⁹. En Guyane, 29 % des femmes interrogées auraient préféré ne pas être enceinte. Les grossesses moins souvent planifiées expliquent en partie que ces dernières soient moins bien suivies. Cette part de grossesses « non désirées » peut aussi avoir un impact sur le bien-être des femmes. Ces chiffres peuvent ainsi être mis en parallèle avec le taux de femmes n'ayant jamais utilisé de méthode contraceptive. En Guadeloupe, ce taux atteint près de 23 % contre 11,8 % dans l'hexagone⁹⁰. A Mayotte, 39,6% des femmes n'ont pas recours à la contraception.

L'accès à l'interruption volontaire de grossesse n'est pas suffisamment garanti partout en Outre-mer. Dès 2022, le CESE affirmait sa position en faveur de l'inscription du droit à l'IVG dans la Constitution. La loi constitutionnelle du 8 mars 2024 a inscrit dans la Constitution de 1958 la liberté garantie des femmes de pouvoir recourir à l'interruption volontaire de grossesse. La mise en œuvre de ce droit fondamental ne doit pas se voir entravée en Outre-mer par un quelconque manque de moyens, financiers ou techniques, ni par des difficultés d'accès ou d'éloignement géographique. L'amélioration de l'accès à l'information et à la contraception préventive revêtent une grande importance. D'après la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les Outre-mer affichent les taux de recours à l'IVG les plus élevés en France, dans la mesure où la Guyane, la Guadeloupe et la Martinique sont les trois départements français où les femmes de 15 à 49 ans ont le plus recours à l'avortement⁹¹.

La délégation aux Outre-mer souligne l'intérêt d'une mise à disposition gratuite de moyens contraceptifs dans les dispensaires, les associations départementales du Planning familial, les centres de protection maternelle et infantile, et dans les consultations à l'hôpital, à destination particulièrement des jeunes, des personnes les plus précaires, isolées et les plus vulnérables.

Au-delà de l'accès, le faible recours à la contraception s'explique également par des raisons culturelles. La directrice régionale aux droits des femmes et à l'égalité de Guyane a fait état de « croyances » et de pratiques culturelles qui limitent le recours à la contraception hormonale qui serait censée diminuer la fertilité de la femme sur le long terme. De plus, le taux de grossesses précoces chez les mineures est sept fois plus important en Guyane qu'en France hexagonale dans la mesure où les jeunes filles considèrent que la contraception préventive ne serait pas le meilleur moyen de se protéger. Cela est notamment lié à l'association de la contraception à un

⁸⁹ Guillotin, Véronique, *Transformation de l'offre de soins périnataux dans les territoires : le travail doit commencer*, Rapport d'information sénatorial n° 753 (2023-2024), tome I, 2024

⁹⁰ Santé publique France, Santé périnatale en Guadeloupe et à Saint-Martin. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021), 2023

⁹¹ Concernant les IVG sur mineures de 15 à 17 ans, le taux de recours est de 14 IVG pour 1 000 femmes pour les résidentes des DROM, contre 5 en France Hexagonale. Ces travaux soulignent également que les femmes ayant des revenus plus faibles ont davantage recours à l'avortement. De plus, la précarité socio-économique peut faire obstacle à l'accès à la contraception préventive afin d'éviter une grossesse non désirée. A titre d'exemple, 23,9 % des personnes interrogées à La Réunion dans le cadre de l'enquête KABP déclaraient que la pilule était trop chère pour elles. Voir : *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements des Réunionnais en matière de risques liés aux comportements sexuels en 2012, Contraception et grossesses non prévues*, Observatoire régional de la santé de La Réunion, juin 2014.

risque d'infertilité, croyance qui se transmet de génération en génération. Les grossesses précoces désirées ou non de jeunes femmes mineures restent ainsi particulièrement élevées, principalement en Guyane et à Mayotte.

Les grossesses non planifiées ou non désirées restent importantes. A la découverte de leur grossesse, 22,3 % des femmes en Martinique auraient préféré être enceintes plus tard, et 10,5 % auraient préféré ne pas être enceintes. La part des grossesses « survenues trop tôt » ou « non désirées » est de 27,5 % à Mayotte, 32,8 % en Martinique. En Guyane, 29 % des femmes interrogées auraient préféré ne pas être enceintes. Les grossesses moins souvent planifiées expliquent en partie que ces dernières soient moins bien suivies. Cette part de grossesses « non désirées » peut aussi avoir un impact sur le bien-être des femmes. Ces chiffres peuvent ainsi être mis en parallèle avec le taux de femmes n'ayant jamais utilisé de méthode contraceptive. En Guadeloupe, ce taux atteint près de 23 % contre 11,8 % dans l'hexagone. A Mayotte, 39,6 % des femmes n'ont pas recours à la contraception.

La délégation aux Outre-mer rappelle l'importance de l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS), telle que présentée dans sa contribution à l'avis du CESE *Éduquer à la vie affective, relationnelle et sexuelle*⁹². Les grossesses précoces chez les mineures et les infections sexuellement transmissibles sont en effet plus importantes en Outre-mer. C'est pourquoi une large sensibilisation auprès du grand public à l'égalité femmes-hommes et à l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle doit se mettre en place en tenant compte des spécificités culturelles de ces territoires. Les façons de mettre en œuvre l'EVARS, qui porte des valeurs universelles, doivent tenir compte des spécificités sociales et culturelles propres à chaque territoire en Outre-mer, en prenant en compte les tabous et les croyances particulières, les conditions sociales et économiques et les usages des réseaux sociaux.

Pour la délégation aux Outre-mer, il est indispensable d'introduire les notions promues par l'EVARS dans le cadre du soutien à la parentalité en Outre-mer. L'intervention sociale auprès des familles ou le fait même d'appliquer des séances d'EVARS au sein des établissements scolaires implique d'adapter les messages aux réalités sociales et culturelles vécues par les personnes.

3.4. L'état de santé mentale est particulièrement préoccupant chez les jeunes

La santé mentale des jeunes est préoccupante en Outre-mer : près de 4 jeunes ultramarins sur 10 souffrent de dépression. Une enquête intitulée *Santé mentale des jeunes de l'hexagone aux Outre-mer. Cartographie des inégalités* a été

⁹² Voir l'avis du CESE : *Éduquer à la vie affective, relationnelle et sexuelle*, rapporté par Mme Cécile Gondard-Lalanne, en septembre 2024. L'accès à la prévention et à la santé doit être développé dans le cadre scolaire, beaucoup d'enfants n'ayant pas accès aux soins dans leur milieu familial. Les enseignements doivent davantage s'ouvrir à des dispositifs d'éducation aux compétences « psychosociales » : égalité femmes-hommes ; lutte contre les violences faites aux femmes ; prévention des grossesses précoces ou non-désirées ; éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle ; prévention du harcèlement, des conduites addictives et de la délinquance.

menée conjointement par La Mutualité française, l'Institut Montaigne et l'Institut Terram qui se sont associés pour la réaliser⁹³. Le constat est alarmant : en moyenne près de 40 % des jeunes des Départements et régions d'Outre-mer (DROM) souffrent de dépression, avec des pics inquiétants en Guyane, en Martinique et à Mayotte. Les niveaux constatés sont très supérieurs à ceux de l'hexagone. En moyenne, 39 % des jeunes des DROM se déclarent victimes de dépression, des niveaux largement supérieurs à l'hexagone où les proportions varient entre 19 % et 28 %, selon les régions. Plus d'un jeune sur deux en Guyane (52 %) est concerné, 44 % en Martinique, 43 % à Mayotte, 37 % en Guadeloupe, 32 % à La Réunion. Le niveau d'insatisfaction concernant les services essentiels (éducation, transports, santé) est nettement supérieur à celui observé dans l'hexagone : en matière d'accès aux loisirs, à la culture ou au sport, l'écart est important : 37 % des jeunes des DROM jugent l'offre locale insuffisante, contre 16 % dans l'hexagone. Selon l'étude, l'état psychique des jeunes est indissociable de leur ancrage territorial : les inégalités spatiales ne se contentent pas d'accompagner les souffrances mentales, elles les structurent, les intensifient, et conditionnent largement les ressources disponibles pour y faire face. Malgré des indicateurs d'autoévaluation de la santé mentale préoccupante, les jeunes ultramarins sollicitent moins les professionnels de santé (psychologues, psychiatres, médecins généralistes, infirmiers) et expriment plus rarement le besoin de le faire. Près de 47 % d'entre eux déclarent n'avoir jamais ressenti le besoin de consulter, contre 40 % en moyenne nationale. Ils sont 58 % à déclarer ressentir un état de solitude et d'isolement, contre 41 % des répondants en moyenne. Le rapport recommande de faciliter l'accès aux soins, d'en améliorer la lisibilité et d'en limiter les coûts, de renforcer les actions de prévention et de sensibilisation, de mieux diffuser l'information, mais aussi de développer des leviers de bien-être au quotidien, tels que le sport, la culture ou les activités de sociabilité.

Le CESE renvoie à son avis sur *La santé mentale et bien-être des enfants et des jeunes : un enjeu de société*, rapporté par M. Helno Eyriey et adopté en octobre 2025, qui comprend une contribution sur la situation en Outre-mer.

3.5. Des phénomènes d'addictions présents en Outre-mer

Les usages de substances psychoactives sont en augmentation chez les jeunes en Outre-mer. En 2023, l'enquête ESCAPAD menée par l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) lors de la journée défense et citoyenneté a interrogé 2 869 jeunes de 17 ans en Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Nouvelle-Calédonie et Polynésie française⁹⁴. Les résultats confirment des niveaux d'usage de substances psychoactives plutôt inférieurs à ceux observés en France hexagonale, tout en mettant en lumière des spécificités territoriales marquées. Dans la majorité des territoires ultramarins, les jeunes de 17 ans consomment moins de tabac et d'alcool qu'en France hexagonale. Les Antilles

⁹³ Voir : <https://outremers360.com/bassin-atlantique-appli/sante-mentale-des-jeunes-en-outre-mer-une-detresse-psychique-sans-equivalent-alerte-une-etude>

⁹⁴ OFDT, Usages de substances psychoactives à 17 ans en Outre-mer, juillet 2025

se caractérisent par un tabagisme nettement moins important qu'en France hexagonale. Le taux le plus bas de tabagisme quotidien est enregistré en Guadeloupe (5,0 % contre 15,6 % dans l'hexagone). A l'inverse, la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française présentent des usages durablement élevés, voire en progression sur certains indicateurs. Cette tendance est particulièrement marquée chez les filles, ce qui appelle une vigilance renforcée en matière de prévention, d'accompagnement et de réduction des risques. La Nouvelle-Calédonie connaît ainsi un niveau de tabagisme quotidien à 17 ans de 24,6 % et l'usage régulier d'alcool y est supérieur à la France hexagonale (11,2 % contre 7,2 %), en hausse constante depuis 2017. Trois territoires se distinguent par un usage régulier de cannabis plus élevé que dans l'hexagone : La Réunion, la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie. La Martinique, la Guadeloupe et la Guyane affichent des niveaux plus faibles, en recul depuis plusieurs années, comme dans l'hexagone. S'agissant des autres substances illicites, La Réunion se démarque par des niveaux d'expérimentation de cocaïne et d'ecstasy / MDMA supérieurs à la moyenne nationale. De même, en Guyane, l'expérimentation du crack atteint 1,3 %, soit plus du triple du niveau observé dans l'hexagone (0,4 %), et 2,8 % chez les garçons.

La consommation de substances psychoactives chez les adultes est globalement inférieure à celle constatée au niveau national, sauf dans les territoires du Pacifique. Les niveaux de consommation des produits les couramment observés (tabac, boissons alcoolisées et cannabis) sont globalement inférieurs à ceux de l'hexagone en Guadeloupe, en Martinique, en Guyane et à La Réunion. Seules les prévalences constatées en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française s'avèrent nettement supérieures. Les dommages sanitaires et sociaux liés à l'usage d'alcool en Outre-mer apparaissent particulièrement saillants. Les niveaux élevés de mortalité, d'accidentologie routière (Guadeloupe et Martinique), de violences conjugales (Guyane) impliquant les boissons alcoolisées, ou les risques liés au syndrome d'alcoolisation fœtale (La Réunion) sont caractéristiques. Il faut également mentionner le phénomène émergent de consommation de méthamphétamine « Ice », en Polynésie française. Le territoire recense près de 30 000 consommateurs, soit 10 % de l'ensemble de la population⁹⁵. Très addictive, cette drogue touche tous les milieux et tous les âges, et a des effets destructeurs sur le corps et la santé mentale. Le trafic explose, les drames se multiplient et les autorités peinent à contenir cette urgence de santé publique. Face à cette menace le gouvernement polynésien a annoncé un plan de lutte pour soutenir les associations, améliorer la prise en charge et renforcer la prévention.

La maîtrise des usages d'alcool parmi les adultes, mais surtout parmi les jeunes, constitue un enjeu majeur de prévention des risques. En Guadeloupe et en Martinique, la part des accidents de la route impliquant l'alcool est deux à trois fois plus élevée que dans l'hexagone. D'une façon générale, la mortalité liée à l'alcool est bien plus importante rapportée au nombre d'habitants en Outre-mer. La sévérité accrue des conséquences induites par l'usage d'alcool s'explique par deux facteurs

⁹⁵ Voir : Drogue. En Polynésie, les autorités peinent à contenir l'urgence de santé publique que représente l'ice, *Outre-mer La Première*, 10 juillet 2025

principaux : des modes de consommation plus intensifs, associés à des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante et des quantités absorbées plus importantes ; des préférences orientées vers des boissons plus fortement alcoolisées, en particulier le rhum, avec des conséquences aggravées et plus rapides.

La fiscalité sur les boissons alcooliques est progressivement alignée. Les productions locales d'alcool en Outre-mer, dont en particulier le rhum, avaient un régime de taxation minoré par rapport au vin ou au champagne importés, qui les rendaient particulièrement peu chères. Or l'alcoolisme est un fléau, notamment à La Réunion où le taux de mortalité des principales pathologies causées par l'alcool chez les hommes y est près de 40 % supérieur à celui de l'hexagone⁹⁶. L'alcool est responsable du décès prématuré de 450 réunionnais en moyenne par an. Il est impliqué dans plus de 60 % des cas d'accidents de la route mortels et 80 % des violences intrafamiliales. Le taux d'arrestation pour ivresse sur la voie publique est le plus élevé à La Réunion du territoire national. 10 % des Réunionnais de 15 à 75 ans boivent tous les jours. Face à cette situation grave de santé publique, plusieurs parlementaires ont tenté de juguler le phénomène. En 2018, un amendement visant à mettre fin au prix trop bas du rhum a été adopté par l'Assemblée nationale et s'applique progressivement jusqu'en 2026. Il prévoit un alignement de la fiscalité du rhum des Outre-mer sur celle des spiritueux de l'hexagone en 2026, un hectolitre de spiritueux étant alors taxé 40 euros en Outre-mer contre 578 euros dans l'hexagone.

Le CESE souligne, du point de vue de la santé publique, l'intérêt d'une augmentation progressive de la fiscalité sur les boissons alcoolisées locales qui contribue à limiter la surconsommation constatée, notamment à La Réunion.

3.6. Une prise en charge médico-sociale du handicap qui reste à développer

Le Sénat a publié un rapport d'information en juillet 2025 sur *La politique du handicap Outre-mer*. La rareté des études sur la politique du handicap dans les Outre-mer est révélatrice d'un retard et d'une prise de conscience assez récente de cette problématique dans les territoires ultramarins. Les rares données disponibles proviennent des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ou des observatoires régionaux de la santé. La part de personnes en situation de handicap est plus élevée dans les DROM qu'en France hexagonale (2021) : 8 % chez les jeunes (15 à 24 ans) et 12 % chez les adultes (25 à 64 ans). 4 % des enfants âgés de 5 à 14 ans étaient concernés par un handicap en Outre-mer, et 21 % à Mayotte. Mayotte se démarque ainsi dramatiquement : 18 % des enfants ont des limitations cognitives sévères, contre 3 % dans l'hexagone et 5 % dans les DROM (hors Mayotte). En Guyane, le taux de syndromes d'alcoolisation fœtale est 10 fois supérieur à celui de l'hexagone. Le saturnisme infantile y est 13 fois plus élevé que dans l'hexagone.

S'agissant du handicap, les sénateurs pointent un déficit global et massif en matière d'offre médico-sociale avec des disparités territoriales importantes, voire une absence totale de services dans certains territoires comme Saint-Martin ou

⁹⁶ Voir : Question parlementaire écrite n° 36203 : Fiscalité des rhums des Outre-mer, de Mme Karine Lebon

Saint-Barthélemy, jusqu'à il y a deux ans. À Mayotte, l'offre médico-sociale pour les adultes est presque nulle. L'école inclusive progresse grâce aux efforts des rectorats, des freins persistent, notamment le manque de dispositifs Ulis et les retards de notification. De même, le développement du handisport et du sport adapté reste freiné par un déficit de moyens, ou tout simplement de structures adaptées et accessibles. Enfin l'insertion professionnelle reste très limitée, entravée par un manque de structures d'accompagnement, malgré des avancées comme à La Réunion. Face à ces manques, la solidarité familiale et l'offre de services à domicile compensent, constituant une spécificité et un atout peu reconnus des Outre-mer.

Les sénateurs émettent 16 recommandations pour accélérer le rattrapage et prendre en compte les singularités des territoires ultramarins. La principale revendication pourrait se résumer ainsi : appliquer la loi. Mais aussi et surtout un plan de rattrapage de l'offre médico-sociale pour éviter les ruptures de parcours. Ils recommandent de prioriser les Outre-mer dans la mise en œuvre du nouveau service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce et faciliter l'intervention des professions libérales (orthophonistes, psychomotriciens...) dans les établissements scolaires (recommandation n° 5). Pour réussir le rattrapage, il est crucial de renforcer les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et les opérateurs ultramarins, souvent peu nombreux. La mission recommande de maintenir et développer les appuis humains et techniques apportés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). De plus, le fonctionnement en silo, très segmenté et compartimenté de l'offre médico-sociale traditionnelle n'est pas adapté à ces territoires où la polyvalence et l'agilité sont essentielles. Enfin, le rattrapage restera un vœu pieux sans aborder la question des financements. Il existe des dispositifs prenant partiellement en compte les surcoûts des territoires ultramarins, mais il reste insuffisant. Une révision des modalités de calcul du financement de la prestation de compensation du handicap (PCH) par la CNSA devient incontournable. Les sénateurs préconisent d'étudier un nouveau mode de calcul de la majoration « vie chère » des dotations aux établissements médico-sociaux ultramarins, et réexaminer le montant du concours de la CNSA au financement de la prestation de compensation du handicap (PCH) dans les départements ultramarins pour tenir compte de la vie chère (recommandation n°16).

Les territoires ultramarins affichent des indicateurs de santé globalement plus dégradés que ceux de l'hexagone révélant des inégalités persistantes. La progression rapide des maladies chroniques, notamment le diabète et l'hypertension artérielle, ainsi que le vieillissement de la population constituent des défis majeurs pour les systèmes de santé locaux.

II - L'ACCES AUX SOINS EN OUTRE-MER : DES INVESTISSEMENTS, DES RÉSULTATS...ET ENCORE DU CHEMIN A PARCOURIR

L'accès aux soins s'entend ici à la fois comme l'accès géographique, organisationnel, mais aussi financier. Par les soins, nous entendons la médecine de premier recours, aux spécialistes, aux soins hospitaliers, à la prévention et à la continuité des soins.

Rappelons que les principes fondamentaux de droit à la santé et de couverture universelle doivent s'appliquer de la même manière en Outre-mer qu'en tout point sur le territoire national, bien que les conditions concrètes soient souvent plus contraintes en Outre-mer que dans l'hexagone⁹⁷.

Garantir l'accès aux soins dans les Outre-mer est donc essentiel pour respecter le principe d'égalité de traitement entre les citoyens Français auquel le CESE est très attaché, quel que soit leur lieu de résidence.

Le CESE souligne que l'enjeu est ici celui de la « pertes de chances »⁹⁸ pour le patient d'avoir accès à des soins et des traitements adaptés à sa situation.

La notion d'accès aux soins renvoie à plusieurs notions :

L'existence d'une offre de soins d'abord :

1/ Une offre de soins organisée, répondant aux besoins sanitaires de la population et portée par des personnels médicaux et soignants ;

2/ une offre de soins accessible géographiquement et financièrement.

⁹⁷ Articles L.1110-1 et suivants du Code de la santé publique : Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels et les établissements de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes ou dispositifs participant à la prévention, aux soins ou à la coordination des soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les collectivités territoriales et leurs groupements, dans le champ de leurs compétences respectives fixées par la loi, et avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

⁹⁸ La notion de « perte de chance » est reconnue comme un principe général du droit de la responsabilité civile et administrative : La disparition actuelle et certaine d'une possibilité raisonnable pour un patient d'obtenir un avantage ou d'éviter un dommage, à la suite d'une faute, d'un retard ou d'un manquement dans sa prise en charge médicale.

1. L'Offre de soins

1.1. L'offre de soins est inégalement répartie sur les territoires et souvent concentrée dans les villes chefs-lieux

La répartition de l'offre de soins connaît de fortes inégalités en Outre-mer, par rapport à l'hexagone, mais aussi entre les territoires ultramarins, et au sein même de chaque territoire. Les professionnels de santé sont le plus souvent concentrés dans les zones urbaines, notamment dans les villes chefs-lieux, avec une part importante de médecins remplaçants ou exerçant des missions de courte durée, ce qui nuit à la continuité des soins. L'offre de soins en ville (cabinets libéraux, centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles) est souvent hétérogène et moins développée, notamment à Mayotte et en Guyane, alors qu'elle constitue un maillon essentiel de prise en charge en amont de l'hôpital pour les soins courants, la prévention, le suivi des pathologies chroniques.

L'installation de cabinets médicaux est souvent entravée par la rareté du foncier disponible, les coûts élevés de construction et d'équipement, la complexité réglementaire, ainsi que les contraintes logistiques propres aux territoires insulaires. Ces facteurs, combinés à une attractivité limitée de l'exercice, nécessitent la mise en place de dispositifs d'ingénierie et d'incitation adaptés.

Cette inégalité de répartition territoriale se traduit par des délais d'attente importants⁹⁹, un recours plus fréquent aux urgences hospitalières, et une « sur-sollicitation » des médecins déjà en poste. Elle contribue également à creuser les écarts de santé entre populations en matière de suivi des maladies chroniques, de prévention ou de santé périnatale.

La densité de médecins, de spécialistes et de soignants, est en moyenne plus faible en Outre-mer qu'au niveau national, notamment en Guyane et à Mayotte. Les Départements ultramarins (DROM) sont dans des situations proches de la moyenne hexagonale, qui est de 147 médecins généralistes pour 100 000 habitants, sauf à Mayotte.

⁹⁹ A titre d'exemple, les délais de rendez-vous sont souvent excessifs : une consultation de cardiologie peut nécessiter plus de six mois d'attente à La Réunion, sur un territoire qui fait pourtant partie des mieux pourvus en médecins spécialistes.

Densité de médecins pour 100 000 habitants dans les DROM, en 2023

	Ensemble des médecins	Densité pour 100 000 habitants				
		Ensemble des médecins	dont généralistes	dont spécialistes	Chirurgiens dentistes	Pharmaciens
Guadeloupe	1209	319	150	169	62	120
Martinique	1171	332	152	180	68	99
Guyane	717	242	123	120	30	46
La Réunion	3170	364	176	189	67	94
Mayotte	265	89	49	39	9	31
France hexagonale	223 611	341	147	194	67	109

Sources : DREES, ASIP-Santé RPPS, traitements Drees ; Insee, estimations de population

Mayotte est dans une situation alarmante, souvent qualifiée de plus « grand désert médical de France ». La densité médicale avec 89 médecins pour 100 000 habitants est très faible¹⁰⁰. Les professionnels de santé sont de plus majoritairement situés à Mamoudzou. Il est très difficile d’avoir accès à un médecin dans le Nord et le Sud de l’île. En avril 2024, une première maison médicale pluridisciplinaire a vu le jour dans le centre à Ouangani¹⁰¹. Le projet a nécessité un investissement de 3 millions d’euros. Il a été conçu pour répondre aux besoins croissants de la population et diversifier l’accès aux soins dans la région. L’établissement a été rendu possible grâce à la collaboration de plusieurs acteurs dont le département ayant apporté une contribution financière de 500 000 euros. La maison médicale du centre abrite la plus grande pharmacie de l’île et offre des services diversifiés : des médecins généralistes, des infirmiers, une sage-femme, un kinésithérapeute, un cardiologue, un échographiste et un chirurgien orthopédique. De plus, un laboratoire d’analyse et un point de vente de matériel médical sont également disponibles. La structure améliore ainsi la qualité des soins pour plus de 50 000 habitants de la zone centre et centre ouest de Mayotte tout en réduisant la pression sur les établissements médicaux existants à Mamoudzou. Sur Petite-Terre, les cabinets médicaux ne sont pas suffisants pour la population. En conséquence, ceux-ci sont bondés et pour avoir une place, de nombreux patients s’y présentent très tôt le matin bien avant l’ouverture des portes. Il y a également un manque de médecins spécialistes. Selon l’Agence Régionale de Santé, aucun dermatologue ni ophtalmologue n’est présent sur le territoire. Les spécialistes viennent uniquement pour des missions temporaires. Le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) ne compte aucun neurologue, endocrinologue, néphrologue ou cancérologue, et seulement un cardiologue.

¹⁰⁰ Les données de l'Ordre national des médecins ne sont pas connues pour Mayotte, mais selon Mayotte la 1ère, la densité de docteurs est quatre fois plus faible que dans l'hexagone toutes spécialités confondues. Selon des chiffres de l'INSEE, en 2023, elle comptait 89 médecins généralistes et spécialistes pour 100 000 habitants contre plus de 330 dans l'hexagone.

¹⁰¹ Voir : <https://la1ere.franceinfo.fr/mayotte/sante-ou-en-est-la-medecine-de-ville-a-mayotte-1571794.html>

En Guyane, les besoins de médecins sont particulièrement criants : certaines zones ne disposent d'aucun médecin généraliste permanent pour plusieurs milliers d'habitants. La Guyane est le territoire ultramarin le plus étendu avec près de 84 000 km². Sa population d'environ 280 000 habitants est répartie de manière très inégale : près de 90 % de celle-ci vit dans les agglomérations situées sur le littoral (Cayenne, Kourou, Saint-Laurent-du-Maroni), tandis qu'une partie vit dans l'intérieur, dans des zones enclavées, accessibles uniquement par avion, pirogue ou piste forestière. Cette configuration géographique rend l'organisation des soins complexe et accentue le déséquilibre d'accès aux personnels soignants entre le littoral et l'intérieur. Certaines communes comme Maripasoula ou Camopi ne disposent d'aucun médecin permanent. Les soins reposent sur des centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS), souvent tenus par des infirmiers ou des médecins en mission ponctuelle. On estime aussi qu'en Guyane près d'un quart de la population vit dans un habitat informel¹⁰². Ces quartiers sont caractérisés par des conditions d'insalubrité, l'insuffisance des réseaux d'assainissement, des difficultés d'accès à l'eau potable, et une grande précarité administrative, économique et sociale. Le renoncement aux soins ou le retard à consulter est très fréquent dans ces quartiers du fait de l'éloignement des centres de santé, d'une méconnaissance du système de soins ou de contraintes administratives (affiliation à la sécurité sociale, accès à l'aide médicale d'État, séjour irrégulier). Un rapport de Médecins du Monde de 2015¹⁰³ montre que dans le cadre d'une enquête réalisée auprès des habitants d'un quartier informel fréquentant le centre d'accueil de soin et d'orientation (Caso) de Cayenne, 54 % des patients présentent un retard de recours aux soins et 17,5 % ont renoncé à des soins dans les 12 derniers mois. Face à cette situation, la densité en médecins généralistes est deux fois moindre que la moyenne nationale et s'accompagne d'une forte rotation du personnel médical. Les urgences du Centre hospitalier universitaire de Cayenne et du centre hospitalier de Saint-Laurent-du-Maroni enregistrent une fréquentation très élevée, souvent pour des motifs relevant de la médecine de ville.

La répartition des médecins est inégale dans les Collectivités d'Outre-mer et en Nouvelle-Calédonie. La Nouvelle-Calédonie comptait, avant la crise de 2024, 160 médecins généralistes pour 100 000 habitants, et 147 spécialistes. 74,1 % exerçaient

¹⁰² Voir la contribution de la délégation aux Outre-mer à l'avis *Pour des bâtiments plus durables grâce à une ambitieuse politique de rénovation*, rapportée par M. Jean-Yves Lauridou et Mme Hélène Sirder. En Guyane, 32 quartiers prioritaires de la politique de la ville, répartis dans six communes, reçoivent 40 % de la population du territoire. L'habitat insalubre concerne ainsi près de 110 000 logements en Outre-mer, sur un parc total de 900 000 logements (soit 12 %), tandis que le développement de l'habitat spontané touche tout particulièrement la Guyane, Mayotte et Saint-Martin, dans un contexte de démographie en très forte croissance et de pression migratoire. Les difficultés d'accès au logement sont aggravées en Outre-mer du fait de faibles revenus, d'aides sociales moindres que dans l'Hexagone, d'un manque de constructions dans le parc social et d'un habitat privé trop onéreux ou fortement dégradé.

¹⁰³ https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/04/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2015.pdf?utm_source=chatgpt.com. En 2015, 597 consultations médicales ont été réalisées au Caso de Cayenne et 215 lors des activités mobiles. Près d'un quart des consultants vivent dans de l'habitat précaire et informel, type bidonville. 54 % des patients présentent un retard de recours aux soins et 17,5 % ont renoncé à des soins dans les 12 derniers mois. Plus d'un quart des personnes rencontrées déclarent avoir limité leurs déplacements de peur d'être arrêtées.

en province Sud, 68,4 % dans le grand Nouméa où réside 89,7 % de la population¹⁰⁴. La densité faible des médecins généralistes dans les provinces, notamment dans la province Nord, incitent à améliorer l'attractivité de l'exercice, et adapter le recrutement. Ce manque de praticiens dans les zones isolées, lié à la petite taille de la population (les spécialistes ont besoin d'équipements qui ne peuvent être amortis que sur des tailles de population minimum), est partiellement compensé par des vacations de médecins privés ou publics. En Polynésie française, la médecine libérale est fortement concentrée à Tahiti (108 médecins généralistes et spécialistes pour 100 000 habitants) et dans les îles du vent¹⁰⁵. L'installation des médecins est réglementée depuis 1998 en fonction d'un classement en cinq zones. Le Conseil des ministres fixe annuellement des quotas d'installation, sur proposition de la commission de régulation des conventionnements afin d'inciter les implantations dans les zones les moins pourvues. Malgré ces mesures, la densité médicale libérale en zone 5 reste très basse dans les archipels (Maïao, Maupiti, Tuamotu-Gambier, Marquises et Australes). Les très faibles taux de professionnels de santé rendent vitales les consultations avancées de spécialistes prises en charge par le réseau de santé inter-îles et mises en œuvre depuis 2003. Sur le territoire des îles Wallis et Futuna, le personnel médical est de 8 médecins généralistes (5 sur Wallis et 3 sur Futuna), 5 médecins hospitaliers et un radiologue à l'hôpital de Sia, 3 chirurgiens-dentistes (2 à Wallis et un à Futuna), un pharmacien et un biologiste, pour 11 151 habitants (dont 8 088 habitants à Wallis et 3 063 à Futuna). Saint-Martin dispose de 67 médecins généralistes pour 100 000 habitants, soit une densité deux fois plus faible comparée à celle de l'hexagone, de la Guadeloupe ou de la Martinique. Saint-Barthélemy compte 92 généralistes pour 100 000 habitants. Saint-Pierre-et-Miquelon compte 145 professionnels de santé, parmi lesquels 8 médecins généralistes et 16 spécialistes, soit 150 généralistes pour 100 000 habitants.

Les évènements de mai 2024 en Nouvelle-Calédonie ont conduit au départ de nombreux soignants qui se sont retrouvés en situation d'insécurité et dans l'impossibilité matérielle d'exercer. Le phénomène a touché particulièrement les zones déjà en tension, en particulier dans le nord de l'île, où quelques départs suffisent à faire basculer un territoire en désert médical. Par exemple, le Centre hospitalier du Nord (CHN) ne comptait au printemps 2025 que 10 médecins titulaires pour 30 postes, complétés par quelques praticiens étrangers¹⁰⁶. Au 31 décembre 2024, 138 médecins ont quitté le territoire et 32 autres étaient en attente de transfert¹⁰⁷ ; 30 % des postes de soignants étaient vacants, laissant les structures médicales dans une situation intenable. Privées de personnel, les infrastructures se sont effondrées : 118 lits fermés au Médipôle, 70 sur 172 en cliniques privées, 40 sur 60 dans l'hôpital principal de la province Nord. Plus de la moitié des blocs opératoires du territoire étaient à l'arrêt. Les

¹⁰⁴ D'après le rapport 2022 de l'IEOM, les disparités territoriales sont relativement importantes entre les provinces. Dans les provinces des Îles et du Nord, la densité de médecins généralistes libéraux est relativement faible (respectivement 10,4 et 18,8 médecins pour 100 000 habitants en 2019 contre 61 médecins en province Sud). En province des Îles, aucun médecin spécialiste n'est installé tandis que le Grand Nouméa en totalise 304 (94,1 % du total).

¹⁰⁵ Voir : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/PFR20190011.pdf>

¹⁰⁶ <https://www.dnc.nc/dans-les-hopitaux-les-equipes-respirent-un-peu/>

¹⁰⁷ <https://actu.nc/2025/02/12/un-effondrement-accelere-par-l'exode-des-soignants/>

EHPAD et centres médico-sociaux étaient sous tension permanente, tandis que les hôpitaux de Koumac et Poindimié subissaient des fermetures répétées. L'exode des soignants a aussi touché les structures de proximité : des centres de soins essentiels comme ceux de Rivière Salée et Kaméré ont définitivement fermé, et de nombreux cabinets médicaux incendiés ou devenus dangereux restaient inexploitable. L'impact sur la population est immédiat : + 40 % d'affluence aux urgences, délais d'attente explosifs, interventions chirurgicales massivement reportées et un renoncement croissant aux soins. Les conséquences sont une fermeture de structures de proximité pendant des semaines et une fragilisation de la continuité des soins, notamment pour les malades chroniques, les urgences ou la dialyse.

L'évolution de la densité du personnel médical sur les 15 dernières années dans les DROM¹⁰⁸. À rebours de la tendance nationale en forte baisse, les Antilles se maintiennent : la Guadeloupe et la Martinique restent attractives et ont connu des augmentations avec + 9,5 % et + 6,2 % de généralistes. La Réunion et la Guyane connaissent un recul du nombre de généralistes avec respectivement - 5,2 % et - 15,1 %, mais elles résistent mieux que l'hexagone où la moyenne est de - 24,5 %. Entre 2010 et 2024, la densité des médecins spécialistes en activité régulière a quant à elle augmenté dans les quatre DROM, hors Mayotte où situation demeure particulièrement fragile. On constate toutefois un vieillissement des praticiens avec des difficultés de recrutement et un manque d'attractivité des territoires ultramarins pour les jeunes médecins. En Guadeloupe, 63% des spécialistes libéraux avaient plus de 55 ans en 2021. Les données disponibles indiquent également une progression du nombre d'infirmiers et de sage-femmes dans la plupart des territoires ultramarins. Toutefois, ces hausses ne compensent pas toujours les disparités régionales, ni les difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel soignant, notamment dans les zones isolées ou enclavées.

La médecine de ville est l'un des maillons faibles de la couverture médicale. La médecine de ville regroupe tous les soins et suivis réalisés par des professionnels de santé en cabinet ou en structure de proximité, en dehors de l'hôpital. Les professionnels de santé libéraux, médecins, kinésithérapeutes ou infirmiers, sont moins nombreux sur plusieurs territoires ou concentrés dans les zones urbaines, ce qui laisse les zones rurales ou isolées sans suivi. Les données INSEE/DREES et Assurance Maladie confirment des densités libérales faibles et hétérogènes, et permettent de documenter une situation souvent dégradée à Mayotte et en Guyane, plus hétérogène aux Antilles et à La Réunion¹⁰⁹. Ce manque de maillage territorial peut entraver la coordination ville-hôpital et porter préjudice au patient. Lorsque celui-ci sort de l'hôpital, s'il n'a pas de professionnel libéral référent à proximité, le suivi post-hospitalisation peut être retardé ou défaillant. Cela peut conduire à des complications, des ré-hospitalisations, un report sur les services d'urgences ou une altération de l'état de santé des patients.

¹⁰⁸ <https://la1ere.franceinfo.fr/deserts-medicaux-y-a-t-il-assez-de-medecins-generalistes-outre-mer-1581287.html>

¹⁰⁹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677?utm> ; voir également : Datavisualisations Assurance Maladie (AMELI) : fichiers 2023 par région et par département détaillant effectifs et densités libérales (généralistes, autres spécialistes).

Certaines spécialités médicales ne sont pas présentes localement avec des conséquences pour le traitement des patients. Selon l'INSEE, en 2023, on compte environ 180 médecins spécialistes pour 100 000 habitants en France hexagonale, La Réunion compte 188 spécialistes pour 100 000 habitants, un niveau supérieur à la moyenne, comme la Martinique à 180, mais inférieur à la Guadeloupe 169, suivies de la Guyane 119 et Mayotte 39. De nombreux territoires manquent de médecins spécialistes que ce soit à l'hôpital ou en ville, notamment dans les spécialités de cardiologie, ophtalmologie, psychiatrie, radiologie et l'imagerie médicale. Pour la Guadeloupe, le docteur Billot-Boulanger assure manquer autant de médecins généralistes que de spécialistes¹¹⁰ : cardiologues, ophtalmologues, diabétologues, endocrinologues, rhumatologues. L'Agence régionale de santé de la Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy a fait un état des lieux de l'accès aux soins en matière de chirurgie dentaire pour la Guadeloupe. L'ARS a déterminé les zones où il y a une insuffisance ou des difficultés d'accès à un professionnel de santé et les zones particulièrement sous-dotées. L'archipel manque ainsi particulièrement de chirurgiens-dentistes. Les postes de praticiens hospitaliers non pourvus sont fréquents. Par exemple, 37 % des postes hospitaliers de médecin en Outre-mer étaient vacants selon un constat du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière datant de 2019, soit 10% au-dessus de la moyenne nationale¹¹¹. Faute de spécialistes sur place, les patients relevant de certaines prises en charge très spécialisées (greffes, maladies rares, certains cancers, pédiatrie dans certaines spécialités) sont évacués vers l'hexagone, voire vers des pays plus proches (par exemple l'Australie pour la Nouvelle-Calédonie, le Canada à Saint-Pierre-et-Miquelon, ou Fidji depuis Wallis-et-Futuna) pour recevoir un traitement.

Le CESE insiste sur la situation de la médecine scolaire en Outre-mer qui est souvent considérée comme le « parent pauvre » du système de santé alors qu'elle aurait un rôle essentiel à jouer. Elle devrait pourtant constituer un levier majeur pour prévenir les violences intra-familiales, l'obésité, dépister les handicaps et troubles psychologiques, ainsi que prévenir les grossesses précoces. Des équipes mobiles scolaires existent notamment en Guadeloupe et Martinique, permettant de limiter les difficultés d'accès liées à l'éloignement de certains établissements. En Guyane, il existe trois brigades mobiles qui parcourent les villages qui sont accessibles uniquement par la voie des fleuves, avec du matériel de télé-pédiatrie. Elles effectuent les campagnes vaccinales en sites isolés. A Mayotte, les conditions de scolarisation sont souvent dégradées et la présence d'infirmiers scolaires est indispensable pour assurer les visites de prévention auxquelles les élèves ont beaucoup de difficultés à accéder par ailleurs. En Polynésie Française, la médecine scolaire est une compétence locale. Des navettes médico-scolaires inter-îles sont programmées dans les archipels dispersés. En Nouvelle-Calédonie, le gouvernement a décidé de renforcer la prévention en milieu scolaire avec une troisième visite médicale obligatoire pour tous les élèves de sixième (après celle réalisée en école maternelle et celle des 6 ans de l'enfant). Le médecin et l'infirmier vérifient l'état de santé de l'élève,

¹¹⁰ <https://www.guadeloupe.franceantilles.fr/actualite/politique/la-guadeloupe-manque-de-medecins-generalistes-et-de-medecins-specialistes-1032669.php>

¹¹¹ <https://la1ere.franceinfo.fr/deserts-medicaux-outre-mer-peine-recruter-praticiens-hospitaliers-609651.html>

notamment à partir de tests de dépistage visuels, auditifs et orthophoniques ainsi qu'à travers un examen clinique complet. La couverture vaccinale est ainsi vérifiée et, avec l'accord des parents, l'élève peut bénéficier d'un rappel si nécessaire. Les familles sont ensuite informées des besoins de leur enfant à travers un bilan qui leur est transmis dans le carnet de santé. Cette nouvelle visite médicale a été mise en place après la publication de résultats alarmants du Baromètre santé jeunes, réalisé en 2019, sur l'état de santé mentale des jeunes en Nouvelle-Calédonie¹¹². Cette action est financée par la taxe instaurée sur certains produits sucrés, dont une partie des recettes est ainsi dédiée à cette nouvelle visite de prévention en milieu scolaire.

1.2. Les capacités d'accueil et de prise en charge hospitalières

Les infrastructures hospitalières, hôpitaux et cliniques associatives ou privées, sont moins nombreuses et le plus souvent concentrés dans les grandes villes. Les Outre-mer ont une organisation sanitaire très contrainte par leur géographie¹¹³. Les besoins en termes d'offre de soins ne sont pas non plus les mêmes partout et dépendent de plusieurs facteurs tels que la structure d'âge de la population ou les enjeux locaux de santé publique. La Guadeloupe, la Martinique et La Réunion ont une capacité d'accueil et une activité hospitalières comparables à celles de l'hexagone. En Guyane et plus encore à Mayotte, les capacités d'accueil rapportées à la population sont moins élevées et moins variées. Mayotte est la seule région à ne pas disposer de centre hospitalier régional et n'a qu'une capacité réduite d'hospitalisation.

¹¹² La santé mentale est un élément central de l'entretien avec le jeune collégien lors de cette visite médicale. Plusieurs tests et échelles sont utilisés par les professionnels de santé pour identifier si l'élève est en situation de mal-être, voire en état dépressif. Pour rappel, d'après le baromètre santé jeunes, réalisé en 2019 chez les 10-12 ans, ce qui correspond à la tranche d'âge de la sixième : 16 % des jeunes ont des pensées suicidaires ; 9 % des jeunes ont déjà fait une tentative de suicide ; 19 % des jeunes sont victimes de violences physiques ; 36 % des jeunes sont victimes de violences psychologiques. Le dispositif de santé scolaire déployé cette année permet ainsi de repérer ces jeunes et de les aider à plusieurs niveaux grâce notamment à : un temps d'écoute avec le médecin dans le cadre de la visite préventive une vigilance et une écoute accrue par l'infirmier scolaire l'information de ses parents des difficultés exprimées par le jeune l'orientation vers un dispositif de prise en charge.

¹¹³ DREES, Les établissements de santé, édition 2020

Nombre de lit d’hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique pour 100 000 habitants, en 2022

Territoire	Lits de MCO pour 100 000 habitants
Guadeloupe	255
Martinique	249
Guyane	262
La Réunion	247
Mayotte	138
France hexagonale	282

Source : DREES, *Les établissements de santé en 2022*, édition 2024

La médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) correspond aux séjours hospitaliers en soins de courte durée, avec ou sans hébergement, ou des affections graves pendant leur phase aiguë.

Le Centre hospitalier régional de Guyane (CHRG) est officiellement créé depuis le 18 mai 2025 et regroupe les principaux hôpitaux du territoire. Il vise à renforcer l'accès aux soins, structurer la recherche et préparer la transition vers un CHU guyanais. La capacité d'accueil hospitalier de Guadeloupe et de Martinique est comparable à celle de l'hexagone avec un nombre de places d'hospitalisation pour 100 000 habitants proche de la moyenne nationale. La Réunion dispose de taux d'équipement plus faibles concernant les soins de suite et de réadaptation, et la psychiatrie générale. D'après les données de la DREES¹¹⁴, en 2023, dernière année disponible, la capacité d'accueil d'hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), ou court séjour, calculée en nombre de lits pour 100 000 habitants, est inférieure à celle de la France hexagonale dans tous les DROM : - 6 % en Guadeloupe, - 10 % en Martinique et à La Réunion, - 11 % en Guyane. Pour Mayotte, l'écart s'avère beaucoup plus important (- 53 %). Concernant l'hospitalisation partielle de MCO, le nombre de places pour 100 000 habitants de la Guadeloupe est proche de celui de la France hexagonale (56 contre 58). Ce n'est pas le cas des quatre autres DROM, dont le taux d'équipement est nettement inférieur : - 19 % en Martinique, -22 % à La Réunion, - 44 % en Guyane et - 80 % à Mayotte. On peut noter qu'en Outre-mer, les taux de recours hospitaliers sont inférieurs à la moyenne nationale, alors même que la médecine de ville et les alternatives à l'hôpital sont également moins présentes.

Certaines spécialités médicales, en particulier l'oncologie, la chirurgie spécialisée et de la santé mentale, ne sont pas présentes sur tous les territoires. La plupart des territoires ultramarins disposent de structures hospitalières couvrant les soins de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), totalement ou partiellement, avec

¹¹⁴ DREES, *Les établissements de santé en 2023*, édition 2025

des services parfois de seulement quelques lits. L'accès à certains soins spécialisés ou complexes (par exemple, l'imagerie de pointe, certaines chirurgies, neurochirurgie, radiothérapie) est identifié comme plus limité dans certains territoires (notamment Mayotte, et Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon, Wallis-et-Futuna qui ont une population restreinte et dépendent d'autres territoires pour les soins spécialisés). A cet égard, Mayotte ne dispose pas de Centre hospitalier régional ou de centre hospitalier spécialisé en psychiatrie. Les Centres hospitalo-universitaires de La Réunion, Martinique et Guadeloupe disposent de la plupart des spécialités de médecine et chirurgie (MCO) : cardiologie, chirurgie cardiaque adulte et pédiatrique, y compris transplantation cardiaque, imagerie lourde, oncologie-radiothérapie, réanimation, ophtalmologie chirurgicale, dermatologie de recours, et de nombreuses surspécialités de pôle. La chirurgie de haute technicité ou certaines sous-spécialités chirurgicales telles que la neurochirurgie ou les transplantations, ne sont pas disponibles dans tous les territoires, y compris disposant d'un Centre hospitalier universitaire, en particulier en Guyane (cardio-vasculaire complexe, neurochirurgie), en Nouvelle-Calédonie (surspécialités rares selon indication) et Polynésie Française (certaines greffes, hyper-spécialités). Le centre hospitalier de Mayotte ne dispose pas de nombreuses spécialités ou celles-ci sont sous-dimensionnées : cardiologie interventionnelle, chirurgie cardio-thoracique, neurologie, oncologie de recours.

Dans les Collectivités d'Outre-mer, Wallis-et-Futuna dispose d'une offre très générale, d'urgences, de chirurgie, maternité et soins ambulatoires (dentaire, rééducation), mais tous les soins spécialisés nécessitent des transferts organisés par l'Agence de santé vers la Nouvelle-Calédonie, l'hexagone, parfois l'Australie et Fidji. Saint-Pierre-et-Miquelon a une offre de médecine et chirurgie de base, gynéco-obstétrique (capacités limitées), imagerie et soins de proximité. Toutes les spécialités de recours (cardio-interventionnel, neurologie, oncologie lourde) donnent lieu à des évacuations sanitaires extraterritoriales qui font partie intégrante de l'organisation des soins. Le centre hospitalier Irénée de Bruyn à Saint-Barthélemy a une capacité annoncée d'environ 20 lits, un service d'urgences générales et de radiologie numérisée. L'île ne dispose pas de maternité. Le dispensaire propose des consultations gynécologiques pré- et post-natales, des consultations de Protection maternelle et infantile (PMI) et un centre d'auto-dialyse de deux postes. Tous les actes plus complexes sont pris en charge au CHU de Guadeloupe. Le centre hospitalier Louis-Constant Fleming de Marigot à Saint-Martin dispose de 85 lits avec des spécialités de gynécologie-obstétrique (maternité, préparation à la naissance), chirurgie viscérale et réparatrice, chirurgie orthopédique, médecine polyvalente, infectiologie, pédiatrie. Des consultations spécialisées externes (dermatologie, endocrinologie, neurologie, oncologie, urologie, néphrologie) sont mises en place à fréquence limitée (tous les deux mois). En revanche, pour les actes de haute technicité et les autres spécialités (neurochirurgie, cardiologie, chirurgies complexes...), l'offre locale est incomplète et dépend de recours externes. La psychiatrie spécialisée et les établissements de longue durée en psychiatrie sont très déficitaires notamment en Guyane et à Mayotte. Ainsi, le taux d'équipement en hospitalisation partielle de psychiatrie est nettement inférieur à celui de l'hexagone (45 places pour 100 000 habitants) dans tous les Outre-mer, hormis en Guadeloupe (48). Certains soins médicaux et de réadaptation (SMR)

et l'hospitalisation partielle ou de moyen séjour, sont moins développés dans certains DROM.

Les Outre-mer ont longtemps souffert d'un sous-investissement immobilier des hôpitaux. Encore aujourd'hui, nombre de bâtiments hospitaliers sont dans un état préoccupant, aggravé par le vieillissement prématuré des matériaux compte tenu du climat et d'un entretien courant déficient. Au titre du Ségur, mais également auparavant, des opérations importantes ont été menées ou sont en cours dans les hôpitaux de La Réunion, CHU de Pointe-à-Pitre, CH de Saint-Laurent-du-Maroni, ainsi que dans les Collectivités d'Outre-mer, hôpitaux de Nouvelle-Calédonie, CHT de Polynésie française. Les investissements du CHU de la Martinique, de l'hôpital de Cayenne, et des hôpitaux de Mayotte (reconstruction du CHM et second hôpital) sont considérés comme prioritaires. L'étude des projets régionaux de santé montre que le taux d'équipement en matériels lourds est insuffisant au regard de l'hexagone : parmi les raisons de cette situation, la faible taille des territoires est un élément dominant, et malgré l'existence des coefficients géographiques, il est souvent difficile de rentabiliser par la tarification à l'activité ce type d'équipements, sans subvention spécifique. A Mayotte, la construction d'un second site est prévue à l'horizon 2030-2040 à Combani¹¹⁵. Plusieurs facteurs dont l'évolution démographique, le vieillissement de la population ou encore l'augmentation du recours aux soins conduisent à poursuivre le développement de l'offre hospitalière sur l'île en envisageant un nouveau site en complément des sites existants du CHM. Il est envisagé que le nouveau site ait comme vocation prioritaire le développement de l'activité programmée et de nouvelles spécialités. Il comportera également une nouvelle maternité et un nouveau service d'accueil des Urgences (SAU).

Les établissements de santé privés jouent un rôle important dans l'offre de soins locale, en complémentarité avec les établissements publics. La prépondérance du secteur hospitalier privé est à souligner pour bon nombre d'activités : à La Réunion, le secteur privé réalise 60 % de la chirurgie, 45 % de la psychiatrie et 85 % des soins médicaux et de réadaptation (SMR). En Guadeloupe, le privé réalise 50 % de la chirurgie, 23 % de la psychiatrie, 75 % du SMR, 80 % de l'hospitalisation à domicile (HAD) et 90 % de la dialyse. La Réunion compte 19 établissements privés, Mayotte 2, la Guadeloupe 13, la Martinique 3, la Guyane 8¹¹⁶. L'implication territoriale des établissements privés est très forte en Outre-mer à travers des groupes locaux et ils font preuve de capacités d'initiatives originales pour répondre aux besoins de santé qu'ils mettent en œuvre avec agilité au service des patients. Le secteur privé permet une complémentarité de l'offre de soins publique et permet de faire face aux tensions conjoncturelles (épidémies de maladies vectorielles telles que la dengue ou le chikungunya, crises sanitaires, catastrophes naturelles, ruptures

¹¹⁵ Voir rapport annuel Mayotte de l'IEDOM, 2024

¹¹⁶ L'hospitalisation privée de la Guadeloupe, avec 12 établissements, prend en charge la majorité de l'offre de soins de Guadeloupe : 76 % de la chirurgie ambulatoire, 42 % du traitement du cancer, 72 % des soins médicaux et de réadaptation, 90 % de la dialyse, 23 % de la psychiatrie/santé mentale et plus de 80 % des patients de l'hospitalisation à domicile. L'hospitalisation privée de la Réunion/Océan Indien, avec 22 établissements, prend en charge 60 % des actes de chirurgie ambulatoire, 85 % des soins médicaux et de réadaptation et 45 % de la psychiatrie/santé mentale

d'approvisionnement...). Dans ce contexte, il faut souligner l'enjeu de poursuivre la mise en œuvre des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et l'enjeu d'organiser les complémentarités public/privé au bénéfice des patients. Cela suppose une équité de traitement des acteurs tant en ce qui concerne l'accès au financement que ce qui concerne les sujétions et contraintes liées à l'exercice d'une mission de service public.

Les équipements médico-techniques sont inégaux d'un territoire à l'autre.

Les équipements médico-techniques hospitaliers regroupent l'ensemble des dispositifs matériels indispensables à l'exercice : appareillages d'imagerie (scanner, IRM, radiologie), équipements de bloc opératoire, matériels de soins critiques (réanimation, perfusion, ventilateur), équipements de laboratoire, dispositifs de pointe... Dans les territoires ultramarins, divers facteurs géographiques, démographiques, organisationnels, logistiques et économiques viennent complexifier la mise à disposition et l'actualisation des équipements médico-techniques, ce qui pèse sur la disponibilité de soins spécialisés, les délais, la qualité, et finalement sur l'égalité territoriale de l'accès aux soins. Il n'existe pas de rapport public officiel dressant le panorama exhaustif de la disponibilité des équipements médico-techniques et des manques constatés en Outre-mer. Le rapport de la DREES sur *Les établissements de santé dans les DROM*, de 2024, permet de disposer de certains éléments. Les données précises par type d'équipement (IRM, scanner, bloc opératoire...) dans chaque DROM restent toutefois difficilement accessibles et ne permettent pas une évaluation globale par territoire. La moindre capacité d'accueil hospitalière suggère des plateaux techniques moins denses ou moins diversifiés. Il faut noter l'insuffisance marquée des capacités hospitalières à Mayotte, des équipements médico-techniques sous-dimensionnés et très en retard par rapport aux besoins. La situation est plus favorable à La Réunion avec des équipements modernes et bien dimensionnés. Le Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion a fait l'acquisition d'un nouvel appareil de radiothérapie, l'HalcyonTM¹¹⁷. Avec une prise en charge améliorée, une réduction des délais d'attente grâce à sa capacité de traitement, cet appareil de radiothérapie est une avancée notable pour les personnes atteintes de cancer sur le territoire. Grâce à ce nouvel outil, le nombre moyen de séances est réduit, et les lésions sont traitées de manière ciblée avec un haut niveau de qualité et de précision, quelle que soit la partie du corps, une avancée est attendue depuis des années par les radiothérapeutes. Aux Antilles les écarts sont faibles par rapport au niveau d'équipement des établissements de l'hexagone, mais des défis subsistent en matière de renouvellement et d'actualisation des plateaux techniques. Le cyclotron et son TEP-scan de l'Institut caribéen d'Imagerie Nucléaire (ICIN), financé conjointement à hauteur de 63 millions d'euros par l'Agence Régionale de la Santé, le Centre Hospitalier Universitaire et la Collectivité Territoire de Martinique, place le territoire dans le top 10 mondial pour ce type d'équipement qui est aussi le plus performant de France. L'appareil de diagnostic permet une meilleure prise en charge et une meilleure détection des cancers, sur une île fortement touchée par le cancer de la prostate.

¹¹⁷ <https://outremers360.com/bassin-indien-appli/la-reunion-nouvel-equipement-de-radiotherapie-de-pointe-au-chu?utm=>

L'institut caribéen est exemplaire à plus d'un titre : son modèle économique s'appuie sur une coopération régionale et hexagonale. Il permet l'élaboration d'un projet de traitement ultraperformant des cancers de la prostate. Au-delà du diagnostic cela rendrait possible une prise en charge de pointe des patients atteints de cancer, selon un schéma financier également équilibré par un positionnement régional et un recrutement caribéen. Ce projet tout à fait exemplaire mérite à cet égard d'être soutenu et relayé au niveau national.

Le Centre Hospitalier de la Polynésie française (CHPF) dispose d'un plateau technique lourd (imagerie IRM, scanner, scintigraphie, blocs, réanimation) récemment modernisé avec l'inauguration en août 2025 d'un deuxième accélérateur de particules pour la radiothérapie. L'archipel reste cependant totalement dépendant des équipements lourds concentrés uniquement à Tahiti, ce qui impose des évacuations sanitaires pour les personnes résidant sur les autres îles. La Nouvelle-Calédonie dispose d'un modèle hospitalier structuré autour du Centre hospitalier territorial médipôle de Koutio, et s'appuie sur trois établissements hospitaliers publics répartis dans le nord de l'île. Les provinces nord et les Îles ont un accès aux soins techniques plus limité et la couverture est moins dense que sur le Grand Nouméa. Le Centre hospitalier de Bruyn à Saint-Barthélemy dispose d'une vingtaine de lits d'hospitalisation, mais pas de service de maternité ce qui fait que les femmes enceintes sont dirigées vers les structures du CHU de Guadeloupe.

Le CESE souligne la nécessité de réaliser un bilan, conduit par la DREES, de la disponibilité des équipements médico-techniques hospitaliers en Outre-mer afin d'identifier les manques et les investissements à programmer. Cette évaluation devra intégrer des indicateurs de couverture (taux d'équipement pour 100 000 habitants) déclinés par catégorie (imagerie, blocs opératoires, réanimation, laboratoire, dialyse...) comparés à la moyenne nationale et aux standards nationaux.

Préconisation 3

Le CESE préconise de systématiser dans les Projets régionaux de santé (PRS) une comparaison avec la situation moyenne constatée dans l'hexagone et par région sur : les capacités d'accueil et de prise en charge, équipements en lits ou places ; la présence de toutes les spécialités médicales et en particulier les urgences et la santé mentale ; les équipements médico-techniques.

Le CESE demande aux Agences régionales de santé (ARS) de proposer en face de chaque écart significatif des mesures correctives y compris si celles-ci supposent d'engager une collaboration avec d'autres autorités publiques (Collectivité territoriale, Département...).

1.3. Les délais de paiement des établissements de santé

Le CESE remarque des délais de paiements parfois excessifs pratiqués par certains établissements de santé. En Outre-mer, les délais de paiement des établissements publics de santé (EPS) sont fréquemment très au-delà du délai légal applicable de 50 jours inscrit dans le Code de la commande publique¹¹⁸. Selon le rapport annuel 2024 de l'IEDOM, les établissements publics de santé ultramarins affichent, en 2024, un délai moyen de paiement de 121,5 jours, soit plus du double du plafond légal. En 2023, ce délai était de 112,4 jours, et de 109,2 jours en 2022. Ce délai est aussi plus de deux fois supérieur à celui observé en France hexagonale (62,3 jours)¹¹⁹. Ces retards de paiement excessifs dans les établissements sanitaires Outre-mer résultent d'une combinaison de causes structurelles : une trésorerie fragile, des contraintes logistiques qui complexifient les processus d'achats, des retards dans les financements externes et les subventions publiques attendues par les établissements pour couvrir certaines dépenses, ce qui peut engendrer des effets de cascade dans les paiements aux fournisseurs. Ces retards de paiement ont pour conséquences la fragilisation des fournisseurs, en particulier des TPE/PME locales, qui souffrent de délais longs avec parfois des risques de cessation d'activité, mais également des effets sur la qualité de service sanitaire avec des retards dans l'approvisionnement en équipements ou fournitures médicales, des ruptures de stocks, qui peuvent affecter la prise en charge des patients. Ces retards de paiement aboutissent à des coûts supplémentaires, des intérêts de retard, des frais administratifs supplémentaires. Pourtant ces dépassements restent rarement sanctionnés. La Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) a mené des contrôles auprès de 25 établissements ultramarins. Les dépassements de délais de paiement légaux ont donné lieu à quatre avertissements pour les cas de dépassements non significatifs et neuf procès-verbaux de manquement. Les procédures de sanction administrative ont mené à des amendes pour un total de 755 000 euros en 2024.

Le CESE note que depuis de nombreuses années, les pouvoirs publics répondent aux difficultés structurelles de trésorerie par des moyens conjoncturels, sous forme d'aides en trésorerie ponctuelles, sans vision d'ensemble. Il est nécessaire d'apporter une réponse globale et cohérente en tenant compte de la variété des situations.

Le passage progressif à la facturation électronique permettra de mieux maîtriser les délais de paiement des établissements de santé. Les factures émises, transmises, reçues et archivées devront être progressivement établies sous forme numérique, avec une transmission de données à l'administration fiscale. À compter du 1^{er} septembre 2026, les grandes entreprises et les établissements de taille

¹¹⁸ Article R. 2192-11 du Code de la commande publique fixe un délai maximum de 50 jours pour les établissements publics de santé pour le paiement des marchés publics.

¹¹⁹ [https://www.iedom.fr/Rapport-annuel-2024-des-delaix-de-paiement-pratiques-par-les-entreprises-et-les#:~:text=Le%20d%C3%A9lai%20de%20paiement%20moyen,\(%2D3%2C8%20jours\).](https://www.iedom.fr/Rapport-annuel-2024-des-delaix-de-paiement-pratiques-par-les-entreprises-et-les#:~:text=Le%20d%C3%A9lai%20de%20paiement%20moyen,(%2D3%2C8%20jours).)

intermédiaire¹²⁰ seront tenus d'émettre leurs factures sous format électronique et de transmettre électroniquement à l'administration leurs informations de transactions et leurs données de paiement. À compter du 1er septembre 2027, l'obligation d'émission des factures sous format électronique et de transmission électronique à l'administration d'informations de transactions et de données de paiement sera obligatoire pour les petites et moyennes entreprises et les micro-entreprises.

À compter de septembre 2026, les entreprises fournisseurs de la sphère publique auront le choix de transmettre leurs factures :

- Soit en ayant recours à une plateforme agréée (sauf pour les factures de marché de travaux, les mémoires de frais de justice, les demandes de remboursement, et la gestion du référentiel des engagements juridiques de la sphère publiques – qui sont des modalités propres à Chorus Pro) ;
- Soit en ayant recours à Chorus Pro et ses modalités d'envoi de factures vers les administrations : l'offre de service (saisie ou dépôt sur le portail, dépôt via EDI ou API) restera accessible pour les entreprises ayant à adresser des factures à l'État, les collectivités locales, les établissements publics et les groupements d'intérêt publics (GIP) nationaux ou tout organisme public.

Préconisation 4

Le CESE préconise aux établissements de santé et aux entreprises fournisseurs de mettre en place la facturation électronique progressivement dès 2026, sans attendre la fin de la période transitoire. Ce dispositif doit permettre de fluidifier la chaîne facture / service-fait / paiement, sécuriser la gestion de trésorerie, et ainsi de mieux maîtriser les délais de paiements.

Le CESE préconise une étude visant à systématiser le recours au mandatement d'office en cas de retard de paiement.

En sus de ces problèmes de règlement, il y a de profonds problèmes récurrents de financement des établissements de santé.

1.4. L'organisation des soins nécessite la mise en œuvre d'une solidarité entre les territoires

L'insularité et l'isolement géographique sont des facteurs importants à prendre en compte dans l'organisation des soins. De par leur isolement géographique de l'hexagone, les territoires ultramarins doivent être en mesure de proposer une offre de santé autosuffisante sur place, adaptée et de qualité. Les réponses aux besoins sont rendues plus complexes en Outre-mer que sur le reste du territoire national en raison des particularités géographiques : l'insularité simple ou double (la double insularité désigne la situation d'un territoire insulaire qui dépend lui-

¹²⁰ Article 51 de la loi du 4 août 2008 de modernisation de l'économie (LME)

même d'une autre île se trouvent les services hospitaliers, tel que l'archipel des îles Marquises par rapport à Tahiti, ou l'île de Marie-Galante par rapport à la Guadeloupe par exemple), l'isolement (l'éloignement de certains territoires tels que Wallis-et-Futuna par rapport à l'hexagone, la Nouvelle-Calédonie ou la Polynésie française est une contrainte à prendre en compte pour bénéficier de soins spécialisés), des contextes climatiques (saisonnalité cyclonique), des difficultés d'approvisionnements (régularité des liaisons aériennes pour l'approvisionnement en médicaments ou en équipements médicaux), et des contraintes économiques induites (nécessité de surstockage de médicaments, coûts élevés d'acheminement, taxe d'octroi de mer).

Les coopérations interhospitalières et entre les établissements publics et privés sont à développer en Outre-mer. Les coopérations entre établissements de santé (publics, privés, associatifs ou mixtes) sont organisées au niveau national et ce cadre s'applique aux DROM. Les coopérations peuvent porter sur divers niveaux : mutualisation de moyens (logistiques, techniques), regroupement de pôles cliniques, articulation public/privé, formations conjointes... Compte tenu du nombre limité d'opérateurs de santé en Outre-mer et sur des territoires isolés géographiquement, sans solution de continuité locale, les points critiques peuvent rapidement mettre en risque la continuité des soins. Les complémentarités entre établissements permettent ainsi de faire face aux tensions conjoncturelles (épidémies, crises sanitaires, catastrophes naturelles, ruptures d'approvisionnement) et d'optimiser l'utilisation des équipements. Les organisations territoriales se mettent en place, comme les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour la gestion des soins non programmés en ville. Pionnière depuis 2017, la CPTS Madinina en Martinique se met à la disposition des porteurs de projets libéraux pour développer de nouveaux usages et co-construire des solutions innovantes¹²¹. Autre exemple inter-Outre-mer, La Réunion est le territoire de recours pour la zone Océan Indien. Le travail avec le Centre hospitalier universitaire de La Réunion est essentiel pour renforcer la continuité de l'offre de soins avec l'organisation des évacuations sanitaires (EVASAN) permettant la continuité de la prise en charge des patients venant de Mayotte. En Guadeloupe, des coopérations existent avec la Martinique, et parfois la Guyane. Ainsi, la clinique de Choisy a notamment une très forte activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique et effectue les bilans pré-greffe des patients concernés pour le Centre hospitalier universitaire de Cayenne. Enfin, pour assurer la permanence des soins, la construction de solutions territoriales mutualisées entre les équipes et le partage de la charge entre le public et le privé sont des solutions largement développées sur chaque territoire.

Le CESE note l'enjeu de poursuivre la mise en œuvre des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et de renforcer encore les complémentarités entre établissements au bénéfice des patients.

¹²¹ Voir l'article : https://www.alcimed.com/fr/insights/acces-aux-soins-outre-mer-solutions/#utm_source=chatgpt.com

La télémedecine est devenue un levier essentiel d'accès à la santé face aux difficultés d'accessibilité géographique en Outre-mer. La télémedecine hospitalière s'impose comme un outil stratégique de continuité des soins en Outre-mer et de modernisation du service public hospitalier, permettant à la fois de réduire les délais d'accès, de limiter les EVASAN, d'assurer la sécurité des patients et de renforcer les coopérations inter-établissements¹²². Les téléconsultations hospitalières de plus en plus courantes réalisées à distance dans les hôpitaux ou les dispensaires, en lien avec un centre de référence, permettent d'améliorer à la fois la qualité du diagnostic, le confort pour le patient et de réduire les transferts. Par exemple, la télé-expertise hospitalière du CHU de Cayenne relie les centres de santé fluviaux aux services spécialisés. Le Centre hospitalier de Mayotte a développé des téléconsultations de suivi pour pallier le manque de médecins spécialistes sur place. Le CHU de Martinique a mis en place une mutualisation avec les hôpitaux périphériques pour la lecture à distance des scanners et IRM en télé-imagerie. De même, le Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF) a développé des consultations inter-îles pilotées en imagerie et en cancérologie. Le suivi à distance par télésurveillance médicale est aussi facilité pour les patients atteints de maladies chroniques (insuffisance cardiaque, diabète, insuffisance rénale chronique) ou les femmes enceintes à risque. Le CHU de La Réunion a ainsi mis en place une plateforme régionale de télésurveillance pour les patients cardiaques et diabétiques, en lien avec les médecins traitants. Ces avancées notables permettent d'envisager un développement des pratiques médicales avancées chez les personnels infirmiers qui peuvent, dans de nombreuses îles ou localités reculées, bénéficier de l'appui à distance d'un médecin et ainsi assurer une continuité des soins au bénéfice du patient. Celles-ci permettent également le maintien des soins lors de crises sociales ou après les épisodes cycloniques. La réussite de cette stratégie suppose un soutien financier durable des ARS, un pilotage partagé entre les établissements, et un investissement massif dans la formation, la maintenance et la connectivité.

Les coopérations entre établissements de santé publics, privés, associatifs et maisons de santé sont encore inégalement développées. Les territoires ultramarins présentent des contextes sanitaires caractérisés par une fragilité structurelle de l'offre de soins et des besoins de santé importants liés à des vulnérabilités sociales et épidémiologiques particulières. Dans ce contexte, les coopérations entre établissements de santé publics, privés ou associatifs, EHPAD et maisons de santé constituent un levier important pour garantir la continuité des soins et améliorer l'accès aux prises en charge spécialisées. Les coopérations inter-établissements, interprofessionnelles et ville-hôpital sont souvent la seule réponse possible pour garantir une couverture du territoire. Ces coopérations, déjà présentes

¹²² Le dispositif de télémedecine est défini à l'article L.6316-1 du Code de la santé publique. Il comprend cinq actes médicaux reconnus : téléconsultation : consultation à distance entre un patient et un professionnel médical ; téléexpertise : échange entre professionnels de santé pour un avis diagnostique ou thérapeutique ; télésurveillance médicale : interprétation à distance de données recueillies chez le patient ; téléassistance médicale : assistance d'un professionnel à un autre durant un acte ; régulation médicale : orientation des patients par un médecin régulateur.

dans plusieurs territoires, restent cependant inégales et parfois insuffisamment structurées. L'articulation entre ces acteurs est déterminante pour éviter les ruptures de parcours. Les hôpitaux publics portent des missions de recours dans des conditions souvent difficiles. Les cliniques, structures associatives, dispensaires et les maisons de santé assurent souvent des missions essentielles auprès de populations soit en premier recours, soit sur des activités de médecine, chirurgie, obstétrique, et de dialyse.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles sont particulièrement pertinentes dans les territoires où la médecine libérale est fragile ou insuffisamment implantée. Dans certains territoires, à Mayotte notamment et en Guyane, les maisons de santé pluriprofessionnelles sont devenues des acteurs de proximité essentiels de l'accessibilité aux soins. De manière tout à fait exemplaire, le docteur Elhad Mohamadi¹²³, médecin généraliste, a construit un projet de maison de santé pluriprofessionnelle qui permet de recevoir les patients localement, de diversifier l'accès aux soins sur le territoire et de réduire la pression sur le centre hospitalier de Mayotte à Mamoudzou. Ce projet, évalué à 3 millions d'euros, a exigé un investissement financier personnel du médecin qui en a eu l'initiative et n'aurait pas abouti sans ses différents partenaires dont le Conseil départemental, qui a cédé un terrain départemental afin d'y construire un parking, et l'Agence française de développement pour le financement. Ce centre moderne réparti sur trois niveaux, abrite notamment la plus grande pharmacie de l'île. Il accueille 13 professionnels de santé dont des médecins généralistes, des infirmiers, une sage-femme, un kinésithérapeute, un cardiologue, un échographiste, et un chirurgien orthopédique. Le centre comprend également un laboratoire d'analyse, un point de vente de matériaux médicaux, et accueille des étudiants en médecine. L'objectif premier est d'améliorer significativement la qualité des soins pour plus de 50 000 habitants de la zone centre et centre-ouest de Mayotte. Cette initiative, qui pourrait être répliquée sur d'autres territoires, est cruciale dans le contexte de saturation de l'offre hospitalière et pour permettre le développement d'une offre de soins de proximité, pérenne et de qualité sur l'île.

La présence de référents sanitaires itinérants ou positionnés sur les territoires isolés (îles des archipels de Polynésie française, intérieur de la Guyane, Nouvelle-Calédonie avec les référents placés auprès des chefs coutumiers)) est une réponse très opérationnelle essentielle afin d'assurer une permanence des soins, faire le lien avec les centres hospitaliers et limiter le recours aux évacuations sanitaires. En Polynésie française, territoire composé de 118 îles dont 76 habitées parfois séparées par plusieurs centaines de kilomètres de Tahiti, les référents sanitaires, souvent infirmiers, agents de santé communautaires ou personnels paramédicaux spécialisés, assurent la présence des soins de proximité (soins courants et premiers recours, suivi des pathologies chroniques, campagnes de vaccination, dépistage et actions d'éducation à la santé, contribuent à la surveillance épidémiologique) et l'ossature du dispositif de santé. Ils constituent un maillon stratégique du système de santé polynésien. Des équipes itinérantes de médecins

¹²³ Entretien avec M. Elhad Mohamadi, médecin fondateur d'une maison de santé à Ouangani, Mayotte

interviennent ponctuellement pour des missions spécialisées. Ils sont l'interface quotidienne entre les populations des îles et les structures hospitalières de référence, en particulier le Centre hospitalier de la Polynésie française. À ce titre, ils préparent et coordonnent les évacuations sanitaires, facilitent les téléconsultations et assurent le suivi des patients à leur retour. Leur action dépasse toutefois le cadre strictement sanitaire. Dans un contexte marqué par une grande diversité linguistique et culturelle, les référents sanitaires jouent fréquemment un rôle de médiation culturelle et sociale. Leur connaissance des langues locales (tahitien, marquisien, pa'umotu ou autres) et des pratiques traditionnelles de santé favorise l'adhésion des populations aux recommandations médicales et facilite l'interprétation des demandes de soins. Cette dimension est déterminante pour la qualité des prises en charge et la prévention, notamment lorsque les représentations de la maladie ou les pratiques culturelles influencent les comportements de santé. Afin de consolider ce dispositif, plusieurs axes d'amélioration sont identifiés : renforcement des effectifs, développement de la télémédecine, modernisation des infrastructures, formations continues adaptées aux contraintes insulaires, valorisation du rôle exercé par ces professionnels et sécurisation des moyens logistiques. Dans un contexte de transition démographique, d'augmentation des pathologies chroniques et de vulnérabilités environnementales croissantes, investir dans les référents sanitaires apparaît indispensable pour garantir l'équité sanitaire, la sécurité des parcours et la continuité des soins dans l'ensemble des archipels polynésiens.

Le CESE considère qu'il revient aux Agences régionales de santé de créer les conditions d'un travail collaboratif des personnels de santé au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) en Outre-mer. Les CPTS sont des structures d'organisation et de coordination entre professionnels de santé sur un territoire donné. Elles regroupent des professionnels de santé de ville (libéraux ou salariés), des établissements de santé, des acteurs de la prévention, des services médico-sociaux ou sociaux. L'idée est de mieux structurer les parcours de soins, coordonner l'offre entre ville-hôpital, améliorer l'accès aux soins notamment non programmés, pour mieux répondre aux besoins des patients. Si 68 % de la population française est couverte par une CPTS, le déploiement en Outre-mer est très inégal. La CPTS Madinina en Martinique est souvent mise en avant, tandis que La Réunion est couverte à 100 %, mais certains territoires ultramarins sont très peu couverts : par exemple à Mayotte seulement 10 % de la population était couverte en décembre 2022 (CPTS Sud-Mayotte).

Il apparaît essentiel de renforcer la solidarité entre l'hexagone et les Outre-mer en matière de santé. Cette solidarité territoriale doit s'inscrire dans un cadre organisé et systématique. Il est pour cela proposé d'engager tous les bassins sanitaires ultramarins (ou territoire de santé) dans des partenariats contractuels avec un bassin sanitaire hexagonal pour construire des collaborations détaillées. Ces partenariats contractualisés pourront concerner notamment la mobilisation de ressources humaines et matérielles, la mutualisation des compétences, la télésanté, la formation, et la recherche-innovation, l'accueil des patients, etc. Cette solidarité entre territoires impliquera que des ressources, des

expertises et des capacités puissent être mises au service des territoires ultramarins. Cela contribuera à traduire concrètement le principe d'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire français. Le Centre hospitalier de Mayotte a ainsi un partenariat de coopération historique depuis 2012 pour consolider des filières (urgences, chirurgie, périnatalité, imagerie, etc.)¹²⁴. Plus récemment, une coopération hospitalière a été mise en place en 2025 avec la Fédération Médicale Inter-Hospitalière (FMIH), l'Hôpital Cochin et l'Hôpital Necker-Enfants Malades au service de la santé visuelle des enfants à Mayotte. Ce partenariat vise à sécuriser l'offre de soins en ophtalmologie sur le territoire en facilitant le recrutement d'ophtalmologistes en formation. Deux postes d'assistants partagés, cofinancés par l'ARS Mayotte et le CHM, permettront à de jeunes praticiens d'exercer à Mayotte tout en bénéficiant d'une supervision à distance. Ces jeunes ophtalmologistes, déjà titulaires d'un doctorat en médecine, effectueront leur assistantat au sein du CHM avant de devenir praticiens hospitaliers. Cette coopération illustre la force du partenariat hospitalier en permettant à la fois : de renforcer les compétences locales, d'assurer une continuité de soins spécialisée, et de former la relève médicale sur le territoire. Le Centre hospitalier François-Dunan (CHFD) à Saint-Pierre-et-Miquelon a également établi des coopérations étroites avec des établissements de l'Hexagone. Ces liens sont indispensables pour garantir l'accès aux spécialités médicales et la formation des équipes locales. La coopération la plus structurante est celle nouée avec le CHU de Rennes qui joue le rôle d'hôpital de recours pour l'archipel. Ce partenariat s'appuie sur une convention-cadre et vise d'abord à assurer la continuité du parcours de soins ainsi que des missions régulières de spécialistes afin de limiter les déplacements des patients et de renforcer l'offre locale. Ce partenariat s'appuie aussi fortement sur la télémedecine et la télé-expertise. Le CHFD a développé des coopérations thématiques avec d'autres CHU, celui de Tours avec une coopération centrée sur la dermatologie en télémedecine, et de Brest pour l'évacuation et le traitement de déchets hospitaliers spécifiques.

Cette organisation est plébiscitée par ceux qui l'ont mise en place.

Préconisation 5

Le CESE préconise de formaliser le principe de solidarité territoriale sanitaire en engageant contractuellement chaque territoire ultramarin dans une collaboration ou un « partenariat » avec un territoire sanitaire hexagonal. C'est naturellement l'autorité dépositaire de la compétence en matière de santé qui formalise ces relations nouvelles entre territoires de santé hexagonaux et ultramarins avec pour objectif de créer des collaborations sanitaires passant notamment par la mise en place de référents télémedecine, de stages de formation pour les internes, etc.

¹²⁴ La convention-cadre de partenariat a pour objet d'organiser la coopération entre le CHU de La Réunion et le CHM, dans le respect des prérogatives de chacun des établissements et des orientations du Projet régional de Santé élaboré par l'ARS.

1.5. Le recours aux évacuations sanitaires reste élevé avec des coûts associés importants

Les évacuations sanitaires (EVASAN) désignent les transports médicalisés de patients hospitalisés vers des structures de soins (diagnostic, traitement ou suivi thérapeutique) non disponibles localement, situées sur le territoire (interne au territoire vers un Centre hospitalier) ou hors de celui-ci (inter-régional vers un autre territoire ultramarin ; national vers l'hexagone ; ou international en direction d'un pays tiers). Les EVASAN concernent tous les territoires ultramarins, mais avec deux dispositifs de financement distincts : la Mission d'intérêt général (MIG) ÉVASAN compense partiellement les dépenses d'EVASAN dans les DROM, tandis que les EVASAN réalisées en Polynésie française et Nouvelle-Calédonie sont prises en charge par les exécutifs locaux. Aux Antilles et en Guyane, les CHU restent dépendants de l'hexagone pour le traitement de certaines pathologies complexes (neurochirurgie, cancérologie, réanimation pédiatrique). Les capacités d'hospitalisation sur place sont aussi limitées et les centres hospitaliers peuvent avoir recours à des transferts : durant la crise du Covid 19 des dizaines de patients ont été transférés vers les hôpitaux d'Île-de-France. Les coûts unitaires vers l'hexagone peuvent atteindre plusieurs dizaines de milliers d'euros et les évacuations vers les pays voisins restent quasiment impossibles (Etats de la Caraïbe, Etats-Unis, Brésil) faute d'accords de santé bilatéraux et d'équivalence des normes hospitalières. Dans l'Océan Indien, Mayotte dépend très largement de La Réunion pour les soins spécialisés : plus de 1 000 EVASAN sont réalisées chaque année. Les pathologies concernées sont souvent des maladies chroniques (dialyse, néonatalogie, neurologie) avec des soins programmés. En Polynésie française, les distances entraînent 35 000 EVASAN par an hors du territoire, pour un coût total d'environ 17 millions d'euros, principalement de Tahiti vers la Nouvelle-Zélande ou l'hexagone. En Nouvelle-Calédonie, les évacuations se font majoritairement vers l'Australie et sont financées hors MIG nationale, soulignant les limites du financement actuel par l'État.

Le cadre financier des EVASAN est fixé par la mission d'intérêt général (MIG) EVASAN, créée en 2021 par le ministère de la Santé au titre de la solidarité nationale. Le financement des missions d'intérêt général est défini par l'article L.162-22-13 du Code de la sécurité sociale. Il vise à compenser les charges spécifiques supportées par les établissements de santé en Outre-mer dans le cadre d'activités non tarifées à l'activité (T2A). L'article L. 1411-1 sur la définition de la politique nationale de santé et l'organisation des parcours de santé devant prendre en compte les spécificités géographiques de chaque territoire afin de concourir à l'équité territoriale dans l'accessibilité aux soins, fixe les règles de recours aux EVASAN. Selon l'instruction du 30 décembre 2022, le coût de ces transferts est partagé entre l'Assurance maladie et la MIG ÉVASAN¹²⁵, dont l'enveloppe nationale atteignait 11,1 millions d'euros en

¹²⁵ Le financement des opérations d'EVASAN relèvent :

- Soit de la MIG EVASAN (établissement de santé) en totalité intégrant la contribution au financement des charges suivantes : les frais de transports du patient lorsque le transport est réalisé aux moyens d'avions sanitaires ou d'hélicoptères dédiés par des marchés spécifiques ; les frais de transport de l'équipe médicale et paramédicale du départ ainsi que son retour vers l'établissement organisateur de l'évacuation sanitaire médicalisée lorsque le transport est réalisé aux moyens d'avions sanitaires ou d'hélicoptères dédié par des

2021, un montant très inférieur aux dépenses réelles. La Polynésie française, Wallis-et-Futuna et la Nouvelle-Calédonie ne sont pas couverts par le dispositif national de la MIG EVASAN¹²⁶. La Nouvelle-Calédonie a, à elle seule, dépensé 38 millions d'euros en 2022 pour ses évacuations vers l'Australie et l'hexagone. Le pilotage national est assuré par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), en lien avec la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale des Outre-mer (DGOM) pour les flux ultramarins. Un bilan annuel d'activité est demandé aux Agences régionales de santé (ARS) afin d'alimenter le suivi financier et d'évaluer la performance et la qualité du dispositif.

Le CESE souligne le risque d'augmentation du recours aux évacuations sanitaires dans les années à venir en raison des besoins croissants des patients atteints de pathologies chroniques, lourdes ou nécessitant des soins de recours.

Le CESE demande de renforcer les plateaux techniques locaux afin de limiter le plus possible les évacuations sanitaires à la fois coûteuses et contraignantes pour les patients et leurs proches, de développer la télémédecine permettant de faciliter les diagnostics à distance, et d'explorer les possibilités d'accords régionaux (vers Fidji pour Wallis-et-Futuna, l'Australie et la Nouvelle-Zélande pour la Nouvelle-Calédonie, le Brésil pour la Guyane, et le Canada pour Saint-Pierre-et-Miquelon) pour réduire les trajets vers l'hexagone.

Le CESE demande à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'évaluer l'organisation des EVASAN sur le territoire de Wallis-et-Futuna. Une coopération internationale avec Fidji pourrait être privilégiée, plutôt qu'avec la Nouvelle-Calédonie, pour la prise en charge de certains patients (maladies chroniques, chirurgie lourde). Cette étude de faisabilité permettrait d'estimer les gains en termes d'accès aux soins pour les patients, les possibilités d'accompagnement du patient par ses proches, ainsi que les réductions de coûts sur les EVASAN.

marchés spécifiques ; les frais d'hébergement et de restauration de l'équipe médicale ou paramédicale entre deux escales des équipes mobilisées ; l'investissement et la maintenance des équipements biomédicaux agréés aéronautiques utilisés ; le temps dédié des professionnels qui assurent les interventions (aller et retour).

- Soit de l'assurance maladie (enveloppe de ville) intégrant la contribution au financement des charges suivantes : les frais de transport du patient par avion ou par bateau sur des lignes commerciales par le moyen de transport le moins onéreux en lien avec l'état du patient avec les relais par les transports sanitaires privés nécessaires (application de l'article R.322-10 du CSS) ; les frais de transport pour le retour du patient ; les frais de transport de l'équipe médicale et paramédicale du départ ainsi que son retour vers l'établissement organisateur de l'évacuation sanitaire médicalisée lorsque le transport est réalisé par avion ou par bateau sur des lignes commerciales ; les frais d'emport et de réacheminements des équipements par fret aérien et maritime ; les frais de transport exposés pour une personne accompagnant un assuré ou un ayant-droit lorsque l'état de celui-ci nécessite l'assistance d'un tiers ou qu'il est âgé de moins de 16 ans (R322-10-7 du CSS).

¹²⁶ Les établissements concernés par la MIG EVASAN sont les établissements des départements et collectivités territoriales de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane, de La Réunion, de Mayotte ou les Collectivités de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin autorisés à exercer une activité de soins de médecine d'urgence selon les modalités du 1° et du 2° de l'article R. 6123-1 du code de la santé publique et organisant des EVASAN.

Préconisation 6

Le CESE préconise au ministère de la Santé de conduire une réflexion globale sur les évacuations sanitaires, territoire par territoire, visant à harmoniser le cadre juridique et les dispositifs logistiques des EVASAN pour garantir une égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire national quel que soit le statut constitutionnel du territoire ultramarin considéré (article 73 de la Constitution, article 74, et Nouvelle-Calédonie).

Le CESE préconise de revaloriser l'enveloppe de la mission d'intérêt général MIG EVASAN, qui est sous-dimensionnée budgétairement, et de l'ouvrir aux Collectivités d'Outre-mer au titre de la solidarité nationale.

Le CESE a fait le constat à plusieurs reprises d'un manque de transports en commun accessibles en Outre-mer permettant aux patients de se rendre à leurs rendez-vous médicaux¹²⁷. A cet égard, le « transport à la demande » pourrait être davantage développé pour les publics de patients. En Martinique, l'ARS a lancé un appel à candidatures pour la délivrance de 40 nouvelles autorisations de mise en service de véhicules sanitaires, principalement sur les secteurs centre et sud de l'île, où un déficit structurel a été identifié. Ce renforcement vise à améliorer la prise en charge des transports programmés et non programmés des patients, en complément des 112 véhicules actuellement en service sur le territoire. Il s'inscrit dans une volonté de réduction des inégalités d'accès aux soins et de renforcement de la continuité des parcours de soins. France Travail a été sollicité pour mettre en relation les employeurs avec des candidats à la formation ou à l'emploi. Les opportunités de professionnalisation seront notamment valorisées par Multiniors'Forma, organisme de formation certifié, qui prépare aux Diplômes d'État d'Ambulancier et à la fonction d'auxiliaire ambulancier¹²⁸.

¹²⁷ Voir en particulier la contribution de la délégation aux Outre-mer au projet d'avis portant sur « *Quelles solutions pour des mobilités durables et inclusives en zones peu denses ?* », rapportée par Mme Michèle Chay et Mme Nadine Hafidou, avis présenté en juillet 2023 par M. Sébastien Mariani. Cette saisine a fait l'objet d'une participation citoyenne à travers l'ouverture d'une plateforme. Celle-ci intitulée « Comment améliorer la mobilité ? » a reçu 7 516 réponses au questionnaire, 742 contributions dans la boîte à idées en Outre-mer. Groupement des autorités responsables de transport, Mémoire sur les transports et la mobilité en Outre-mer, 2017, voir en particulier page 9. Le Groupement des autorités responsables de transport (GART) souligne qu'historiquement le transport public a longtemps été, et demeure, dans la majorité des territoires, le parent pauvre des politiques publiques en Outre-mer. Cette insuffisance peut se situer au niveau de l'offre, des interconnexions ou de la qualité de prestation. C'est particulièrement pénalisant pour les habitants dans la mesure où l'accès aux transports publics est un facteur déterminant d'intégration sociale. Certains segments de la population : les personnes âgées, personnes à mobilité réduite, demandeurs d'emploi, personnes en formation, retraités, étudiants, jeunes de moins de 15 ans, sont fortement dépendants des services de transports publics et sont fragilisés lorsqu'ils n'ont pas de véhicule individuel.

¹²⁸ Ainsi, par exemple, la mairie de Saint-Pierre à Saint-Pierre-et-Miquelon a lancé un appel d'offre pour un projet de transport en commun à la demande. Couvrant de larges plages horaires, ce mode de transport par minibus très flexible permettrait de desservir l'île en tout lieu, sur réservation selon les demandes des passagers. Celui-ci faciliterait sensiblement les déplacements des patients pour leurs consultations médicales et contribue à diminuer l'isolement social des personnes âgées ou à mobilité réduite. Ce dispositif est également en cours de développement en Guadeloupe.

Le CESE encourage la mise en place de ce type de mobilité durable et de proximité pour les patients se rendant à des rendez-vous médicaux, permettant de maintenir l'accès aux soins et de créer du lien social en zone peu dense.

Le CESE souligne l'importance de la prise en charge par les collectivités territoriales, Département ou Collectivité unique, des frais de transport assis professionnels (véhicule sanitaire léger ou taxi conventionné)¹²⁹ pour les personnes éloignées des centres de soins et la mise en place de transports publics à la demande afin de faciliter les rendez-vous médicaux.

¹²⁹ Un transport assis professionnel dans un véhicule sanitaire léger (VSL) est prescrit lorsque l'état de santé du patient lui permet d'être conduit en position assise. Pendant le trajet, le patient est en présence d'un ambulancier disposant du diplôme d'État d'ambulancier (DEA) ou d'un auxiliaire ambulancier, en fonction de ses besoins.

2. Le financement des soins

2.1. La tarification à l'activité

La tarification à l'activité (T2A) s'applique aux établissements des DROM, tandis que ceux des Collectivités d'Outre-mer et de Nouvelle-Calédonie continuent à recourir principalement aux dotations globales. La tarification à l'activité (T2A) est le mode principal de financement des hôpitaux publics et privés en France. Elle a été mise en place progressivement entre 2004 et 2008 pour remplacer le financement en dotation globale appliqué auparavant. Elle consiste à financer les établissements de santé en fonction du volume et de la nature des soins réellement produits. Chaque séjour hospitalier est classé dans un Groupe Homogène de Malades (GHM), auquel correspond un tarif national appelé Groupe Homogène de Séjour (GHS). Ce tarif représente le coût moyen d'une prise en charge de ce type sur le plan national. Il couvre les activités de court séjour (médecine-chirurgie-obstétrique MCO) et partiellement les soins de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR), où des réformes spécifiques sont en cours. La tarification à l'activité (T2A) s'applique aux CHU et CH des DROM (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, hors Mayotte), avec des adaptations tarifaires pour compenser les surcoûts d'insularité et les contraintes logistiques. Les établissements ultramarins bénéficient en plus de dotations complémentaires spécifiques (MIG-Outre-mer) pour compenser l'éloignement et le déficit de volume d'activité. Contrairement aux autres hôpitaux des DROM, le Centre hospitalier de Mayotte (CHM) n'est pas financé par la tarification à l'activité (T2A). Une mission de l'Inspection générale des affaires sociales de 2017 recommandait une transition vers la T2A en cinq ans, avec un versement complémentaire pour la prise en charge des non-assurés dans l'attente d'un déploiement de l'Aide médicale d'État (AME)¹³⁰.

La mise en application de la tarification à l'activité (T2A) pose, à l'unanimité des acteurs hospitaliers, certaines difficultés en Outre-mer. Ces difficultés sont insuffisamment compensées par le coefficient géographique. La T2A repose sur des tarifs nationaux moyens (GHS) calculés à partir des coûts hospitaliers constatés dans l'hexagone, or les hôpitaux ultramarins fonctionnent dans des conditions structurellement plus coûteuses (insularité, surcoûts de transport, sur-rémunération des personnels des hôpitaux publics...). Les établissements de santé ont des volumes d'activité insuffisants pour atteindre l'équilibre. Certains services (réanimation, maternité, urgences) fonctionnent à bas volume, mais doivent être maintenus pour des raisons de sécurité sanitaire. La demande de soins est importante, mais concentrée sur les pathologies chroniques ou sociales, moins rémunératrices que certains actes mieux valorisés par la T2A. Les établissements publics de santé sont pratiquement tous structurellement déficitaires en Outre-mer. Certains sont sous plan de retour à l'équilibre depuis plusieurs années, malgré des activités stables ou croissantes. Ce manque de financement a pour conséquences le report des investissements (modernisation, maintenance, équipement), un moindre développement de la recherche médicale et de la formation, et une obsolescence accélérée des matériels

¹³⁰ Voir rapport annuel sur Mayotte de l'IEDOM, 2024

médicaux (scanner, IRM, blocs opératoires) de nombreux établissements. Pour corriger certains déséquilibres de la T2A, le ministère de la santé applique des coefficients géographiques qui majorent les tarifs nationaux et attribue des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation¹³¹.

Les établissements de santé de Polynésie française et de Nouvelle-Calédonie continuent quant à eux d'appliquer un financement par dotation globale. Les établissements hospitaliers publics de Nouvelle-Calédonie sont financés selon trois critères : un taux directeur d'évolution des dépenses hospitalières publiques, voté chaque année par le Congrès ; une dotation globale de financement propre à chaque établissement, votée par le gouvernement local de Nouvelle-Calédonie ; et une tarification des prestations spécifiques à chaque établissement. Ce système s'apparente à l'organisation antérieure à la généralisation de la T2A, mais adaptée au contexte calédonien (insularité, enjeux de service public, volume d'activité limité). En Polynésie française, le financement public du Centre Hospitalier de Polynésie Française (CHPF) est assuré par le versement d'une dotation globale de fonctionnement annuelle. Il permet de tenir compte des surcoûts structurels (transport, approvisionnement, logistique, attractivité du personnel) non proportionnels à l'activité. Le CHPF connaît aussi des déficits marqués et la dotation globale a été jugée insuffisante pour couvrir les surcoûts liés à la montée en charge ou à la complexification de l'activité.

2.2. Les coefficients géographiques

Des coefficients géographiques sont appliqués au financement des établissements de santé dans les Départements et régions d'Outre-mer (DROM). Les coefficients géographiques s'appliquent à une large part des recettes des établissements de santé. Ils ont été introduits avec la tarification à l'activité (T2A)¹³². Les établissements de santé situés dans les DROM font face à des contraintes spécifiques (insularité, éloignement, transport de matériel, coût de la vie plus élevé, effets logistiques, climat) qui se traduisent par des surcoûts structurels pour ces établissements. Parmi les principaux postes de surcoûts figurent les charges de personnel, les charges à caractère médical, les charges à caractère hôtelier et général (énergie, alimentation), ainsi que les charges immobilières. Le coefficient est exprimé en pourcentage de majoration qui s'applique aux recettes (tarifs, dotations) de l'établissement. Il est intégré dans la tarification à l'activité (T2A), les tarifs appliqués aux séjours/prestations sont majorés selon ce coefficient. Les établissements de

¹³¹ Les établissements de santé privés à but lucratif et privés à but non lucratif sont financés dans les DROM par la tarification à l'activité (T2A) et bénéficient de coefficients géographiques majorateurs.

¹³² L'article L162-22-10 Code de la sécurité sociale dispose que l'État fixe « les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux, (...) des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ».

La Réunion se voient appliquer en 2024 un coefficient de 34 %, Mayotte 33,1 %, la Guyane 33,6 %, la Guadeloupe et la Martinique : 27 %.

Le rapport de la DREES sur l'Actualisation des coefficients géographiques des Départements d'Outre-mer et de Corse de novembre 2023. Identifiés depuis longtemps comme un sujet à fort enjeu de soutenabilité financière pour les établissements de santé des territoires ultramarins, les coefficients géographiques ont fait l'objet de travaux de réactualisation à plusieurs reprises. Ces exercices ont toujours conduit à un maintien ou à une réévaluation à la hausse de leur niveau. Malgré ces révisions répétées, la méthode de calcul, variable d'une révision à l'autre, demeurait peu documentée, et certains axes d'amélioration étaient identifiés. À la demande du ministère en charge de la santé, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) s'est chargée de proposer une méthodologie de calcul robuste, centrée sur les surcoûts objectivables et reposant sur des données récentes. Cette étude devrait permettre d'actualiser le niveau des coefficients géographiques dans les DROM ainsi qu'en Corse, en documentant les hypothèses sous-jacentes. Les résultats de ces travaux, qui se sont déroulés en 2022, ont été publiés en novembre 2023 afin de servir de base aux concertations menées par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour procéder le cas échéant à la réévaluation effective des coefficients géographiques.

La DREES a proposé plusieurs scénarios de chiffrage, en faisant varier les sources et méthodes mobilisées, dont un scénario central, jugé le plus pertinent dans la perspective d'une mesure d'un pur effet prix¹³³. Dans ce scénario, selon la DREES, le coefficient géographique était supérieur au niveau appliqué en Guyane, à la Réunion, ainsi qu'à Mayotte, mais il était au contraire inférieur en Corse, en Martinique et en Guadeloupe. Le poids des différents postes de surcoût dans les charges est très variable. Les charges de personnel sont largement majoritaires et représentent entre 62,3 % et 67,9 % de l'ensemble des charges des hôpitaux publics, selon la région considérée. Certains postes de surcoûts, bien que symboliques par rapport à l'ensemble des charges des établissements, concentrent pourtant l'attention et les revendications des acteurs. Les présents travaux objectivent le fait qu'une petite modification du surcoût estimé sur certains postes prépondérants ont bien plus d'impact sur le résultat final qu'une modification conséquente du surcoût estimé sur des postes de faible poids.

Le CESE salue l'important travail d'objectivation des surcoûts menés par la DREES, mais constate également que cet apport de données suscite un débat

¹³³ Les surcoûts ont été estimés dans l'objectif d'isoler autant que possible un « pur effet prix », c'est-à-dire en se focalisant sur le prix d'achat d'une unité d'un même bien ou service dans différentes régions. Ce faisant, sont exclus les « effets volume », qui qualifient le fait qu'une partie des écarts de coûts provient de la structure de consommation de ces biens et services, qui n'est pas la même dans les différents territoires. Le territoire de Mayotte, auquel s'appliquait jusque-là le coefficient géographique de la Réunion, a été intégré au champ des travaux, afin de définir un coefficient propre au territoire en s'appuyant sur les données qui existent désormais pour cette région.

et n'a pas permis d'éteindre les critiques adressées au modèle de financement par les différents acteurs.

La délégation aux Outre-mer de l'Assemblée nationale a mené une mission flash sur le coefficient géographique appliqué aux établissements de santé en Outre-mer en décembre 2023¹³⁴. Ce rapport présente une analyse critique du dispositif de compensation des surcoûts hospitaliers dans les territoires ultramarins, en s'appuyant notamment sur le rapport de la DREES de 2023. Les députés rapporteurs constatent que l'actualisation irrégulière du coefficient géographique et son niveau insuffisant ont provoqué un déséquilibre chronique des établissements ultramarins, dont beaucoup sont déficitaires et endettés¹³⁵.

Le CESE note les autres limites de l'application du coefficient géographique pointées notamment par le Centre hospitalier universitaire de Martinique :

- **Le coefficient géographique ne s'applique qu'aux tarifs d'hospitalisation, excluant l'activité externe** (consultations, actes ambulatoires), alors que ces activités mobilisent les mêmes ressources humaines et logistiques. Cette restriction génère un manque à gagner estimé à 3 millions d'euros par an pour le Centre hospitalier de Martinique (CHUM) ;
- **Le niveau du coefficient est jugé insuffisant.** Le taux de 27 % est inférieur aux besoins, notamment après l'élargissement du champ d'application des 40 % de sur-rémunérations DROM à l'ensemble des personnels médicaux. Le manque à gagner sur l'hospitalisation est évalué à 7 millions d'euros par an. Les surcoûts non pris en compte (électricité, salaires, transport, maintenance) aggravent la situation financière du CHUM ;
- **La méthodologie de calcul est contestée.** La méthode retenue pour la fixation des coefficients géographiques actuels, qui a notamment permis une augmentation des coefficients géographique à La Réunion, Mayotte et en Guyane, s'appuie à la structure des coûts observée au niveau national, à laquelle est appliqué le coût unitaire des différents territoires. Elle ne prend donc pas en compte certaines dépenses qui devraient ou sont structurellement supérieures par rapport à un établissement de l'hexagone (coût de maintenance, obsolescence des bâtiments et équipements...¹³⁶) ;
- **Une actualisation est nécessaire.** La méthodologie proposée par la DREES s'est appuyée sur des données budgétaires avant la revalorisation des

¹³⁴ Les rapporteurs sont Mme Nathalie Bassire, M. Élie Califer, M. Johnny Hajjar, Mme Émeline K/Bidi et M. Jean-Philippe Nilor.

¹³⁵ Voir rapport de M. Olivier Véran sur *L'évolution des modes de financement des établissements de santé - Une nouvelle échelle de valeur*, ministère des affaires sociales et de la santé, avril 2017.

¹³⁶ La situation financière dégradée du CHUM entraîne des reports de maintenance préventive qui minore le poste, mais majore les coûts de réparation et les charges induites par des immobilisations de certains équipements en cas de panne (nécessité de faire venir par avion des équipements en panne...).

majorations DROM sur les personnels médicaux. Le rapport de la DREES propose une actualisation périodique qui gagnerait à être renouvelée après les différentes mesures salariales accordées, notamment à l'ensemble des personnels médicaux. Il est préconisé d'étendre le coefficient géographique à l'activité externe et à tous les postes de dépenses concernés.

Le coefficient géographique n'est que partiellement appliqué pour la psychiatrie et les soins médicaux et de réadaptation (SMR). Le coefficient géographique n'est pas appliqué à certains compartiments du financement : dotation populationnelle, indicateurs qualité, tarification nationale journalière des prestations (TNJP), et non-garanti dans les spécialités en cours de réforme (psychiatrie et soins médicaux et de réadaptation SMR), rendant impossible pour les établissements privés de vérifier s'il est bien pris en compte dans les montants alloués. Pour les soins médicaux et de réadaptation, le coefficient ne semble pas appliqué dans les calculs des enveloppes de dotation populationnelle par journée (moyenne nationale + coefficient de 1,34 = 158 euros par journée, contre une dotation moyenne à 143 euros par journée à La Réunion). Il est inexistant dans les tarifs nationaux journaliers de prestation (TNJP), pourtant important dans le fonctionnement quotidien des structures. En psychiatrie, le coefficient géographique n'est pas assuré, le dispositif de sécurisation du financement pénalise ainsi les établissements privés qui se retrouvent avec des activités non financées¹³⁷.

Le CESE alerte sur la nécessité de mise en cohérence de ce modèle de financement et questionne sa soutenabilité. L'architecture financière doit permettre une réelle égalité d'accès aux soins pour les citoyens ultramarins.

Préconisation 7

Le CESE préconise de rétablir une parfaite égalité financière entre les citoyens ultramarins et les citoyens de l'hexagone. Pour cela, il demande à la Cour des comptes de mener une expertise sur les financements des soins en Outre-mer (tarification à l'activité et coefficient géographique).

Sur la base de ces conclusions, le ministère de la Santé devra mener une concertation opérationnelle réunissant l'ensemble des parties prenantes et opérateurs sur ce sujet.

2.3. Les autres financements de missions d'intérêt général

Le financement par la tarification à l'activité (T2A) et le coefficient géographique s'accompagne de politiques territorialisées de dotations pour missions d'intérêt général (MIGAC devenus MIGOM), de contractualisation et

¹³⁷ Informations transmises par la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) en juillet 2025

d'investissements dédiés. Les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) recouvrent des activités spécifiques et bien identifiées qui ne peuvent être financées à l'activité soit en raison de l'absence d'une classification adaptée soit compte tenu de leur rattachement impossible à un patient donné. Les dotations d'aide à la contractualisation régionale peuvent être définies comme la véritable marge de manœuvre des Agences régionales de santé (ARS) et ont majoritairement été transférées dans le Fonds d'Intervention Régional (FIR). La Cour des comptes dans son rapport sur *Les financements par dotation aux établissements de santé (MIGAC et FIR) : une simplification nécessaire*, d'octobre 2020¹³⁸, montre que ces aides bénéficient dans des proportions importantes à quelques établissements publics de santé en déficit chronique.

La prise en charge des patients en situation de précarité n'est pas assurée sur toutes les disciplines. En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) consacrées à la « précarité » permettent aux établissements de bénéficier d'une enveloppe financière complémentaire destinée à couvrir les surcoûts liés à la prise en charge des patients en situation de précarité sociale et économique. Il serait pertinent d'étendre ce dispositif aux établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR) et de psychiatrie, en l'adaptant au nombre réel de patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) accueillis dans les structures privées. À La Réunion, la proportion de patients précaires est parfois plus élevée dans le secteur privé que dans le public. Pourtant, en soins médicaux et de réadaptation (SMR) comme en psychiatrie, ces spécificités ne sont actuellement pas prises en compte dans le financement des établissements.

Pour la Fédération Hospitalière de France (FHF), il est indispensable, en complément d'un coefficient géographique réévalué de manière régulière, de substituer aux aides en trésorerie versées en fin d'exercice aux établissements déficitaires, des enveloppes MIG « Outre-mer » par territoire négociées a priori et qui pourraient donner lieu à une contractualisation pluriannuelle ayant l'avantage de donner plus de visibilité aux établissements et de les engager dans un « cercle vertueux ».

Il faut noter que des coefficients de majoration s'appliquent également partiellement aux soins de ville et aux médicaments. Par exemple, en 2025, une consultation de médecin généraliste en secteur 1 coûte 36 euros dans les DROM, contre 30 euros dans le reste de la France, soit + 20 %. Un coefficient de majoration s'applique sur le prix des médicaments, comme sur celui de la plupart des dispositifs médicaux de la liste des produits de prestations (LPP) ; ces coefficients varient fortement selon les départements et les produits, mais sont souvent compris entre + 15 % et + 35 %.

¹³⁸ Chapitre 5 du rapport : La Sécurité sociale – rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2020.

2.4. L'accès aux médicaments

Les territoires ultramarins sont confrontés à des ruptures d'approvisionnement fréquentes en médicaments auxquelles s'ajoutent des surcoûts logistiques liés à l'éloignement. Le fret aérien pharmaceutique n'est pas traité comme une priorité logistique. En conséquence, les délais d'acheminement des médicaments sont souvent allongés, ce qui perturbe la continuité des soins. Afin de limiter ces effets, les grossistes-répartiteurs sont contraints de constituer des stocks quatre fois supérieurs à ceux de leurs homologues de l'hexagone, ce qui engendre des surcoûts financiers et matériels particulièrement lourds. Pour compenser partiellement ces surcoûts, le prix public des médicaments est majoré dans les territoires ultramarins : de 1,32 % en Guadeloupe et Martinique, 1,34 % en Guyane, de 1,43 % à Mayotte et de + 1,23 % à La Réunion. Ces majorations ne suffisent pas à couvrir les dépenses réelles de surstockage et de transport. Certaines situations critiques de ruptures d'approvisionnement obligent les autorités sanitaires ou les officines à recourir à des dépannages d'urgence par voie aérienne, dont le coût est particulièrement élevé. Ces difficultés concernent aussi bien les médicaments de prescription courante que les traitements essentiels lors des épidémies tropicales telles que la dengue, le chikungunya ou la leptospirose.

Ces surcoûts logistiques et l'obligation de surstockage fragilisent la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique. Il apparaît nécessaire de développer des solutions logistiques mutualisées, d'évaluer les possibilités de dérogations des taxes locales sur les produits de santé, et d'encourager les partenariats public-privé visant à sécuriser les stocks stratégiques.

Les médicaments importés sont taxés d'octroi de mer. L'octroi de mer est un droit de douane interne, c'est-à-dire une taxe perçue sur les marchandises importées dans les Départements et régions d'Outre-mer (DROM), mais aussi en partie sur les produits fabriqués localement (octroi de mer régional). L'article 6 de la loi du 2 juillet 2004 relative à l'octroi de mer prévoit que les conseils régionaux en DROM peuvent exonérer l'importation de certains biens dont : « 4° De biens destinés aux établissements et centres de santé, ainsi qu'aux établissements et services sociaux et médico-sociaux publics ou privés ». Pourtant les Collectivités territoriales appliquent les taux suivants d'octroi de mer à l'importation des médicaments : La Réunion, le taux par défaut sur les médicaments du chapitre 30 est un taux réduit : 5 % (taux réduit d'octroi de mer 3 % et taux réduit à 2 % d'octroi de mer régional) ; Mayotte à 2,5 % ; Guyane à 2 % ; Martinique à 2 % ; Guadeloupe 7 %. Dans son rapport sur *L'octroi de mer, une taxe à la croisée des chemins*, de 2024, la Cour des comptes pointe que cette taxe pénalise particulièrement le secteur de la santé et pèse sur l'Assurance-maladie. Le montant de l'octroi de mer acquitté par les établissements publics de soin en 2022 est de 17,6 millions d'euros, pour l'ensemble des DROM. Cette taxe touche aussi les équipements sanitaires (appareils de radiation...), les vaccins, le sang humain (hors produits de réactifs)... Sa recommandation n°12 est de prévoir une exonération obligatoire et non plus facultative du paiement de l'octroi de mer et de l'octroi de mer régional à l'importation pour les biens concourant aux missions régaliennes de l'État et à la santé (y compris les médicaments).

Préconisation 8

Il est essentiel de renforcer l'approvisionnement et l'accès aux médicaments en Outre-mer.

Le CESE demande de donner un caractère prioritaire au fret pharmaceutique dans les Outre-mer, en le classant parmi les transports d'intérêt vital, afin de garantir la régularité des livraisons et la réactivité en cas de crise sanitaire.

Le CESE préconise d'exonérer totalement tous les produits pharmaceutiques et les dispositifs médicaux d'octroi de mer et autres taxes locales, dont la perte de recette fiscale pour les Collectivités territoriales devra être compensée par l'affectation de ressources fiscales existantes, ne pesant pas exclusivement sur les citoyens ultramarins.

2.5. Le reste à charge pour les patients et la prise en charge par les complémentaires santé

Les restes à charge pour le patient liés directement aux soins restent relativement contenus en Outre-mer du fait de moindres dépassements tarifaires et d'une large couverture de la complémentaire santé solidaire. D'après l'enquête de la DREES de 2018 publiée en 2023, les restes à charge moyens après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO), par patient, sont inférieurs à la moyenne nationale de 20 à 60 % dans les DROM¹³⁹. Cela s'explique principalement par le niveau particulièrement bas des dépassements : leur montant annuel moyen par patient s'élève à 90 euros en Guyane, à 110 euros à La Réunion, à 170 euros en Guadeloupe et à 180 euros en Martinique. Dans une moindre mesure, dans certains de ces départements, cela s'explique aussi par une réduction du reste à charge opposable en raison de la part importante de patients bénéficiant de la complémentaire santé solidaire (Guyane en particulier) ou de l'aide médicale d'État. Le panier « 100 % santé » (optique, dentaire, audiology) supprime le reste à charge sur les équipements éligibles, y compris dans les DROM, selon la même règle qu'au niveau national. La moindre accessibilité de l'offre de soins contribue également significativement aux écarts de dépenses. Toutefois, il n'y a pas toujours de statistiques détaillées par territoire ultramarin pour les restes à charge complets : après assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire.

Le CESE note que cette enquête statistique n'inclut pas Mayotte et demande que les prochaines enquêtes menées par la DREES intègrent ce territoire, mais également une coopération avec les services statistiques locaux afin de disposer d'une information fiable et homogène sur tous les territoires ultramarins (DROM, Collectivités d'Outre-mer et Nouvelle-Calédonie).

Les autres dépenses à la charge du patient concernent principalement les frais de transport et d'hébergement. Les territoires ultramarins connaissent une

¹³⁹ Pierre-Louis Bithorel, Vincent Reduron, *Dépenses de santé et restes à charge pour les patients : comment expliquer les disparités entre départements ?*, DREES, Études et résultats, n° 1265, mai 2023

densité de professionnels de santé plus faible et inégalement répartie, ce qui entraîne des déplacements, des frais de transports et d'hébergement particulièrement élevés pour le patient. Pour des soins spécialisés, les transferts vers l'hexagone ou un autre territoire mieux équipé entraînent des frais supplémentaires qui ne sont pas pris en compte dans les études standard sur les restes à charge (hébergement, transport, accompagnement d'un proche).

Les patients ultramarins peuvent ainsi être exposés à un reste à charge global plus élevé en proportion de leurs revenus et avec des coûts additionnels (transport, hébergement, transfert) qui ne sont pas toujours visibles dans les statistiques nationales.

Le reste à charge dépend aussi de la couverture et de la qualité d'une complémentaire santé. Alors que 96 % de la population française a une complémentaire santé (mutuelle, assurance ou Complémentaire santé solidaire), cette donnée n'est pas publiée de manière distincte par région. Les taux de couverture par des complémentaires santé ne sont pas publiés par territoire en Outre-mer (tant pour les DROM, que COM et Nouvelle-Calédonie). Il faut noter que les règles de remboursement des complémentaires sont établies au plan national avec les mêmes contrats dans les DROM. On peut toutefois noter que le nombre de personnes couvertes par la Complémentaire santé solidaire est élevé : Guadeloupe : 30 % avec 115 000 bénéficiaires ; Martinique : 25 % avec 71 000 bénéficiaires ; Guyane : 33 % avec 95 000 bénéficiaires ; La Réunion : 44 % avec 379 000 bénéficiaires ; et Mayotte : 23 % pour 73 000 bénéficiaires (la part de la population et les effectifs y montent en charge avec une mise en œuvre de la Complémentaire santé solidaire depuis le 1er janvier 2024)¹⁴⁰. Il existe très peu d'informations ou d'enquêtes sur les montants supplémentaires liés aux transports, hébergements, évacuations sanitaires en Outre-mer et sur la façon dont les complémentaires les couvrent dans la mesure où ce sont souvent des coûts à la charge de l'assuré ou partiellement pris en charge. L'octroi de mer sur les médicaments et les dispositifs médicaux contribue à une augmentation des tarifs et des frais pour les patients, que les complémentaires ne prennent pas en compte (sauf certaines mutuelles comme la MGEN).

Préconisation 9

Le CESE préconise à la DREES de mener une enquête complète sur les restes à charge pour le patient en Outre-mer qui inclura les différents restes à charge, y compris les frais de transport et d'hébergement.

¹⁴⁰ <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/sites/default/files/2025-01/Rapport%20annuel%20C2S%202024%20VF.pdf>

3. Personnels et attractivité

Alors que les territoires ultramarins font face à une progression des maladies chroniques et, pour certains, au vieillissement de la population, dans un contexte de besoins sanitaires encore mal couverts, les enjeux d'attractivité et de formation des médecins comme des personnels paramédicaux vont devenir de plus en plus déterminants. Les difficultés de recrutement observées dans le secteur de la santé à l'échelle nationale prennent une ampleur particulière en Outre-mer où s'ajoutent les effets cumulatifs de l'éloignement, du coût de la vie, de conditions d'exercice exigeantes et d'une attractivité limitée de certains postes.

Dans l'avis de 2009, *L'offre de santé dans les collectivités ultramarines*, le CESE (rapport présenté par Jacqueline André, 2009), plaidait déjà pour que le **renforcement du recrutement des soignants en Outre-mer passe par une approche articulant coopération, innovation technologique et amélioration des conditions d'exercice**¹⁴¹. Le CESE observait d'abord que tous les territoires souffrent d'une démographie médicale déficitaire et que les politiques publiques doivent s'adapter à la spécificité de chacun d'eux. Notre assemblée préconisait de favoriser la mutualisation des moyens à l'échelle interrégionale, en encourageant la mise en place de coopérations sanitaires régionales entre les hôpitaux des Antilles, de la Guyane et de l'océan Indien, afin de constituer des pôles d'excellence complémentaires capables d'attirer et de retenir les professionnels de santé. Le CESE insistait également sur la nécessité d'améliorer l'attractivité des carrières médicales. Plusieurs dispositifs incitatifs étaient déjà utilisés, tels que la majoration des actes, les aides à l'installation, les indemnités de logement ou les bourses conditionnées à un engagement d'exercice sur le territoire. Sur le plan de la formation, le CESE préconisait de renforcer la formation universitaire locale, d'élargir les stages hospitaliers pour les étudiants en médecine et de créer des pôles de compétences spécialisés permettant d'ancrer durablement les jeunes praticiens dans les territoires ultramarins. Notre assemblée recommandait également d'instaurer une formation préparatoire spécifique à l'exercice médical Outre-mer, centrée sur la connaissance du contexte social, économique et culturel des territoires, afin de mieux préparer les professionnels à leurs futures conditions de travail et de limiter le turn-over. Enfin, le CESE ouvrait la possibilité de recruter des médecins étrangers sous certaines conditions, notamment la maîtrise de la langue française et des langues régionales, afin de répondre temporairement aux besoins les plus urgents. Il insistait toutefois sur la nécessité d'assurer à ces praticiens une intégration progressive et un accompagnement à l'arrivée.

¹⁴¹ Pour structurer ces échanges, le CESE proposait la création d'une instance d'échanges et de coordination rassemblant l'ensemble des acteurs de la santé ultramarine, chargée de promouvoir les synergies entre territoires, de développer des plateformes collaboratives et de piloter des projets communs dans les domaines du recrutement, de la formation, de la veille sanitaire et de la télémedicine. Ces mécanismes doivent être pérennisés et complétés par une politique active d'investissement dans les plateaux techniques et par l'essor de la télémedicine, considérée comme un levier majeur pour compenser l'isolement géographique et faciliter la permanence des soins.

Dans son rapport de 2014, la Cour des comptes identifiait le renforcement de la formation locale des professionnels de santé comme levier essentiel¹⁴². Elle soulignait la nécessité de développer un véritable appareil de formation dans chaque territoire, capable de répondre aux besoins sanitaires spécifiques. Former davantage d'étudiants originaires des Outre-mer permettrait de favoriser leur retour et leur maintien sur place. Cette dynamique passe par la consolidation des instituts de formation existants, la création de filières universitaires de santé complètes et l'ouverture de nouvelles voies de recherche et d'enseignement supérieur dans le domaine médical. La Cour des comptes plaidait pour une stratégie globale et cohérente de renforcement des effectifs de santé en Outre-mer. Celle-ci doit articuler trois priorités : former davantage de professionnels localement, attirer et accompagner les praticiens de l'hexagone par des mécanismes de mobilité sécurisés, et améliorer les conditions de vie et de travail pour fidéliser durablement les équipes. La réussite de cette stratégie suppose une coordination étroite entre l'État, les agences régionales de santé et les collectivités ultramarines, afin d'assurer une réponse pérenne et adaptée aux besoins sanitaires de ces territoires. Ces recommandations restent largement d'actualité.

3.1. La rémunération et la fidélisation des personnels soignants

Dans un contexte où le coût de la vie¹⁴³ est supérieur à celui constaté dans l'hexagone, la question des rémunérations est à prendre en compte.

¹⁴² La Cour recommandait également d'intensifier les coopérations régionales dans les bassins caraïbe, océan Indien et Pacifique, afin de mutualiser les moyens et de valoriser les échanges de compétences. En parallèle, la Cour des comptes insistait sur la nécessité de faciliter la mobilité des praticiens de l'hexagone. Elle proposait d'instaurer des dispositifs de mobilité encadrée permettant à des praticiens expérimentés de venir exercer temporairement en Outre-mer tout en bénéficiant d'une garantie de réaffectation à leur retour dans l'hexagone. Cette approche pourrait être complétée par des missions hospitalo-universitaires reconnues dans le déroulement de carrière, afin d'attirer des profils qualifiés sans compromettre leur progression professionnelle. La Cour suggère également de recourir plus largement aux contrats d'engagement de service public, encore très peu utilisés Outre-mer, qui prévoient un soutien financier aux étudiants en contrepartie d'une installation dans une zone déficitaire. L'amélioration des conditions d'exercice et de vie constitue un autre axe central. La Cour souligne que l'attractivité ne peut se résumer à la rémunération. Elle dépend aussi de la qualité des infrastructures, du logement, de la sécurité, mais également des conditions offertes aux familles, notamment pour la scolarisation des enfants et l'insertion sociale. Une meilleure adéquation entre le profil des candidats et les réalités locales permettrait de limiter la rotation rapide des personnels et d'assurer une présence plus stable des équipes soignantes sur le terrain. Enfin, la Cour des comptes mettait en avant l'importance du développement des coopérations interprofessionnelles. La délégation de certaines tâches médicales à des professionnels paramédicaux qualifiés, comme les infirmiers ou les sages-femmes, constitue une piste concrète pour pallier la rareté des médecins, notamment dans les zones les plus isolées. Ces protocoles de coopération, déjà encadrés par la Haute Autorité de Santé, pourraient être élargis et adaptés aux besoins spécifiques des territoires ultramarins. Les collectivités disposant de compétences en matière de santé, telles que la Polynésie française ou la Nouvelle-Calédonie, sont encouragées à adapter leur cadre législatif afin de favoriser la mise en œuvre de ces dispositifs.

¹⁴³ Voir l'avis du CESE : *10 préconisations pour le pouvoir d'achat en Outre-mer*, rapporté par Mme Véronique Biarnaix-Roche et Mme Ghislaine Arlie en octobre 2023. Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), le niveau général des prix à la consommation reste significativement plus élevé dans les Départements et régions d'Outre-mer (DROM) que dans l'Hexagone. En 2022, l'écart moyen de prix par rapport à l'hexagone s'établit entre + 9 % et + 16 %, selon les territoires. Ainsi, les prix à la consommation sont en moyenne supérieurs de 15,8 % en Guadeloupe, 13,8 % en Martinique, 13,7 % en Guyane, 8,9 % à La Réunion, et 10,3 % à Mayotte (hors loyers). Ces écarts traduisent à la fois la dépendance accrue des économies ultramarines aux importations, les surcoûts logistiques liés à l'insularité, et une structure de marché souvent plus concentrée. Les disparités sont particulièrement marquées dans le

Les personnels hospitaliers du secteur public perçoivent une sur-rémunération destinée à compenser le différentiel du coût de la vie, les conditions particulières et favoriser l'attractivité des postes dans ces territoires¹⁴⁴. Les établissements de santé privés soulignent que leurs difficultés de recrutement se sont amplifiées depuis le Covid.

3.2. La formation des personnels de santé doit être développée sur place dans les territoires pour favoriser une implantation pérenne

Le vivier local doit être prioritairement mobilisé pour former davantage de professionnels de santé sur place. Les territoires ultramarins disposent presque tous d'écoles et d'instituts de formation en soins infirmiers, mais la majorité des médecins sont encore formés dans l'hexagone. Une part importante des jeunes médecins ou professionnels de santé ainsi formés ne reviennent pas exercer sur leur territoire d'origine. Pour ce qui est des infirmiers diplômés d'Etat l'essentiel d'entre eux est formé localement, avec des volumes néanmoins hétérogènes¹⁴⁵. La plupart des territoires, hormis Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Wallis-et-Futuna, disposent d'un socle de formation locale solide en infirmiers diplômés d'Etat avec des capacités en effectifs variables et un complément par mobilité pour d'autres filières. Les autres diplômes (manipulateurs radio, kinésithérapeutes...) sont moins souvent

domaine de l'alimentation. Pour ce poste de dépense, les écarts atteignent des niveaux nettement plus élevés : + 42 % en Guadeloupe, + 40 % en Martinique, + 39 % en Guyane, + 37 % à La Réunion, et + 30 % à Mayotte. Depuis 2015, l'INSEE observe une tendance à l'accroissement de ces écarts de prix entre les DROM et l'hexagone, malgré les dispositifs visant à favoriser la transparence des prix et à soutenir le pouvoir d'achat des ménages ultramarins.

¹⁴⁴ Les fonctionnaires de l'Etat et de la fonction publique hospitalière perçoivent lorsqu'ils sont en poste dans les DROM, une sur-rémunération et des compléments de rémunération spécifiques (Ordonnance n° 2021-1574 du 24 novembre 2021 portant partie législative du Code général de la fonction publique : notamment l'article L741-1 qui dispose : le traitement des fonctionnaires de l'Etat et du fonctionnaire hospitalier en service dans les départements et régions d'Outre-mer est majoré). Le dispositif est composé de plusieurs éléments (majoration de traitement, indemnités d'éloignement, indemnités de sujétion géographique...) et diffère selon le territoire, le statut, la fonction publique concernée. Les taux de majoration appliqués sont de 35 % à La Réunion et de 40 % en Martinique, Guadeloupe, Guyane, à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

¹⁴⁵ Institut de formation en soins infirmiers présents en Outre-mer : Guadeloupe (CHU Pointe-à-Pitre/Abymes & Basse-Terre) l'offre couvre l'IDE et l'AS localement, avec d'autres filières souvent préparées dans l'hexagone ; Martinique : IFSI/IFAS adossés au CHU ; dynamique régionale complétée par des opérateurs (visant aussi Saint-Martin) ; Guyane : IFSI/IFAS à Cayenne (CH), volumes limités au regard des besoins ; recours fréquent à la mobilité pour certaines filières ; La Réunion : deux pôles historiques (CHU Nord/Sud) avec IFSI/IFAS ; promotions annuelles significatives en IDE/AS ; Mayotte : IFSI de Mamoudzou en partenariats avec IFSI de l'hexagone, 35 étudiants sont formés à Mayotte par promotion (les autres places étant délocalisées). Capacité en hausse ces dernières années, mais encore inférieure aux besoins ; Polynésie française : réouverture en 2024 des formations IDE et AS (partenariat UPF-Ocellia) 30 entrants IDE/AS ; Nouvelle-Calédonie : l'IFPSS-NC pilote la filière IDE, avec efforts d'augmentation de capacité, le contexte 2024-2025 souligne un déficit de soignants et la nécessité de former davantage localement ; Wallis-et-Futuna : pas d'IFSI local, la montée en compétences passe par des dispositifs de mobilité hors territoire ; Saint-Martin : ouverture d'un IFSI en 2023, objectif ~30 apprentis sur 3 ans, adossé à un partenariat avec la Région Guadeloupe ; montée progressive de l'offre locale ; Saint-Barthélemy : pas d'IFSI/IFAS propre ; recours aux dispositifs Guadeloupe / opérateurs régionaux (GRETA-CFA SBH, actions Options Santé) pour des parcours préparatoires ou alternants ; formations diplômantes soignantes suivies hors île ; Saint-Pierre-et-Miquelon : pas d'IFSI sur place, le CH François-Dunan recrute et forme en emploi, tandis que les parcours diplômants IDE/AS sont réalisés dans l'hexagone.

formés sur place et donnent lieu à des mobilités vers l'hexagone ou un autre territoire du même bassin océanique.

Les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), instituts de formation de professions de santé (IFPS)¹⁴⁶ et universités habilitées pourront développer des partenariats dans le cadre des partenariats contractuels entre bassins sanitaires, afin de proposer des formations de spécialité plus diversifiées (infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, infirmier puériculteur, infirmier en pratique avancée...).

Les besoins de recrutements actuels et dans les années à venir doivent être mieux analysés et anticipés. Plusieurs territoires connaissent déjà des situations critiques : à Mayotte et en Guyane le nombre de médecins est très inférieur à ce qui serait nécessaire ; la Nouvelle-Calédonie évoque une pénurie de soignants sans précédent après les événements de mai 2024 ; en Polynésie Française des zones entières sont devenues des déserts médicaux.

Des enquêtes sociologiques sur l'origine territoriale des soignants exerçant en Outre-mer pourraient être réalisées afin de mieux connaître les viviers de recrutement. Il est nécessaire de disposer de données complètes concernant l'ensemble des soignants (médecins, infirmiers, sages-femmes...) afin de connaître la proportion de soignants issus des territoires et venus d'autres régions. Cette information permettra de mieux comprendre les flux de recrutement des personnels soignants et d'anticiper les recrutements, notamment en mettant en place des viviers de formation et de recrutement locaux. Cela permettra aussi de cibler les recrutements externes nécessaires dans certaines spécialités médicales.

L'ARS de Martinique a mené une étude en 2022¹⁴⁷ qui a permis de poser un diagnostic clair et les bases d'une stratégie pour attirer et fidéliser les professionnels de santé. Il en ressort trois points clés qui conditionnent le succès d'une installation en Martinique : l'environnement (infrastructures territoriales, loisirs, offres de crèche, débouchés pour le conjoint...), les conditions d'exercice (équipements hospitaliers, conditions et charge de travail, exercice non isolé, simplicité administrative...) et le sens donné à son travail (dans un contexte spécifique, pour un besoin défini). Partant de ce constat, l'ARS a développé une série de mesures concrètes. Une marque à part entière, a été créée au sein de l'agence pour encadrer toutes les actions autour de l'attractivité « Martinique horizon santé »¹⁴⁸. L'ARS met en place des dispositifs d'accompagnement logistique et administratif ainsi que des solutions pour donner une vision claire et attractive des opportunités locales. Depuis février 2024, la conciergerie RIMED accompagne les professionnels de santé en amont de leur venue et les accueille le jour de leur arrivée à l'aéroport. Elle les aide à

¹⁴⁶ Les IFSI proposent en revanche parfois des formations continues courtes ou modules complémentaires, par exemple : gestes d'urgence et soins critiques, accompagnement de fin de vie, hygiène hospitalière, tutorat d'étudiants en soins infirmiers, ou formations pour la validation des acquis de l'expérience.

¹⁴⁷ <https://www.ewag.fr/articles/lars-et-la-bataille-de-lattractivite/?utm>

¹⁴⁸ Dans la même idée de simplifier et d'améliorer la visibilité des opportunités, macasaa.fr centralise les offres d'emploi dans le secteur de la santé en Martinique. Créé au départ par l'URPS Pharmacie, le site est appuyé par l'ARS et la CTM pour devenir la porte d'entrée de tous les professionnels de santé et améliorer la visibilité des opportunités locales.

trouver un logement, un véhicule de location, à s'installer dans leur nouvel environnement et peut répondre à toutes leurs questions pratiques. Elle a accompagné une centaine de professionnels de santé et va servir de modèle pour d'autres territoires également engagés dans la recherche d'attractivité médicale.

Il est nécessaire de renforcer l'interface entre les Agences régionales de santé et les associations accompagnant les jeunes ultramarins qui souhaitent poursuivre des études de santé avec pour objectif de favoriser leur réussite en les aidant dans leur parcours (orientation, acculturation, accès au logement). Le but est de permettre la diplomation de ces jeunes dans des professions médicales ou paramédicales (médecins, infirmiers, sage-femmes...) et de favoriser leur retour en Outre-mer lors de leur installation. L'association « Alé vire » en Martinique aide des jeunes ultramarins diplômés à s'installer. Elle facilite l'intégration durable tant sur le plan économique que social (logement, emploi du conjoint...), y compris lorsque ce retour s'est déjà produit, mais que la personne cherche à consolider son installation.

Le CESE demande aux ARS de se rapprocher des associations spécialisées pour favoriser l'implantation de soignants dans les zones déficitaires en accompagnant leur installation.

Le CESE propose de mettre en place un accompagnement spécifique des jeunes ultramarins qui s'inscrivent dans les formations de santé, médicales et paramédicales, en désignant des « référents » qui s'engagent dans l'accompagnement de ces jeunes pour la mise en relation avec des associations, l'accompagnement social pour trouver un logement, l'aide à la recherche de stages...

Il est essentiel de mettre en avant la réussite de jeunes diplômés dans le secteur de la santé issus des territoires pour susciter des vocations localement. Des actions d'information et d'orientation en fin de collège et au lycée doivent être mises en place pour informer les jeunes des débouchés existants dans les métiers de la santé sur leur territoire.

La pratique avancée permet en partie de répondre au vieillissement de la population, à la croissance des maladies chroniques, et à l'accès aux soins dans des territoires isolés géographiquement où il y a peu de médecins disponibles. La pratique avancée permet à des professionnels paramédicaux, notamment des infirmiers, d'exercer des missions et des compétences plus poussées, jusque-là dévolues aux seuls médecins. Les infirmiers en pratique avancée ont la responsabilité du suivi régulier des patients pour leurs pathologies et peuvent prescrire des examens complémentaires, demander des actes de suivi et de prévention, ou encore renouveler ou adapter si nécessaire certaines prescriptions médicales. Le diplôme d'État reconnu au grade de master est délivré à l'issue d'une formation universitaire de deux ans. De nouvelles modalités d'exercice telles que les pratiques avancées pour les infirmiers et sages-femmes, qui sont plébiscitées, pourraient être promues pour répondre aux besoins notamment liés au vieillissement.

Préconisation 10

Le CESE demande aux Agences régionales de santé, la mise en œuvre d'une gestion prospective de la démographie des soignants, en lien avec les Collectivités territoriales compétentes sur les enjeux de formation et de recrutement. Ce point doit figurer obligatoirement dans les conventions établies par les Agences régionales de Santé au niveau régional.

Le CESE préconise de mettre en place un système de bourses pour financer les études de santé et spécialisations non disponibles sur le territoire en contrepartie d'un engagement de revenir y exercer.

3.3. Les conditions d'exercice

Pour renforcer l'attractivité des zones déficitaires en médecins et encourager leur présence durable, les Agences régionales de santé (ARS) et certaines Collectivités territoriales ont mis en place des aides financières et incitations destinées à soutenir l'installation ou le maintien des professionnels de santé. Les Projets régionaux de santé (PRS) sont la feuille de route des ARS et intègrent les enjeux d'attractivité et de répartition de l'offre. Le site internet de l'ARS de Mayotte présente toutes les aides en faveur de l'installation et la fidélisation des professionnels de santé. Un livret d'attractivité recense les avantages proposés aux professionnels : logement, billets d'avion, primes, véhicule, facilités de formation... Les aides financières sont majorées de 20 %. Les Collectivités territoriales peuvent également assurer la prise en charge des frais de déplacement ou de logement lors de la phase d'installation, verser des subventions d'équipement des cabinets médicaux, des aides au recrutement d'assistants médicaux ou au développement de maisons de santé pluridisciplinaires, apporter des accompagnements logistiques (mise à disposition de locaux, exonération de loyers...).

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) doivent être des lieux de stages privilégiés pour internes et jeunes médecins, les incitant à l'installation et leur permettant de découvrir une pratique sur le terrain au plus près des patients.

Les Contrats d'engagement de service public (CESP) sont utiles pour attirer de jeunes médecins. Le dispositif des CESP a été institué par la Loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) du 21 juillet 2009 afin de mieux répartir les professionnels de santé sur le territoire, notamment dans les zones fragiles. Il vise à favoriser l'installation de médecins et chirurgiens-dentistes dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés d'accès aux soins. Les étudiants en médecine bénéficiaires d'une allocation s'engagent à exercer dans un lieu défini après la formation, pour une durée au moins égale à celle pendant laquelle l'allocation a été versée, et pour un minimum de 2 ans. L'arrêté de répartition par Unité de formation et de recherche (UFR) pour 2023-2024 ouvre les offres suivantes (médecine/odontologie confondues) : UFR Antilles-Guyane : 35 contrats offerts ; UFR La Réunion : 5 contrats offerts. En 2023-2024, pour la médecine, le taux de transformation de contrats signés/offerts pour Antilles-Guyane est le plus faible observé : 28,9 %, quand plusieurs

régions hexagonales dépassent 90 %. C'est un indicateur de la difficulté à convertir les offres en signatures dans certaines zones ultramarines.

Le renforcement des Contrats d'engagement de service public (CESP), les incitations à l'installation et les coopérations interrégionales, permettraient de consolider la présence médicale et paramédicale dans ces territoires.

Il serait possible de faciliter la venue en Outre-mer de médecins pour des courts ou moyens séjours (de quelques semaines à quelques mois) sur la base de partenariats de territoires sanitaires, entre territoires ultramarins et territoires de l'hexagone, ou entre territoires ultramarins. Des médecins référents chargés de la coopération entre praticiens ultramarins et de l'hexagone pourront intervenir pour renforcer les équipes sur place. Ce dispositif pourra aussi donner lieu à des mises à disposition temporaires.

Les dispositifs d'attraction de praticiens diplômés hors Union européenne (PADHUE) permettent de combler certaines vacances de postes, mais leur intégration reste inégale et dépend des capacités locales d'encadrement. Les PADHUE (praticiens à diplôme hors Union européenne) désignent les médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes titulaires d'un diplôme obtenu dans un pays non membre de l'Union européenne. Ces praticiens ne peuvent exercer qu'après avoir obtenu une autorisation individuelle délivrée par le ministère de la Santé, à la suite d'une procédure de reconnaissance de leurs compétences. Ils jouent un rôle déterminant pour pallier les carences en effectifs médicaux en Outre-mer. En 2012, près d'un tiers des médecins nouvellement inscrits en Outre-mer étaient titulaires d'un diplôme étranger. Ce recours est particulièrement marqué à Mayotte, en Guyane, en Polynésie française, et dans une moindre mesure en Martinique, où ces praticiens assurent une part substantielle de l'activité hospitalière et de la permanence des soins. Leur intégration reste toutefois complexe. Ces médecins exercent souvent dans des conditions administratives précaires, sous contrat à durée limitée de 4 ans renouvelables. Ils occupent fréquemment des postes difficiles à pourvoir (gardes de nuit et fin de semaine), notamment dans les disciplines en tension (pédiatrie, obstétrique, anesthésie) ou dans les zones les plus isolées comme l'intérieur de la Guyane, Mayotte et les archipels éloignés.

Le CESE demande au ministère de la Santé d'approfondir les questions relatives aux statuts des praticiens diplômés hors Union européenne (PADHUE) et les règles d'équivalence pour simplifier leur venue sur les postes vacants en Outre-mer.

Une réflexion doit être ouverte sur leur niveau de rémunération, leur statut (procédure d'autorisation avec vérification des connaissances, parcours de consolidation des compétences, durée d'exercice) et leurs conditions de travail. Des contrôles spécifiques portant sur les compétences doivent systématiquement être imposés aux praticiens diplômés hors Union européenne (PADHUE) avant leur entrée en poste en Outre-mer, afin de vérifier leur aptitude à l'exercice médical en Outre-mer et leur connaissance des enjeux propres à ces territoires.

Au cours des entretiens¹⁴⁹, a été évoquée la possibilité que les praticiens diplômés hors Union européenne (PADHUE) puissent être autorisés à exercer la médecine libérale, après 5 années d'exercice dans des services de santé. Ces praticiens ne peuvent actuellement qu'exercer dans des établissements de santé publics ou privés et centres de santé, ainsi que dans certains services médico-sociaux ou de prévention dans ces territoires. Si cette piste devait être approfondie, elle devrait être prioritairement discutée avec le conseil de l'ordre et les syndicats de médecins libéraux.

¹⁴⁹ Entretien avec M. Elhad Mohamadi, médecin fondateur d'une maison de santé à Ouangani, Mayotte

4. La démocratie en santé

La démocratie sanitaire revêt une importance particulière en raison de la diversité culturelle et du poids des inégalités territoriales et sociales de santé en Outre-mer. La démocratie en santé désigne l'ensemble des dispositifs, droits et instances permettant à l'ensemble des acteurs du système de santé (usagers, professionnels, institutions et collectivités territoriales) de participer à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé. Elle repose sur une idée centrale qui est que la santé ne se construit pas uniquement par l'action de l'État ou des professionnels, mais aussi par l'implication des citoyens et des usagers dans la décision. Cette conception participative s'est progressivement affirmée dans le droit, traduisant une évolution de la relation entre le système de santé et la société civile. Le cadre juridique de la démocratie en santé repose sur une construction progressive et consolidée, depuis la reconnaissance du droit des malades en 2002, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009, qui crée les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) au sein des Agences régionales de santé (ARS), jusqu'à la mise en place d'une gouvernance participative et territorialisée en 2016. Les Conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) et les Conseils territoriaux de santé (CTS) constituent ainsi les espaces privilégiés d'expression et de dialogue entre les institutions et la société civile à l'échelle de chaque territoire. Les principes et règles de la démocratie en santé s'appliquent de la même manière dans les Départements et régions d'Outre-mer (DROM) qu'au niveau national, et, sous certaines réserves, dans les Collectivités d'Outre-mer (COM). Des instances consultatives locales sont placées sous l'autorité du ministère de la Santé local de Polynésie française et de Nouvelle-Calédonie. Ces adaptations permettent d'intégrer les cultures locales, les autorités coutumières en Nouvelle-Calédonie et à Wallis-et-Futuna, ainsi les associations locales essentielles à l'appropriation des politiques de santé. Les Conseils économiques, sociaux et environnementaux régionaux, et institutions apparentées sont également régulièrement consultés sur les politiques de santé au niveau de chaque territoire.

France Assos Santé souligne un point préoccupant concernant la démocratie en santé quasi inexistante à Mayotte. Les associations de patients ne disposent d'aucune relation avec l'Agence régionale de santé (ARS) ni d'informations suffisantes. Les crises successives, climatiques, sociales, sanitaires, empêchent l'installation durable d'une gouvernance démocratique. Depuis la création de l'ARS de Mayotte en 2020, aucune amélioration notable n'a été observée. Les associations de patients considèrent que les droits des malades sont de ce fait nettement moins bien appliqués sur ce territoire.

La participation citoyenne à la gouvernance sanitaire se heurte en Outre-mer à une distance structurelle entre la décision publique et la réalité du terrain. Les politiques de santé sont souvent définies par les autorités centrales selon des modèles nationaux, insuffisamment adaptés aux contextes locaux marqués par la précarité sociale et économique, l'insularité, la dispersion géographique, ainsi que la diversité linguistique et culturelle. Cette situation contribue à une certaine invisibilité des populations ultramarines dans les dispositifs de concertation, alors même que leurs

besoins en matière d'accès aux soins, de prévention ou de santé environnementale différent fortement de ceux de l'hexagone. La capacité d'influence des Conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) sur les orientations des Agences régionales de santé (ARS) reste limitée, notamment du fait du manque de moyens budgétaires des ARS consacrés à des programmes régionaux, de la faible représentation des usagers et d'un déficit de communication institutionnelle.

La mobilisation des instances de démocratie sanitaire permettrait de pallier aux problématiques de confiance dans les institutions de santé. Dans plusieurs territoires, les crises sanitaires (comme la contamination au chlordécone aux Antilles, la gestion de l'épidémie du Covid-19, ou la vaccination au Chikungunya dans l'océan Indien) ont mis en évidence une défiance accrue de la population envers les autorités publiques. Cette défiance s'explique en partie par le sentiment d'un manque de transparence dans la prise de décision et par la difficulté pour les habitants d'accéder à une information claire et adaptée. Restaurer cette confiance suppose d'associer plus étroitement la population à la gestion des risques sanitaires et de renforcer la communication sur les choix opérés par les pouvoirs publics.

Le renforcement de la démocratie en santé fait partie des priorités identifiées. Les actions de concertation des opérateurs locaux en santé avec les associations de patients, sous l'égide de chaque Agence Régionale de Santé, doivent être développées pour la construction des réponses adaptées aux besoins de santé de la population et aux attentes des professionnels de santé. Elle doit devenir un mode régulier d'amélioration de l'offre de santé pour tous, par la collaboration des acteurs de tout statut, au plus près du quotidien de la population et des conditions d'exercice des professionnels de santé. A titre d'exemple, la Collectivité territoriale de Martinique a opéré une véritable coconstruction des politiques de prévention. Pour cela elle a associé la société civile à l'élaboration du Schéma régional de santé 2023-2027, en intégrant les associations de patients, les élus et les acteurs culturels locaux.

Il est important de reconnaître la place qu'occupent les associations de patients et d'aidants dans les différentes instances de concertation placées auprès des Agences régionales de santé.

Le maillage social que constituent les associations de patients et acteurs communautaires peut faciliter la diffusion et l'adaptation des messages de prévention, la concertation autour des projets d'offre de soins, et la prise en compte des déterminants sociaux, économiques et culturels de la santé.

A titre d'exemple, le CESE constate l'absence de siège donné aux représentants des usagers de Futuna au conseil d'administration de l'agence de santé du territoire des îles Wallis-et-Futuna. La représentativité est actuellement incomplète avec seulement un siège de représentant des usagers attribué à Wallis, et aucun pour Futuna.

III - LES IMPENSÉS DE LA SANTE EN OUTRE-MER

Les politiques de santé publique menées dans les Outre-mer demeurent marquées par un ensemble d'« impensés ». Ces impensés renvoient à plusieurs réalités qui ne sont aujourd'hui pas prises en compte et qui échappent au spectre d'analyse du décideur public. Il peut s'agir d'« urgences » ou de priorités sanitaires négligées ou insuffisamment intégrées dans la planification nationale.

Il peut s'agir aussi de la prise en compte de facteurs culturels spécifiques, comme par exemple de l'éloignement linguistique ou d'un rapport au soin qui s'insère dans un système de croyances et de convictions qui exigent d'être pris en compte. Il peut s'agir enfin d'une réflexion sur une optimisation du service rendu aux citoyens ultramarins par une adaptation de l'organisation administrative et institutionnelle en matière de santé. Ces angles morts traduisent à la fois une sous-estimation des déterminants structurels, sociaux, économiques et environnementaux de la santé en Outre-mer, ainsi qu'une gouvernance de la santé encore très centralisée ou encore une relative méconnaissance des dynamiques territoriales spécifiques.

Le premier impensé réside ainsi dans la faible territorialisation des politiques de santé en Outre-mer. L'absence de stratégie globale de santé pour les Outre-mer, déclinée territoire par territoire et intégrée à la Stratégie nationale de santé, la fragmentation du pilotage entre directions ministérielles et le manque de coordination interministérielle entraînent une déperdition importante de l'efficacité des politiques de santé sur ces territoires.

Le deuxième impensé concerne la prévention et la persistance d'une culture curative qui, comme dans l'hexagone limite la prévention en santé et, facteur aggravant, n'adapte pas suffisamment son action aux contextes locaux. La présence de cultures régionales fortes, de médecines traditionnelles très présentes, de communautés et de modes de vie différents des normes prévalentes au niveau national continue à créer une distance entre l'offre de soins et la population.

In fine, le manque d'ancrage des politiques de santé de ces territoires dans des dynamiques régionales propres à leur bassin constitue une limite à la pleine expression de leurs potentialités, notamment en termes de recherche et d'innovation.

1. Les limites de l'organisation institutionnelle et administrative actuelle

1.1. Des modèles différenciés selon le statut juridique

Les compétences sanitaires sont différentes selon le statut des collectivités.

La répartition des compétences, entre l'État et les collectivités territoriales, en matière de santé, dépend du statut institutionnel de chaque territoire. Au niveau national, la santé est une compétence principalement exercée par l'État. Celui-ci définit la politique de santé publique pour en assurer la continuité sur le territoire et l'égalité d'accès¹⁵⁰. La santé fait l'objet d'un mouvement de territorialisation fondé sur l'idée selon laquelle il existe des différences épidémiologiques selon les territoires et incarné par les agences régionales de santé¹⁵¹. Les agences régionales de santé sont chargées du pilotage du système de santé et de la mise en œuvre de la politique de santé publique en région. Placées sous la tutelle du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, ce sont des établissements publics dotés de l'autonomie administrative et financière. Les collectivités territoriales sont présentes dans sa mise en œuvre. Elles participent au conseil de surveillance de l'ARS et sont consultées sur le projet régional de santé. Elles peuvent intervenir dans le domaine de la santé par la voie de contrats locaux conclus avec l'ARS mettant en œuvre le projet régional de santé et portant notamment sur la promotion de la santé et la prévention.

En Outre-mer, certaines collectivités territoriales disposent de compétences spécifiques. La répartition des compétences diffère selon les territoires, en fonction de leur appartenance à la catégorie juridique des Départements et régions d'Outre-mer (DROM, article 73 de la Constitution), des Collectivités d'Outre-mer (COM, article 74 de la Constitution), et de la Nouvelle-Calédonie. Les Départements et régions d'Outre-mer¹⁵² relèvent du principe d'identité législative et appliquent, sauf adaptation législative, le même régime juridique qu'au niveau national. Il faut également noter que la Martinique¹⁵³ et la Guyane¹⁵⁴ disposent d'une collectivité unique dont les compétences recouvrent celles des régions et des départements.

Dans les Départements et régions d'Outre-mer, la politique de santé publique (prévention, vaccination, veille sanitaire), l'organisation du système hospitalier, les Agences régionales de santé (ARS), la réglementation en matière de santé, sont des compétences de l'État. Les Régions ou Collectivités uniques (Collectivité

¹⁵⁰ Selon l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946, la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé (...)* ». C'est sur ce fondement constitutionnel qu'il revient à l'État d'assurer sur l'ensemble du territoire national, l'égalité dans l'accès aux soins et l'égalité dans la distribution des soins.

¹⁵¹ Voir : <https://www.conseil-constitutionnel.fr/publications/titre-vii/sante-et-territoires>

¹⁵² DROM, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte

¹⁵³ Les compétences de la Collectivité territoriale de Martinique (CTM) reprennent celles d'une région et d'un département. Elle est notamment chargée du développement économique, de l'éducation, de la formation professionnelle, du transport, du développement sanitaire et social et de la coopération régionale.

¹⁵⁴ La Collectivité territoriale de Guyane a compétence pour promouvoir la coopération régionale, le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la Guyane et l'aménagement de son territoire et pour assurer la préservation de son identité, dans le respect de l'intégrité, de l'autonomie et des attributions des communes. Elle peut engager des actions complémentaires de celles de l'État, des communes et de leurs groupements et des établissements publics situés dans la collectivité territoriale. La Collectivité Territoriale de Guyane a à sa charge l'ensemble des compétences dévolues aux collectivités régionales et départementales, à savoir principalement : l'aménagement du territoire ; la réalisation et l'entretien de voiries et d'aérodromes ; le transport scolaire et interurbain ; le désenclavement ; le développement économique ; la gestion des fonds européens ; la coopération ; le développement durable ; le social ; l'enfance ; la santé, et la prévention ; la recherche et l'innovation ; l'éducation (construction et entretien des collèges et des lycées ; mise à disposition de personnel) ; la formation professionnelle et l'apprentissage ; l'enseignement supérieur ; la culture ; le sport ; le patrimoine.

territoriale de Martinique et Collectivité territoriale de Guyane) ont certaines compétences particulières concernant notamment les actions de prévention et les politiques de formation dans les métiers de la santé. Les Départements, ou Collectivités uniques en Martinique et Guyane, exercent des missions sociales et médico-sociales : protection maternelle et infantile (PMI), aide sociale, actions en faveur des personnes âgées et handicapées. Le Département de Mayotte exerce quant à lui uniquement les compétences médico-sociales (Protection maternelle et infantile, aide aux personnes handicapées, aide aux personnes âgées)¹⁵⁵.

Parmi les Collectivités d'Outre-mer (COM, article 74 de la Constitution), à Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon et Wallis-et-Futuna, l'État reste compétent pour l'organisation générale du système de santé. Les collectivités de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy ne disposent pas de compétences propres en matière de santé et dépendent de l'agence régionale de santé de Guadeloupe. Une proposition de loi organique visant à permettre à Saint-Barthélemy de participer à l'exercice de compétences de l'État a ainsi été déposée en octobre 2022 par Mme Micheline Jacques, prévoyant de doter la collectivité territoriale de compétences en matière de santé en vue de garantir la continuité des soins et de la prise en charge des surcoûts liés à l'insularité et à l'éloignement. Cette proposition de loi a été adoptée en première lecture en juillet 2024 par l'Assemblée nationale et le Sénat, et doit de nouveau être examinée par le Parlement. A Saint-Pierre-et-Miquelon, les compétences de santé sont exercées, sous l'autorité du représentant de l'État, par un service déconcentré de l'État. A Wallis-et-Futuna, la compétence est exercée par une Agence de Santé, établissement public de l'État¹⁵⁶.

En Polynésie française, le gouvernement local est compétent en matière de santé et de solidarité. En application des articles 13 et 14 de la loi organique n°2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française, la politique de la santé relève de la seule compétence de cette collectivité. Il lui revient la compétence exclusive de définir, piloter, financer, contrôler et évaluer l'efficacité de la politique de santé et de l'offre de soins.

En Nouvelle-Calédonie, le gouvernement local assure les compétences en matière de santé, protection sociale, handicap et dépendance. La direction des Affaires sanitaires et sociales assure le service public de santé, de la planification, l'organisation, la régulation et le contrôle de l'offre et des acteurs de soins.

Les préconisations de l'avis du CESE doivent être mises en œuvre en étant adaptées en conséquence au statut juridique de chaque territoire (DROM article 73 de la constitution, COM article 74 de la constitution, et la Nouvelle-Calédonie) au regard de leurs compétences propres.

¹⁵⁵ La loi du 7 décembre 2010 relative à Mayotte a posé le principe de la création à Mayotte d'une collectivité régie par l'article 73 de la Constitution, dénommée « Département de Mayotte » et exerçant à la fois les compétences dévolues au département et à la région.

¹⁵⁶ L'Agence de Santé de Wallis-et-Futuna (ADS) est un établissement public national administratif disposant de l'autonomie de gestion, sous la triple tutelle du ministère des Outre-mer (le financeur), du ministère de la Santé (DGOS) et du ministère des Finances, réunis au sein d'un Conseil de tutelle.

1.2. Une demande croissante de transfert des compétences de santé et les modalités d'adaptation locale à envisager

Les territoires ultramarins connaissent des organisations institutionnelles différenciées qui conduisent à des répartitions de compétences distinctes en matière de santé. Au sein des deux statuts constitutionnels¹⁵⁷ s'expriment des demandes politiques de délégation de compétences sanitaires aux collectivités territoriales ou de contractualisation avec l'État dans le cadre des compétences transférées.

La Collectivité territoriale de Martinique souhaite exercer davantage de compétences en matière de santé. Réunis en congrès en octobre 2025, les élus de la Collectivité territoriale de Martinique (CTM) ont adopté à l'unanimité une résolution demandant la création d'un « pouvoir normatif autonome » pour la Collectivité afin de pouvoir adapter certaines lois et règlements aux réalités locales¹⁵⁸. La Collectivité territoriale de Martinique dispose déjà d'un pouvoir d'initiative et d'intervention complémentaire à celui de l'État dans le domaine sanitaire. L'article LO 7251-2 du CGCT précise qu'elle peut mettre en œuvre des actions complémentaires de celles de l'État, notamment dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et de la lutte contre les inégalités territoriales. La loi permet déjà à la CTM de recevoir des délégations de compétences de l'État ou de ses établissements publics (notamment l'ARS), par voie de convention¹⁵⁹, ou des transferts de compétences décidés par le législateur, dans le cadre de l'article 73 de la Constitution¹⁶⁰, qui autorise les Collectivités des Départements et régions d'Outre-mer à adapter les lois et règlements à leurs caractéristiques particulières (hors régalien).

La Collectivité territoriale de Martinique aspire à devenir chef de file de la politique de santé territoriale, capable de fédérer les acteurs institutionnels publics, associatifs et privés. Cette démarche vise à renforcer la gouvernance locale du système de santé, en cohérence avec les besoins spécifiques de la population martiniquaise et les enjeux d'attractivité, de prévention et d'accessibilité aux soins sur l'ensemble du territoire. L'objectif est de sortir du rôle de simple opérateur pour devenir un acteur décisionnaire et stratégique, pleinement responsable de la mise en œuvre

¹⁵⁷ Dans les Départements et Régions d'Outre-mer (DROM), le droit commun s'applique pleinement : l'État exerce l'ensemble des compétences sanitaires par l'intermédiaire des Agences régionales de santé, selon les mêmes normes, dispositifs et procédures que dans l'hexagone. À l'inverse, les Collectivités d'Outre-mer (COM) et la Nouvelle-Calédonie disposent d'une capacité normative propre en matière de santé, en vertu de leur statut d'autonomie. Elles définissent localement tout ou partie de l'organisation des soins, du financement et des politiques de santé publique, avec un niveau d'implication variable selon les territoires.

¹⁵⁸ Créée par la loi organique n° 2011-884 du 27 juillet 2011, la Collectivité Territoriale de Martinique (CTM) réunit les compétences de l'ancienne région et du département. Elle a vocation à promouvoir le développement économique, social, culturel, scientifique et sanitaire de la Martinique, conformément à l'article LO 7251-1 du Code général des collectivités territoriales (CGCT).

¹⁵⁹ La Collectivité territoriale de Martinique peut se voir confier par convention la mise en œuvre, pour le compte de l'État, de ses compétences ou de celles de ses établissements publics.

¹⁶⁰ Dans les départements et les régions d'outre-mer, les lois et règlements sont applicables de plein droit. Ils peuvent faire l'objet d'adaptations tenant aux caractéristiques et contraintes particulières de ces collectivités. Ces adaptations peuvent être décidées par ces collectivités dans les matières où s'exercent leurs compétences, lorsque la loi les y autorise. Par dérogation au premier alinéa, et pour tenir compte de leurs spécificités, la loi peut également habiliter ces collectivités à fixer elles-mêmes les règles applicables sur leur territoire dans un nombre limité de matières pouvant être déterminées par la loi.

des politiques de santé territoriales, tout en maintenant la coordination nécessaire avec l'État et l'Agence Régionale de Santé (ARS). La CTM souhaite être associée à la gouvernance de l'Agence Régionale de Santé, à travers : un avis formel sur la désignation du Directeur général de l'ARS de Martinique ; la présidence du Conseil d'administration de l'ARS ; une codécision sur les grandes orientations régionales de santé publique, notamment en matière de prévention, de santé environnementale et d'offre de soins de proximité. Cette évolution permettrait d'instaurer une gouvernance équilibrée entre l'État et la CTM, dans le respect des compétences de chacun. La CTM entend piloter, sur le plan territorial, la politique de santé publique, notamment dans les domaines suivants : promotion de la santé et prévention des maladies chroniques ; santé environnementale et lutte contre les pollutions (chlordécone, eau, air, déchets) ; politique de sport-santé et actions de bien-être global ; éducation à la santé dans les établissements scolaires et communautés locales. Un transfert des crédits des fonds régionaux de prévention de l'ARS, estimés à 10 millions d'euros, serait nécessaire pour permettre à la CTM d'exercer cette compétence de manière effective et cohérente. Le transfert de compétence serait accompagné du transfert de 50 agents actuellement affectés à l'ARS, afin d'assurer la continuité du service. La CTM souhaite disposer de la compétence de pilotage de l'offre de soins de premier recours, afin de renforcer la présence médicale dans les zones sous-dotées, accréditer et suivre les maisons de santé pluriprofessionnelles, coordonner les dispositifs d'incitation à l'installation des médecins et paramédicaux, animer les projets territoriaux de santé à l'échelle régionale. Cette évolution garantirait une meilleure adéquation entre la planification sanitaire et les besoins réels du territoire, dans une logique de proximité et d'équité d'accès. La Collectivité souhaite également se voir confier la responsabilité pleine et entière de la lutte antivectorielle, actuellement assurée par l'État via l'ARS. Ce transfert permettrait : d'assurer une réactivité accrue face aux épidémies (dengue, chikungunya, zika...), d'intégrer la lutte antivectorielle dans une stratégie globale de santé environnementale et de garantir une meilleure articulation entre prévention, intervention et communication de crise. La CTM ne revendique pas le pilotage hospitalier qui demeurerait de la compétence de l'ARS et du ministère de la Santé.

La Polynésie française dispose de compétences transférées en matière de santé. La Convention santé - solidarité conclue entre l'État et le gouvernement de Polynésie française organise l'appui de l'État à la politique de santé de la Polynésie française et traduit la solidarité nationale à l'égard de ce territoire. Sur une période de quatre ans, la convention santé État-Pays fixe les actions prioritaires à soutenir en Polynésie française et les modalités de concours de l'État (financier, technique, en ressources humaines). Elle prolonge un appui entamé en 1993-1997 (financement du régime de solidarité polynésien), réorienté depuis 2015 vers l'appui aux politiques sanitaires plutôt qu'un simple apport de financement au régime de solidarité. La convention 2021-2023 marque un pivot : l'État oriente son aide vers des investissements, coopérations hospitalo-universitaires et formations pour conforter la politique de santé du Pays, conformément aux recommandations IGAS-IGA-IGF de

2019¹⁶¹. L'État prévoit un financement d'environ 13 millions d'euros d'investissements hospitaliers, sanitaires et médico-sociaux. En contrepartie, la convention prévoit des engagements de la Polynésie française, dont le suivi des recommandations IGAS-IGA-IGF pour la soutenabilité du système de santé et la réduction des tarifs de soins facturés par le Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF) aux patients non affiliés à la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS), pour tendre vers un alignement des tarifs. La convention Santé permet aux patients polynésiens atteints de cas complexes de cancer de bénéficier de traitements de pointe et de meilleure qualité grâce à un partenariat rapproché entre les spécialistes du CHPF et ceux du CHU de Bordeaux. En outre, des crédits sont prévus pour l'acquisition de nouveaux équipements des centres de soins et le développement de la télé médecine¹⁶². La convention 2021-2023 a été prolongée par avenants en 2024 et 2025. Les discussions actuelles pour une nouvelle convention entre l'État et le gouvernement local de Polynésie française (2026-2030) portent sur la participation financière de l'État aux EVASAN et le financement des molécules onéreuses dans le cadre du traitement du cancer (immunothérapie, thérapie ciblée, thérapie cellulaire) en raison de leur caractère innovant ou de la durée prolongée du traitement.

La question de la compétence en matière de santé se pose donc et ne peut, à ce titre, être ignorée dans le cadre de ce travail sans pour autant constituer l'occasion d'une étude qui serait à mener territoire par territoire et qui serait nécessairement complexe d'un point de vue politique. Ce n'est pas l'objet de cet avis.

Mais la délicate question des compétences ne doit pas masquer la question fondamentale qui vaille : quel service rendu au malade et plus largement à la population dans un cadre organisationnel clair et partagé ?

Le CESE considère que, toutes choses égales par ailleurs à ce stade, il faut impérativement engager la coordination des acteurs institutionnels dans un cadre de collaboration contractualisé que l'on peut décrire ainsi : stratégie nationale interministérielle de santé et engagement contractuel des acteurs institutionnels.

¹⁶¹ En 2018, à la demande du gouvernement de la Polynésie française, une mission a été menée sur le territoire par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), l'Inspection générale de l'administration (IGA) et l'Inspection générale des finances (IGF) et a remis un rapport en avril 2019. La mission a constaté que l'amélioration de la situation économique et les réformes menées par le gouvernement avaient permis au régime de solidarité de la protection sociale généralisée d'aboutir à une situation budgétaire équilibrée en 2017 et 2018. Elle émet plusieurs recommandations à destination du gouvernement polynésien et de l'État.

¹⁶² Cette convention prévoit : la poursuite de la mise à disposition annuelle d'une cinquantaine d'internes en médecine, auxquels s'ajoutent une douzaine d'assistants spécialisés sélectionnés en fonction des besoins du CHPF ; le soutien à la filière oncologie, notamment à travers une coopération entre le CHPF et l'Institut du cancer de Polynésie française nouvellement créé, et le CHU de Bordeaux ; la mise en place d'une formation à la gestion des urgences pour les soignants exerçant dans les structures médicales des îles éloignées ; la possibilité pour les étudiants polynésiens en médecine de revenir au fenua pour y effectuer un service sanitaire dans un établissement scolaire ou un stage d'été dans un établissement de santé.

1.3. Un manque de réflexion spécifique et transversale, ainsi que de coordination interministérielle sur la santé en Outre-mer

Le CESE remarque un manque de vision transversale de la santé en Outre-mer ainsi qu'une gouvernance fragmentée au niveau national. L'absence d'une stratégie globale de la santé en Outre-mer, déclinée par territoire, au sein de la Stratégie nationale de santé, la fragmentation du pilotage entre directions du ministère de la Santé, agences sanitaires nationales (HAS, INCA, INSERM, Santé publique France...) et régionales (ARS), et la faible coordination interministérielle (DGS / DGOS / DGOM) traduisent une gouvernance éclatée et peu lisible. Les enjeux sanitaires ultramarins sont pourtant étroitement liés aux déterminants de santé sociaux, économiques, environnementaux et démographiques propres à chaque territoire, ce qui appellerait une approche d'ensemble, cohérente et intégrée. Or, cette perspective globale demeure aujourd'hui lacunaire au niveau ministériel comme régional. Si des plans sectoriels existent (santé environnementale, maladies chroniques, prévention, nutrition, périnatalité), ils ne sont pas rassemblés dans un cadre d'action commun permettant une visibilité d'ensemble, une hiérarchisation des priorités et une programmation pluriannuelle des moyens. En outre, la faible coordination interministérielle, notamment entre la DGS, la DGOS et la DGOM, limite la capacité à concevoir des politiques adaptées aux réalités ultramarines.

Une déclinaison des objectifs nationaux parfois inadaptée et sans vision d'ensemble. Alors que la Stratégie Santé Outre-mer (SSOM, 2016-2023) visait à adapter les politiques nationales aux spécificités des territoires ultramarins : quel bilan peut-on tirer de cette territorialisation et quelles sont les perspectives au regard des nouvelles priorités de santé publique (prévention, transition numérique, lutte contre les déserts médicaux, inégalités sociales et territoriales de santé) ? Près de 10 ans après son lancement, les retours des Agences régionales de santé (ARS), des élus régionaux, des directeurs d'établissements et des professionnels de santé auditionnés montrent un bilan contrasté : si la territorialisation a progressé sur plusieurs plans, elle reste encore partielle et entravée par des contraintes structurelles majeures. Cette première étape de territorialisation a permis de mieux intégrer certaines réalités ultramarines dans la planification sanitaire nationale. Les déterminants sociaux (précarité, habitat informel, migrations, risques sanitaires environnementaux...), les particularités épidémiologiques (maladies infectieuses, pathologies chroniques) et les contraintes géographiques ont été formellement intégrés dans l'élaboration des politiques nationales et régionales. Les Agences régionales de santé (ARS) ont développé la concertation avec les collectivités territoriales et les acteurs de la société civile (associations de patients notamment), mais sans véritables partenariats autour d'objectifs communs. On peut noter que le ministère de la Santé procède à une déclinaison régionale des dispositifs nationaux dans les Départements et régions d'Outre-mer (DROM) après diagnostic des besoins locaux en lien avec les Agences régionales de Santé (ARS). Chaque Agence régionale de santé (ARS) a également publié son projet régional de santé¹⁶³. Cette territorialisation reste toutefois encore

¹⁶³ Les priorités identifiées pour les 10 prochaines années dans les Projets Régionaux de Santé ultramarins sont les suivantes : réduction des inégalités sociales et territoriales et soins de proximité (lutte contre la

limitée par les contraintes financières (modèle de financement à l'activité avec coefficients géographiques et mécanismes de compensation MIGOM), structurelles et normatives. L'inadéquation entre besoins territoriaux et le financement constitue l'un des principaux obstacles à une territorialisation effective. Les ARS ne disposent que d'une autonomie limitée dans la définition des objectifs territoriaux et dans la mise en œuvre de politiques de santé adaptées aux besoins locaux. Cette territorialisation reste donc pour le CESE largement inachevée et doit encore intégrer les enjeux de formation et d'attractivité des personnels soignants, une organisation des soins mieux adaptée à la géographie des territoires, ainsi qu'aux déterminants de santé sociaux, culturels et environnementaux, particulièrement prégnants dans les Outre-mer.

Il est significatif qu'à ce jour le projet de Stratégie nationale de santé (SNS) 2023-2033, finalisée à l'été 2023, n'ait pas été publié. Le projet de Stratégie nationale de santé comprenait 7 pages consacrées spécifiquement aux Outre-mer.

Le bilan contrasté de la Stratégie de santé Outre-mer (SSOM) rend nécessaire que la Stratégie nationale de santé soit rapidement publiée. Celle-ci est particulièrement urgente pour les Outre-mer. La Stratégie nationale de santé devra comprendre un chapitre spécifique pour les Outre-mer fixant des orientations transversales, déclinées territoire par territoire.

Il est essentiel de rendre visible les questions de santé en Outre-mer qui ne sont pas suffisamment prises en compte et d'ouvrir une discussion obligatoire dans un cadre parlementaire.

Préconisation 11

Le CESE préconise de fixer des orientations transversales communes aux Outre-mer dans la Stratégie nationale de santé, ainsi que des objectifs spécifiques pour chaque territoire ultramarin. Un budget pluriannuel doit être programmé au regard des priorités retenues, avec une justification de chaque dépense adossée aux axes de cette stratégie. Le contrat sanitaire entre l'État et les organisations locales compétentes devra notamment décliner la mise en œuvre de ces objectifs.

mortalité prématurée) ; prévention au quotidien et promotion de la santé ; environnement favorable à la santé ; parcours de santé coordonnés, efficaces et accessibles ; poids des maladies chroniques / des maladies tropicales et infectieuses ; santé des femmes ; santé nutritionnelle ; santé mentale ; lutte contre les conduites addictives ; qualité de vie et santé des personnes vivant avec un handicap ; qualité de vie et santé des personnes âgées - bien-vieillir ; compétences et ressources humaines en santé (démographie médicale fragile, tensions sur l'offre hospitalière...) ; veille et surveillance sanitaire et réponse face aux situations exceptionnelles ; numérique au service de la santé ; démocratie en santé, association des citoyennes et citoyens aux décisions qui les concernent.

Préconisation 12

Le CESE préconise la création d'un Comité interministériel de santé dans les Outre-mer dont les attributions seraient de donner de l'efficacité et de la cohérence de l'action publique et de renforcer la territorialisation des décisions pour adapter les réponses aux réalités locales, avec la remise d'un rapport annuel au Parlement dont le contenu devra obligatoirement être examiné en commission par les parlementaires.

Le Comité interministériel de santé pour les Outre-mer aurait pour mission, selon le modèle du Comité interministériel à la santé (CIS) national créé en 2016, de :

- définir le volet Outre-mer de la Stratégie nationale de santé, intégrant les spécificités épidémiologiques, organisationnelles et sociales de chaque territoire ;
- assurer la coordination interministérielle entre les différents ministères (Santé, Outre-mer, Transition écologique, Éducation nationale, Recherche, Agriculture...), les ARS et les collectivités territoriales, et la consultation des représentants des professionnels de santé, de la recherche, et des associations de patients ;
- suivre le pilotage des plans de santé spécifiques aux Outre-mer, tels que les plans de lutte contre les maladies tropicales, les plans de prévention des addictions, de nutrition, ou de santé environnementale ;
- garantir la cohérence des moyens financiers et humains alloués à la santé dans ces territoires ;
- suivre les engagements de l'État issus du Comité interministériel des Outre-mer (CIOM), notamment en matière d'égalité d'accès aux soins et d'adaptation des normes (sanitaires, approvisionnement et construction).

Chaque Agence régionale de santé a publié son Projet régional de santé (PRS) qui constitue la « feuille de route » de la politique de santé au niveau territorial, ceci alors même que la Stratégie nationale de santé n'a pas encore fixé le cadre et les orientations globales. Il apparaît nécessaire de mieux définir les moyens humains, financiers et matériels de cette déclinaison régionale, et d'identifier les instances et interlocuteurs afin de simplifier les dispositifs car il y a beaucoup de complexité pour les acteurs. Les ARS permettent d'ancrer dans la planification sanitaire régionale une territorialisation des diagnostics et des orientations nationales. Les besoins spécifiques des territoires (démographie médicale, épidémiologie, vulnérabilités sociales, enjeux environnementaux) sont mieux identifiés. Cependant, cette avancée reste en grande partie inachevée : elle n'est pas accompagnée d'une territorialisation des moyens, indispensable pour traduire les priorités locales en actions concrètes et durables. Un financement mieux adapté et pluriannuel permettrait aussi d'apporter une visibilité à moyen terme pour soutenir l'investissement, la modernisation des équipements et la consolidation des équipes. Cette autonomie

territoriale accrue des ARS permettrait d'adapter davantage les politiques nationales aux réalités des territoires, d'expérimenter des organisations innovantes, et de prendre des décisions rapides face à des situations sanitaires souvent spécifiques ou évolutives. Cette territorialisation permettrait en outre une gouvernance plus partagée avec les collectivités territoriales, dont les compétences sont essentielles au regard des déterminants de santé : action médico-sociale, handicap, enfance, transports, eau, assainissement, logement, environnement... Une gouvernance plus intégrée au niveau régional permettrait une action publique plus cohérente, plus transversale et mieux alignée sur les besoins des populations. Enfin, cette territorialisation doit comprendre sur une articulation avec les coopérations régionales inter-Outre-mer et internationales (au niveau de chaque bassin : Atlantique, océan Indien, Pacifique) pour les activités de recours, les pathologies rares, l'imagerie lourde ou certaines spécialités dont le développement n'est possible qu'à l'échelle d'un bassin de population élargi.

A l'issue de l'état des lieux des « urgences de santé » dressé dans la première partie et avec l'appui de « l'état des lieux territoire par territoire » porté en annexe de l'avis, le CESE demande une meilleure prise en compte par les pouvoirs publics des enjeux de santé propres aux Outre-mer, en s'appuyant principalement sur une plus grande territorialisation des politiques de santé publique, tant au niveau ministériel que des Agences régionales de santé, et demande une évaluation de leur prise en compte effective sur chacun des territoires.

De véritables plans régionaux doivent être élaborés liant les enjeux de santé avec les problématiques environnementales et sociétales (prévention, épidémiologie, nutrition, précarité sociale...), qui prennent en considération l'ensemble des déterminants de santé et permettent la transversalité sur des enjeux de santé publique qui dépassent le seul prisme sanitaire.

Préconisation 13

Le CESE préconise de détailler dans les programmes régionaux de santé produits par les Agences régionales de santé : un état des lieux des « urgences » de santé publiques et un plan d'action à échéance de 5 ans sur chaque « urgence » (comprenant mesures et financement).

Le CESE préconise au ministre de la santé de confier à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) une mission d'évaluation de l'analyse et la prise en compte des « urgences de santé publique » par les Agences régionales de santé dans les territoires ultramarins.

Dans les Collectivités d'Outre-mer dotées d'une compétence sanitaire propre, l'accès au système national de santé et aux organismes nationaux de recherche et d'expertise reste limité. Les établissements sanitaires concernés ont difficilement accès aux soins de recours, aux travaux de recherche, aux traitements médicamenteux innovants, ainsi qu'aux référentiels et dispositifs élaborés par les organismes nationaux (tels que la Haute Autorité de santé, la DREES, la DGS ou les

agences spécialisées). Cette situation engendre des difficultés concrètes d'accès aux démarches de certification, d'évaluation ou d'accréditation qui ne sont pas obligatoires sur ces territoires. Par exemple, certains établissements comme le Centre Hospitalier de la Polynésie française (CHPF) doivent engager des démarches lourdes et spécifiques pour solliciter une convention avec la HAS. D'autres peinent à identifier un organisme de certification reconnu faute d'un cadre adapté. Cette autonomie locale peut entraîner une forme d'isolement sanitaire susceptible de créer des différences de traitement entre citoyens français selon leur lieu de résidence. Cette situation limite l'accès à la modernisation, à l'innovation et aux standards nationaux de qualité et de sécurité des soins, et peut conduire à des pertes de chances pour les patients. Il apparaît nécessaire de garantir à l'ensemble des territoires ultramarins quel que soit leur statut un droit d'accès systématique aux institutions nationales chargées de la qualité, de la recherche et de l'expertise sanitaire. Un tel accès établi sur le fondement de conventions pluriannuelles offrirait les conditions d'une collaboration structurée et continue entre ces collectivités autonomes et le niveau national.

Le CESE s'interroge sur l'opportunité que les traitements onéreux du cancer soient pris en charge par l'État sur tous les territoires ultramarins. Leur coût dépasse les capacités des systèmes de santé locaux et pourraient donc relever de la solidarité nationale afin d'assurer une égalité d'accès aux soins les plus innovants.

Les différences d'organisation en matière sanitaire ne doivent jamais se traduire par une différence de traitement pour les citoyens ou patients qui sont sur ces territoires. Le CESE demande que quel que soit le statut institutionnel du territoire, le patient ait un accès garanti aux organismes de l'hexagone, si c'est à la demande du territoire.

Préconisation 14

Le CESE préconise d'établir, dans chaque territoire ultramarin, une convention formalisée entre l'État, les collectivités territoriales concernées (DROM et COM) et les établissements de santé publics et privés. Cette convention aura pour objet de définir des objectifs territorialisés de santé publique fondés sur les besoins réels de la population et de préciser les engagements de chacune des parties en matière d'organisation des soins, de prévention, de continuité des parcours et de qualité des prises en charge.

Elle devra également fixer les moyens humains, techniques et financiers mobilisés pour atteindre ces objectifs, dans une perspective pluriannuelle, afin d'assurer la stabilité des politiques engagées et d'adapter leur offre de soins. En outre, cette convention constituera un outil essentiel pour renforcer la coordination entre les acteurs et garantir une gouvernance sanitaire cohérente et partenariale. Elle prévoira les modalités d'évaluation et fera l'objet d'un suivi de mise en œuvre qui engagera les signataires.

Les normes nationales et européennes doivent être mieux adaptées aux réalités des territoires, afin de faciliter les approvisionnements et la construction des établissements de santé. Les établissements de santé ultramarins opèrent dans des contextes singuliers (insularité, éloignement, risques naturels majeurs, marchés restreints). Il est, de ce fait, nécessaire d'adapter les normes constructives aux enjeux de sécurité des bâtiments hospitaliers (aléas sismiques et cycloniques, montée des eaux). Les établissements doivent aussi faire face à des sur-contraintes liés à leur géographie ou au climat (corrosion, délais, coûts logistiques, surstockages nécessaires) qui renchérissent les coûts d'approvisionnement, de construction et d'exploitation des bâtiments. De même, assurer le même niveau d'exigence des soins nécessite une adaptation des processus nationaux et le recours à des moyens supplémentaires (télémédecine, évacuations sanitaires, permanence des soins, logistique des médicaments, réglementation technique, audits). L'application des normes nationales et européennes dans les domaines des soins, de la sécurité des patients, de la construction (matériaux, accessibilité, performance énergétique), entraîne donc des surcoûts normatifs importants pour les établissements ultramarins. Ces surcoûts normatifs sont en partie compensés par les dotations de l'État dans les DROM, mais pas totalement et pas dans les Collectivités d'Outre-mer et en Nouvelle-Calédonie. Or une partie des approvisionnements pourrait être réalisée à moindre coût dans les pays de la zone régionale dans laquelle s'inscrivent les territoires. De même, certaines normes constructives pourraient être mieux adaptées aux besoins locaux et aux contraintes (dérogations au marquage CE pour les produits de construction locaux ou régionaux).

Le Comité interministériel des Outre-mer (CIOM) de juillet 2025 a prévu de garantir un environnement normatif adapté aux spécificités des Outre-mer comme le permettent les traités européens. Il est à présent nécessaire de veiller à ce que les normes qui s'appliquent aux établissements de santé en Outre-mer soient adaptées et proportionnées au contexte territorial. Les surcoûts normatifs doivent être identifiés et compensés intégralement dans les dotations aux établissements. Un approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux doit être envisagé au niveau régional lorsqu'il est moins coûteux qu'au niveau national.

2. Prévention des maladies chroniques « épidémiques » sur les territoires

La Stratégie nationale de Santé a fixé comme ambition d'amplifier la prévention afin de réduire la prévalence des maladies chroniques (axe 6.2.1.4), en particulier dans les Départements et régions d'Outre-mer (DROM).

La prévalence importante du diabète, de l'obésité ou encore l'insuffisance rénale chronique, s'explique en grande partie par le mode de vie des habitants marqué par une alimentation déséquilibrée et une certaine sédentarité. La problématique de la mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires est également à relier à l'importance notable de la surcharge pondérale.

Il s'agit d'améliorer la prévention primaire en développant une alimentation plus équilibrée ainsi que l'activité physique, en luttant contre les addictions, en augmentant la participation des populations aux dépistages organisés, et en renforçant l'accessibilité des soins sur tous les territoires pour diminuer les zones de sous densité médicale.

2.1. La prévention nutritionnelle doit être une priorité

Les pathologies en lien avec l'alimentation sont massives en Outre-mer (DROM, COM, Nouvelle-Calédonie, et dans les trois bassins océaniques Atlantique, océan Indien, Pacifique). Le développement rapide des maladies chroniques ces dernières décennies est en grande partie corrélé aux évolutions alimentaires profondes ainsi qu'aux modifications des modes de vie et de l'environnement. Cette transition nutritionnelle provoque des pathologies de surcharge et des maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète, maladies cardio-vasculaires, certains cancers...) qui représentent les premières causes de mortalité.

Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) dont le cycle 2019-2024 arrive à échéance¹⁶⁴, doit être renouvelé prochainement pour son volet Outre-mer. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) et le Plan Obésité comprennent une déclinaison pour l'Outre-mer formalisée. La lutte contre la précarité alimentaire et l'accès à une nourriture saine et de qualité, majoritairement locale, doivent être des

¹⁶⁴ Le volet Outre-mer du Programme National Nutrition Santé (PNNS) achève son 4ème cycle (2019-2024). Les actions communes aux territoires ultramarins sont : favoriser l'accès durable des publics précaires à une alimentation favorable à la santé ; améliorer l'environnement alimentaire et physique pour le rendre plus favorable à la santé ; mieux communiquer et sensibiliser ; poursuivre les études et la recherche pour améliorer les connaissances. Face à ces enjeux de santé, le volet Outre-mer du Programme National Nutrition Santé vise à mobiliser l'ensemble des acteurs autour d'actions co-construites avec eux afin de répondre aux spécificités de ces territoires et au besoin de la population. Au niveau local, chaque Agence régionale de santé (ARS) assure la mise en œuvre des actions du volet Outre-mer au travers d'un pilotage coordonné avec la préfecture et rassemble l'ensemble des acteurs identifiés. Pour accompagner la mise en œuvre du volet Outre-mer, les cinq DROM bénéficient d'un budget annuel de 1 million d'euros pour l'ensemble des territoires.

priorités du prochain PNNS¹⁶⁵. L'Institut de recherche pour le développement (IRD), mandaté par la Direction générale de la Santé, a coordonné une expertise scientifique collective afin d'orienter les actions du prochain Programme national nutrition santé (PNNS) en Outre-mer. Cette étude menée en 2020 sur *L'alimentation et la nutrition dans les départements et régions d'Outre-mer*¹⁶⁶ établit les liens entre l'évolution des régimes alimentaires et la prévalence des maladies chroniques. Les Outre-mer connaissent en effet des transitions démographique, alimentaire et nutritionnelle rapides avec une évolution des modes de vie pouvant conduire à une activité physique insuffisante et une alimentation déséquilibrée. Ceci a pour conséquence que les DROM font face à des prévalences plus élevées de surpoids, d'obésité et de diabète qu'au niveau national¹⁶⁷. Aux Antilles, deux modèles alimentaires coexistent : un modèle traditionnel et un modèle plus récent basé sur l'alimentation importée. Le modèle traditionnellement basé sur les féculents et une plus faible part de protéines animales recule, et laisse place à un modèle où prévaut la consommation de protéines animales, de glucides simples et de lipides. À La Réunion, on trouve également les signes de transition alimentaire, avec un recul des féculents, des végétaux et une augmentation de consommation des protéines animales, des sucres et des produits nouveaux dans le cadre d'une diversification de l'offre alimentaire (restauration rapide, produits transformés...).

L'enjeu est de construire les conditions durables de pratiques alimentaires et d'activité physique favorables à la santé afin de rendre les recommandations nationales plus efficaces, en prenant en compte les spécificités socio-économiques et culturelles de ces territoires.

Alors que le 5^e Programme National Nutrition Santé est en préparation, il est nécessaire de mettre en œuvre un nouveau volet Outre-mer. L'évaluation et la

¹⁶⁵ Le CESE demande un renforcement de la qualité nutritionnelle des produits alimentaires et de la part de la production locale du bouclier qualité-prix (BQP). La qualité nutritionnelle des produits BQP + a été une préoccupation dès sa création en 2013, l'Agence régionale de santé de la Réunion et de Mayotte allant même jusqu'à rendre un avis sur son contenu. A Mayotte, un « panier santé » avait ainsi été créé avec une liste de 22 produits alimentaires de qualité, et en Martinique, c'est un « panier de fruits et légumes » qui était établi. Quant à la part de la production locale au sein des paniers BQP +, celle-ci est très variable d'un territoire à l'autre : elle atteint un peu moins de la moitié des produits à La Réunion et entre un tiers et un quart aux Antilles. Pour le CESE, le bouclier qualité-prix ne doit pas perdre de vue cet objectif de contribuer à la santé publique. Il doit intégrer en toute saison de l'année, des fruits et légumes frais et locaux, des produits diversifiés, équilibrés sur le plan nutritionnel, peu gras et peu sucrés. Un avis préalable de l'Agence régionale de santé pourra être rendu sur la liste des produits retenus dans le cadre de la négociation annuelle du panier BQP +. L'accent doit être mis sur les productions locales, notamment de produits frais : fruits, légumes, viandes, poissons, afin d'encourager une meilleure structuration des filières agroalimentaires et de favoriser le développement et l'emploi local. Une communication positive doit être mise en œuvre localement par les pouvoirs publics et les distributeurs, pour que dans l'esprit des consommateurs, les produits BQP + ne soient pas associés à une moindre qualité.

¹⁶⁶ Caroline Méjean, Xavier Debussche, Yves Martin-Prével, Vincent Réquillart, Louis-Georges Soler et Laurence Tibère (dir.), *Alimentation et nutrition dans les départements et régions d'Outre-mer*, Marseille, IRD Éditions, 2020.

¹⁶⁷ Santé publique France, 14 nov. 2023, "Diabète en Outre-mer : comprendre les spécificités locales pour cibler les actions", n°20-21, Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Les prévalences de l'obésité et des maladies chroniques ont rapidement augmenté ces dernières décennies et elles représentent la première cause de mortalité dans les DROM. La prévalence du diabète estimée à partir des données du Baromètre santé est très élevée dans les DROM, de l'ordre de 12 % aux Antilles et en Guyane et de 13,6 % à La Réunion, alors qu'elle est de 5 % pour l'ensemble de la population française.

définition de nouveaux objectifs devront associer les CESER ultramarins ainsi que des ateliers de citoyens sur chacun des territoires afin de s'assurer d'une bonne adéquation au contexte local et de faciliter son appropriation par les acteurs de la société civile et les populations vivant sur les territoires.

Les taux de sucre doivent être limités dans les produits alimentaires. Les taux de sucre des produits industriels sont plus élevés, en moyenne, en Outre-mer que dans l'hexagone et ce dans des proportions parfois très importantes, en dépit de la loi du 3 juin 2013 visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire en Outre-mer qui interdit aux produits alimentaires y étant vendus d'avoir une teneur en sucres ajoutés supérieure à celle d'une denrée similaire distribuée en France hexagonale. Selon M. Louis-Georges Soler, économiste de l'alimentation et ancien directeur de recherche à l'INRAE, cité par Le Monde en novembre 2019¹⁶⁸, la loi de 2013 permet de fixer des teneurs maximales en sucres par catégories, mais n'empêche pas la moyenne des produits de rester plus sucrés en Outre-mer que dans l'hexagone. Ce phénomène est d'autant plus préoccupant que les consommations journalières moyennes de boissons sucrées, en Guadeloupe et Martinique notamment, sont presque trois fois plus élevées que celles de l'hexagone. C'est le cas également à La Réunion où 21 % des réunionnais déclarent boire des boissons sucrées tous les jours et 12 % dépassent la recommandation de pas en consommer plus d'une par jour. La consommation de boissons sucrées n'a pas évolué en 7 ans, entre 2014 et 2021 quel que soit l'âge et le sexe¹⁶⁹.

Les ministères des Outre-mer, ministère chargé de l'alimentation, et ministère de la Santé, doivent prendre des mesures administratives contraignantes réglementant les taux de sucre autorisés dans les produits alimentaires en Outre-mer, afin d'interdire réellement toute commercialisation de produits plus sucrés que ceux commercialisés dans l'hexagone.

Le gouvernement local de Nouvelle-Calédonie a instauré une taxe sur le sucre. La Nouvelle-Calédonie fait face à une prévalence élevée de surpoids et de diabète : le nombre d'adultes bénéficiant d'une couverture longue maladie pour diabète est passé de 2 548 personnes en 1996 à 15 495 en 2022. Dans ce contexte, le gouvernement a considéré que la consommation excessive de produits sucrés contribue de manière significative aux maladies non transmissibles telles que le diabète de type 2, et qu'une action fiscale s'impose comme levier de santé publique¹⁷⁰. Dans cette optique, le gouvernement a instauré une taxe sur certains produits sucrés,

¹⁶⁸ https://www.lemonde.fr/planete/article/2019/11/20/obesite-diabete-hypertension-les-regions-ultramarines-minees-par-les-inegalites-nutritionnelles_6019790_3244.html

¹⁶⁹ https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/ors_rap_bspf_nutri_diab_reunion_mars2024.pdf

¹⁷⁰ <https://gouv.nc/communiqués/instauration-dune-taxe-sur-certains-produits-sucres?utm>

Les professionnels de la santé estiment que cette maladie est évitable, même en présence d'une prédisposition familiale. Afin de lutter contre l'obésité et de limiter le risque de développer un diabète de type 2, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise des stratégies d'actions intersectorielles, notamment la promotion de l'activité physique régulière, une alimentation saine et équilibrée, la gestion du stress et la réduction de la consommation d'aliments riches en sucre.

avec des tarifs déterminés en fonction de leur teneur en sucre¹⁷¹. L'objectif principal est d'influencer les choix des consommateurs et d'encourager la population à adopter des comportements plus favorables à sa santé. Cette mesure est intégrée au sein du plan de santé calédonien « Do Kamo, Être épanoui ! » et a été identifiée comme un levier permettant de rééquilibrer les ressources allouées à la prévention, aux soins et à la protection sociale. Le produit de cette taxe est entièrement affecté à l'agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASSNC), établissement public dédié au mieux-être et à la préservation de la santé de tous les Calédoniens, au sein duquel ont été intégrés le programme diabète et le centre d'éducation diabétique et diététique.

La mise en œuvre de cette taxe sur certains produits contenant du sucre constitue un levier innovant de santé publique, aligné avec les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et adapté à la situation locale.

L'information du consommateur et l'éducation alimentaire dès le plus jeune âge, notamment à travers la restauration collective et l'école, sont également des priorités sanitaires. L'Institut de recherche pour le développement préconise la promotion de régimes alimentaires favorables à la santé, comprenant des productions locales existantes ou pouvant être développées localement (fruits et légumes, préparations traditionnelles, jus de fruits moins sucrés, aliments moins salés...). La valorisation de repères de consommation traditionnels en Outre-mer est aussi une piste envisagée. À titre d'exemple, les consommations traditionnelles créoles aux Antilles ou le riz cari à La Réunion sont de bonne qualité nutritionnelle, ce qui traduit l'importance de promouvoir les modèles alimentaires locaux. La pratique de la cuisine « faite maison » doit être encouragée. Pour favoriser un bon état de santé, les recommandations officielles encouragent la pratique du fait maison. Cependant cette pratique est en net recul sur tous les territoires. Les initiatives d'ateliers de cuisine et de prévention santé du programme « Bons gestes et bonne assiette » mis en œuvre grâce au dispositif itinérant permettent d'aller à la rencontre des personnes accueillies sur l'ensemble du territoire. Ce type d'initiative doit être généralisé et soutenu par le Programme National Nutrition Santé.

L'éducation thérapeutique reste à développer pour de nombreux patients. Il est intéressant de noter qu'à La Réunion, 25 % des personnes ayant un diabète diagnostiqué par un médecin déclarent dans le questionnaire ne pas avoir de maladie ou problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable. Il apparaît donc ici,

¹⁷¹ Le champ de la taxe couvre certains produits alimentaires contenant du sucre, notamment : les boissons sucrées, les boissons lactées sucrées, les préparations concentrées ou déshydratées pour reconstitution de boissons sucrées ; les crèmes glacées et sorbets ; les confiseries (sucreries sans cacao y compris le chocolat blanc) ; le chocolat et autres préparations alimentaires contenant du cacao ; les sauces et sauces préparées additionnées de sucre ; les produits de boulangerie, pâtisserie ou biscuiterie industriels contenant du sucre ajouté ; le sucre à l'état solide ou en sirop, et les mélasses résultant de l'extraction ou du raffinage du sucre. Le taux de la taxe est fixé en fonction de la teneur en sucre du produit concerné (en pourcentage ou en quantité par litre/kilogramme). L'entrée en vigueur est fixée au 1er août 2024, avec application effective aux opérations réalisées à compter du 1er septembre 2024, afin de laisser un délai de paramétrage aux entreprises.

une incompréhension de la population diabétique de la pathologie et des réalités qu'elle englobe¹⁷².

2.2. L'activité physique est un axe de prévention important à développer localement

L'activité physique est une réponse déterminante face aux pathologies chroniques telles que le diabète, l'obésité et l'hypertension artérielle, qui présentent des prévalences très élevées en Outre-mer. Le manque d'activité physique et la sédentarité constatés aggravent l'état de santé de la population. Selon l'enquête européenne citée par la DREES, *« la pratique du sport, qui peut être onéreuse, est moins fréquente dans les DROM que dans l'hexagone : 30 % de la population de 15 ans ou plus en Guadeloupe déclare faire du sport chaque semaine, 35 % en Martinique et à La Réunion, 31 % en Guyane et seulement 21 % à Mayotte, contre 45 % dans l'hexagone »*¹⁷³. Ce phénomène touche particulièrement les femmes, notamment à Mayotte : parmi celles âgées de 45 ans ou plus, plus d'une sur deux est en surcharge pondérale et un quart est concerné par l'obésité. Cette tendance qui concerne particulièrement les femmes s'accompagne d'un excès de sédentarité : 42 % des femmes mahoraises présentent un excès de sédentarité (passant éveillées plus de 7 heures par jour assises ou allongées), contre 31 % des hommes.

La situation du sport-santé est d'autant plus préoccupante que l'offre sportive dans les territoires ultramarins se révèle très fragile. Le sport, compétence partagée entre les collectivités locales et l'État, pâtit d'un taux de licenciés sportifs bien en dessous de la moyenne nationale : à peine 12 % à Mayotte et à Saint-Martin, 14 à 15 % en Guyane et en Martinique, et 18 à 19 % en Guadeloupe et à La Réunion, contre environ 24 % au niveau national. À cette faiblesse s'ajoute une sous-dotation chronique en infrastructures sportives : la plupart des DROM comptent à peine 30 équipements sportifs pour 10 000 habitants, contre 53,7 dans l'hexagone ; à Mayotte, ce ratio chute à 15,5. La vétusté, le manque de piscines et l'absence d'équipements homologués, comme les stades à Mayotte, illustrent ce retard criant. Dans ce contexte, la baisse des crédits alloués aux collectivités territoriales fragilise davantage un tissu associatif. Des actions de promotion du sport alliées à la prévention sont développées dans le cadre d'un partenariat entre la Collectivité régionale, l'ARS et HTA Guadeloupe (association Hypertension Artérielle et Santé en Guadeloupe)¹⁷⁴. Des « Parcours sportifs de santé sécurisés » (P3S) ont été mis en place un peu partout sur le territoire, assortis d'interventions régulières d'éducateurs formés en « sport et santé ». Les activités de « Boujé sé Santé an Fanmi » proposent des outils pédagogiques pour sensibiliser le public et les professionnels de santé aux bienfaits de l'exercice physique, avec des conseils pratiques pour une vie plus saine. La Région a ainsi été labellisée récemment « Terre de sport 2024 », un label valorisant les actions des collectivités dans le cadre des Jeux Olympiques de Paris 2024.

¹⁷² https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/ors_rap_bspf_nutri_diab_reunion_mars2024.pdf

¹⁷³ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/enquete-de-sante-europeenne-une-sante-percue-plus-degradee-dans-les>

¹⁷⁴ <https://www.mutuelledefranceunie.fr/blog/nos-actualites-2/portrait-de-l-association-hta-gwad-21>

Face à ce double défi de lutte contre la sédentarité et de prévention en santé, il est nécessaire d'investir dans des infrastructures sportives adaptées et dans le soutien aux associations locales.

2.3. Renforcer la vaccination et les dépistages organisés

Les campagnes de prévention et de vaccination doivent être adaptées au contexte local. L'adaptation des campagnes de prévention et de vaccination au contexte ultramarin constitue une condition essentielle de leur efficacité et de leur acceptabilité sociale. La première exigence est celle de l'adaptation géographique et logistique. L'accès aux soins demeure difficile en raison de l'éloignement des structures de santé, du manque de transports ou de professionnels de santé. Pour être efficaces, les campagnes doivent donc s'appuyer sur une organisation de terrain souple, mobilisant des équipes mobiles, des médiateurs de santé et des partenariats communautaires. La deuxième exigence est linguistique et culturelle. Les territoires ultramarins sont marqués par une pluralité d'identités, de langues et de représentations des soins. Les campagnes doivent donc être élaborées dans une logique de coconstruction avec les acteurs locaux (associations, collectivités territoriales, médias régionaux) afin de les adapter à un langage proche de la population. Les supports doivent être traduits en langues régionales, diffusés sur les radios et dans la presse locales et relayés par des figures de confiance (influenceurs locaux). Les stratégies de prévention doivent articuler la lutte contre les épidémies (dengue, chikungunya, leptospirose, gastro-entérites aiguës ou la tuberculose) avec des programmes pérennes d'éducation à la santé (maladies chroniques non transmissibles telles que le diabète, l'obésité ou l'hypertension), de nutrition, de santé maternelle et de dépistage. Cette articulation suppose un pilotage territorialisé des Agences régionales de santé, mais aussi une implication des collectivités territoriales et des réseaux de soins primaires (médecins généralistes, pharmaciens, dispensaires...). Les campagnes de prévention et de vaccination doivent être conçues dans une logique de réponse aux besoins de la population et pas uniquement au regard des objectifs nationaux. Par exemple, à La Réunion, la vaccination contre la grippe devrait être organisée avant l'hiver austral, et non selon le calendrier national qui correspond à l'été dans l'hémisphère sud. Les vaccins contre la leptospirose devraient être obligatoires prioritairement pour les travailleurs exposés (ravines, eaux usées).

L'adhésion de la population aux dépistages organisés doit être suscitée par des campagnes d'information de proximité. Les taux de participation aux campagnes de dépistage du cancer du sein se rapprochent de ceux de l'Hexagone (supérieur à 50 %), sauf en Guyane où ils sont plus faibles selon les données de Santé publique France (la participation à ce programme est d'environ 46,5 % à La Réunion, 46 % en Martinique et Guadeloupe, et 23 % en Guyane)¹⁷⁵. Cette faible participation s'explique par plusieurs facteurs : un manque d'information sur les bénéfices du

¹⁷⁵ https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/depistage-organise-du-cancer-du-sein-evaluation-du-programme-dans-les-drom?utm_

dépistage, la crainte du diagnostic et la distance envers les institutions sanitaires. Il est nécessaire d'élaborer une stratégie de prévention (vaccination et dépistage) différenciée pour les Outre-mer, déclinée territoire par territoire.

3. La place des médecines traditionnelles

Les médecines traditionnelles sont de plus en plus étudiées et reconnues au niveau international. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère les médecines traditionnelles comme un vecteur d'accès aux soins et de promotion de la santé. Elle incite les gouvernements à les intégrer dans les systèmes et politiques de santé nationaux. Les médecines traditionnelles¹⁷⁶, complémentaires et intégratives sont particulièrement importantes pour favoriser la prévention, le traitement de maladies non-transmissibles et de la santé mentale, ainsi que pour un vieillissement en bonne santé¹⁷⁷. Environ 80 % de la population mondiale a recours à des médecines traditionnelles. 40 % des produits pharmaceutiques autorisés utilisés sont issus de substances naturelles¹⁷⁸. 170 des 194 États membres de l'OMS déclarent utiliser la médecine traditionnelle. Leurs gouvernements ont demandé l'aide de l'OMS afin de constituer un corpus de preuves et de données fiables sur les pratiques et les produits de la médecine traditionnelle.

Les Outre-mer représentent un atout potentiel pour le développement de nouvelles pharmacopées, en raison de leur richesse biologique, de leur singularité écologique et des savoirs traditionnels qui y sont associés. Rappelons que les Outre-mer concentrent près de 80 % de la biodiversité française. Cette diversité biologique constitue une réserve potentielle de molécules nouvelles, sources de traitements innovants contre les maladies infectieuses, le cancer, les maladies métaboliques ou neurodégénératives. Les plantes médicinales traditionnelles contiennent ainsi souvent des alcaloïdes, flavonoïdes, terpènes ou polyphénols à fort potentiel thérapeutique. Depuis le décret n°2008-841 du 22 août 2008 relatif à la vente au public des plantes médicinales inscrites à la pharmacopée reprenant les critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la France reconnaît l'usage traditionnel de certaines plantes, sous réserve d'autorisation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et du respect de la biodiversité. La loi LODEOM du 27 mai 2009 a créé un cadre légal permettant l'inscription de plantes médicinales d'usage traditionnel des Outre-mer à la pharmacopée française. L'article L5112-1 du Code de la santé publique intègre ainsi

¹⁷⁶ Le terme « médecine traditionnelle » décrit la somme totale des connaissances, des compétences et des pratiques que des cultures autochtones et différentes ont utilisées au fil du temps pour préserver la santé et prévenir, diagnostiquer et traiter les maladies physiques et mentales. La médecine traditionnelle englobe des pratiques anciennes, comme l'acupuncture, la médecine ayurvédique et les mélanges à base de plantes, ainsi que les médecines modernes.

¹⁷⁷ Voir : <https://news.un.org/fr/story/2023/08/1137712>

¹⁷⁸ Par exemple, l'aspirine a été découverte grâce à des formules de médecine traditionnelle utilisant l'écorce de saule, la pilule contraceptive a été mise au point à partir des racines de l'igname sauvage et les traitements contre le cancer de l'enfant utilisent la pervenche de Madagascar. L'examen des anciens textes de médecine chinoise est à l'origine des recherches sur l'artémisinine pour la lutte contre le paludisme, qui ont été récompensées par le prix Nobel.

les pharmacopées des Outre-mer. La Commission de la Pharmacopée française prend en compte depuis 2012 les pharmacopées ultramarines. L'année 2013 a vu l'inscription officielle des premières plantes des Outre-mer à la Pharmacopée Française (Journal Officiel, 1er août). Depuis ces inscriptions, les personnels de santé peuvent désormais utiliser ces plantes médicinales dans un cadre médico-légal, avec des formations adéquates. Il est également possible de libérer certaines plantes médicinales du monopole pharmaceutique, et ainsi permettre sous certaines conditions (traçabilité, sécurité, sans indications thérapeutiques) de vendre hors circuit pharmaceutique, ce qui est en adéquation avec l'usage traditionnel Outre-mer de certaines plantes¹⁷⁹. La pharmacopée comprend les textes de la pharmacopée européenne et ceux de la pharmacopée française, y compris ceux relevant de la pharmacopée des Outre-mer qui remplissent les conditions de la réglementation en vigueur dans le domaine. Elle est préparée, rendue obligatoire et publiée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Toutefois le décret en Conseil d'État qui doit fixer les adaptations de la pharmacopée française nécessitées par les particularités des plantes médicinales d'usage traditionnel dans les Départements et collectivités d'Outre-mer n'a pas été publié à ce jour.

Le CESE demande la publication du décret permettant l'adaptation de la pharmacopée française aux plantes médicinales traditionnelles en Outre-mer.

Les médecines traditionnelles, souvent utilisées comme premier recours, ont une place particulière en Outre-mer. Les différents territoires ultramarins partagent une pratique très répandue des médecines traditionnelles : plantes médicinales, « guérisseurs » ou soins « créoles ». En pratique, les habitants associent souvent des remèdes « naturels » à la médecine moderne pour soulager des symptômes courants. Le recours à la médecine traditionnelle est ainsi très fréquent en premier recours pour les maux bénins puis cède le pas aux soins conventionnels en cas de gravité. Aux Antilles et à La Réunion les tisanes de plantes locales (goyave, tamarin, « souchet ») sont très répandues parmi la population. Les études soulignent que ces pratiques sont ancrées dans les usages et ne sont pas marginalisées : elles bénéficient d'une forte tolérance sociale et occupent un espace social privilégié dans la culture locale. Ces

¹⁷⁹ L'Association pour les Plantes Aromatiques et Médicinales des Départements d'Outre-Mer (APLAMEDOM), est une association scientifique pluridisciplinaire d'ethnopharmacologie basée à L'île de La Réunion, créée en 1999 et déclarée d'intérêt général, par arrêté préfectoral. Elle a été créée dans un contexte de reconnaissance des Médecines Alternatives et Complémentaires, car les plantes des Outre-mer ne pouvaient être utilisées dans un cadre médico-légal car non inscrites à la Pharmacopée Française. L'association plaide pour libéraliser certaines plantes du monopole pharmaceutique car : il existe un usage traditionnel de plus de 200 ans qui précède la législation ; certaines sont d'usage mixtes : compléments alimentaires ou cosmétiques ; les plantes non toxiques (Liste A) devraient être libérées du monopole ; nécessité de garanties pour le consommateur (conseils, dosages, étiquetage en conformité) ; besoin de formation et certification des tradipraticiens pour sécuriser les usages. L'association a trois objectifs fondamentaux : Promouvoir l'utilisation des plantes médicinales et réaliser des enquêtes ethnobotaniques ; Valider scientifiquement les usages thérapeutiques traditionnels ; Valoriser et développer les ressources végétales locales. Cela se traduit par des formations, communications, dont organisation de congrès inter DROM-COM et régionaux, expertises et conseils auprès de professionnels et divers publics. L'association APLAMEDOM a ainsi créé la marque "Zerbaz Péi" (Garantie APLAMEDOM). C'est une marque de garantie créée pour : valoriser la filière PAPAM (Plantes À Parfums, Aromatiques et Médicinales) de La Réunion ; préserver les savoirs traditionnels ; sécuriser les utilisations ; protéger la biodiversité ; garantir l'origine réunionnaise des plantes. L'association souhaite aussi proposer une certification des tradipraticiens pour éviter les dérives sectaires et/ou charlatanesques.

pratiques restent souvent marginalisées, de nombreux patients disent avoir honte d'en parler à leur médecin traitant. De ce fait, les usages non encadrés persistent, des plantes sont commercialisées par des non-professionnels sans garantie d'origine ni de traitement. Le risque de mésusage et de désinformation est réel. Les modalités d'utilisation varient selon les territoires, tout en partageant des principes communs.

Les Antilles et la Guyane mêlent des héritages créoles, africains, amérindiens, indiens et « bushinengués »¹⁸⁰. La phytothérapie y est l'apanage des « simplicistes » ou tradipraticiens, et un usage populaire répandu persiste tant à la campagne qu'en ville. Par exemple, en Guyane chaque communauté (amérindiens, bushinengués, brésiliens, haïtiens...) utilise différemment les remèdes traditionnels. En Guyane, 82,5 % des personnes enquêtées dans la région du Haut-Maroni ont déjà eu recours à un remède traditionnel (42,6 % à tradipraticien)¹⁸¹. Les habitants des Antilles emploient des décoctions de feuilles ou d'écorces pour les infections, les maux de ventre, douleurs articulaires ou les affections cutanées. Les plantations antillaises disposent très souvent de jardin de plantes médicinales (tamarinier, cassier, herbe-à-vers).

Dans l'Océan Indien, à La Réunion, la médecine créole valorise largement les plantes locales (curcuma, papayer...) sous forme de tisanes thérapeutiques¹⁸². Les patients atteints de maladies chroniques parfois graves (diabète, cancers...) combinent souvent des soins modernes à l'automédication avec des plantes héritées des traditions hindoues, africaines et malgaches. La Réunion dispose d'une riche pharmacopée traditionnelle : plus de 700 plantes médicinales sont recensées, dont 120 utilisées. À Mayotte, la médecine traditionnelle est très intégrée à la culture locale : 15 à 17 % des habitants interrogés déclaraient recourir à un traitement traditionnel en première intention pour une affection bénigne¹⁸³. Le « fundi », guérisseur local, joue un rôle-clé de médiateur : il adapte les remèdes (herboristerie, huiles, prières ou rites animistes) au type de maladie selon la croyance. Ces pratiques font partie intégrante du quotidien même si la transmission orale des savoirs des anciens tend à s'amenuiser.

Dans le Pacifique, en Polynésie française, la population « maohi » possède un savoir traditionnel très riche avec 150 plantes médicinales identifiées, dont beaucoup

¹⁸⁰ Les Bushinenge sont des peuples des Guyanes descendant de communautés marronnes, c'est-à-dire ayant fui l'esclavage pour vivre en autonomie.

¹⁸¹

Voir : <https://www.guyane.ars.sante.fr/media/109616/download?inline#:~:text=Plus%20de%20quatre%20sur%20cinq,Br%C3%A9siliens%20ont%20cit%C3%A9%20l'E2%80%99insomnie%2C%20l'E2%80%99anxi%C3%A9t%C3%A9>

¹⁸²

<https://journals.openedition.org/anthropologiesante/710?lang=en#:~:text=rattach%C3%A9s%20aux%20plant es%20sont%20marqu%C3%A9s,et%20plus%20commun%C3%A9ment%20appel%C3%A9s%20tisanes>

¹⁸³ <https://ors-mayotte.org/wp-content/uploads/2024/10/Panorama-sanitaire-Mayotte-V2.0-Chapitre-I-VF.pdf#:~:text=f,n%C3%A9anmoins%20pr%C3%A8s%20de%204%20000>. En 2016, 15 (chez les hommes) à 17 % (chez les femmes) des habitants de 18-79 ans déclarent avoir recours à la médecine traditionnelle en première intention lorsqu'il s'agit d'une maladie estimée sans gravité. Cette part tombe entre 3 (chez les femmes) et 4 % (chez les hommes) pour une estimation plus grave de la pathologie nécessitant un recours aux soins. Un lien avec le renoncement aux soins pour eux-mêmes, leur conjoint ou l'un de leurs enfants au cours des douze derniers mois est aussi visible : 9 % chez ceux renonçant contre 1,9 % chez les autres.

pour traiter les affections gastro-intestinales¹⁸⁴. Les thérapeutiques traditionnelles (« rā'au mā'ohi ») connaissent un renouveau : un séminaire régional rapporte que de nombreux professionnels de santé polynésiens souhaitent aujourd'hui une médecine plus intégrative liant soins conventionnels et pratiques ancestrales¹⁸⁵. Le ministère local de la santé encourage désormais d'associer médecine conventionnelle et médecine traditionnelle, considérant cette synergie comme un tout bénéfique pour les patients. Il est ainsi important d'intégrer la culture du patient dans les pratiques de soins. On parle alors de « pluralisme thérapeutique » : un recours à la fois aux soins conventionnels et à la médecine traditionnelle, mais cette dernière est souvent hors cadre réglementaire formel. En Nouvelle-Calédonie, l'usage populaire des plantes reste vivace dans la culture océanienne kanak parallèlement à l'offre moderne. Elle peut être sollicitée pour des pathologies perçues comme relevant d'un déséquilibre social, spirituel ou communautaire. Les autorités provinciales envisagent de créer une pharmacopée locale pour faire officiellement reconnaître les plantes médicinales autochtones et leurs usages traditionnels. Un diplôme universitaire (DU) d'ethnomédecine a été mis en place en 2024 par l'Université de la Nouvelle-Calédonie qui se propose de former les professionnels médicaux et paramédicaux aux particularités culturelles en santé et pharmacopées du Pays. La prise en considération des médecines naturelles ou traditionnelle est aussi très avancée au sein du médipole de Koutio, comme en témoigne l'utilisation pendant la pandémie de Covid-19 de décoctions à base d'arbre de Judée, distribuées aux patients. Plus récemment, le médipole a créé un jardin dédié aux plantes médicinales traditionnelles, mettant en avant une vingtaine d'essences de plantes locales utilisées en médecine traditionnelle et naturelle¹⁸⁶. Aux îles Wallis-et-Futuna, la plupart des habitants consultent d'abord un guérisseur coutumier pour les maladies courantes. Les soins traditionnels sont profondément ancrés et font partie du « vivre ensemble », des savoir-faire coutumiers, et des pratiques de soins courantes : feuilles, racines, tiges sont employées pour des infusions, des bains, des applications externes. La boisson à base de kava (racines réduites) est mentionnée comme composante culturelle et sanitaire.

Les pouvoirs publics et les communautés de santé prennent peu à peu conscience de l'importance de ces patrimoines thérapeutiques. Des programmes de recherche (CNRS, ANR, IRD) interdisciplinaires étudient la pharmacopée ultramarine pour en assurer la durabilité. Le projet ANR SustainMedPol (Polynésie française) a par exemple recensé les plantes médicinales et proposé un plan d'action reposant sur quatre axes : sauvegarde des savoirs, conservation des espèces, validation scientifique (efficacité et innocuité) et reconnaissance institutionnelle des pratiques. Ces initiatives visent à intégrer officiellement certains remèdes dans le système de santé local (monographies pharmaceutiques, formations sanitaires,

¹⁸⁴ <https://anr.fr/Projet-ANR-22-CE03-0001#:~:text=La%20m%C3%A9decine%20traditionnelle%20fait%20partie.et>

¹⁸⁵ <https://www.tntvnews.pf/polynesie/sante/integrer-la-medecine-traditionnelle-aux-pratiques-modernes-une-evidence/#:~:text=Une%20tendance%20accentu%C3%A9e%20par%20les. absolument%20exceptionnelle% C2%A0%C2%BB%2C%20souligne%20Eric%20Parrot>

¹⁸⁶ <https://outremers360.com/bassin-pacifique-appli/nouvelle-caledonie-luniversite-de-nouvelle-caledonie-lance-une-formation-en-ethnomedecine-les-systemes-des-soins-traditionnels-et-pharmacopees-des-cultures-oceanienues>

chaîne d'approvisionnement sécurisée). Les Collectivités territoriales ont engagé des démarches concrètes. En Guyane, la Conférence régionale de santé a organisé en 2024 des ateliers citoyens sur la place de la médecine traditionnelle dans le parcours de soins. L'approche consiste à associer les différentes approches et à former les soignants pour échanger avec les « tradipraticiens ».

La médecine traditionnelle peut compléter les soins conventionnels, mais ne doit pas conduire à les différer ou à y renoncer. Leur caractère « naturel » masque parfois des risques importants pour la santé. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) publie des listes de plantes classiques utiles (liste A) et d'autres jugées plus toxiques (liste B des plantes médicinales dont les effets indésirables potentiels sont supérieurs au bénéfice thérapeutique attendu) pour guider les soignants (également risque d'interférences entre plantes et médicaments). Les enquêtes hospitalières illustrent l'enjeu : en Guyane, 12 intoxications liées à des remèdes locaux ont provoqué un syndrome de Reye avec 10 décès chez des enfants. De tels cas rappellent la nécessité d'une vigilance stricte et les experts préconisent de les encadrer par la collaboration entre médecin et tradipraticien. Le rôle du tradipraticien est perçu comme complémentaire car il peut sécuriser l'usage de plantes aux effets thérapeutiques reconnus, en rappelant doses et précautions. Ainsi, la promotion d'une santé intégrative est mise en avant : par exemple, des médecins polynésiens proposent conjointement des séances d'hypnose et de médecine traditionnelle pour renforcer le bien-être des malades en complément des soins. Les orientations stratégiques de santé du gouvernement local de Polynésie française comprennent un point en faveur de l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de soins¹⁸⁷. Celui-ci prévoit de réaliser un répertoire des savoirs par une organisation spécifique ayant des appuis scientifiques et ouverte aux tradipraticiens. Elle fera valider les recommandations d'usage sans danger et rationnel par l'autorité sanitaire compétente sur la base d'informations fiables. La réglementation devra garantir la bonne utilisation et organiser le contrôle de la qualité des produits et des pratiques, et s'assurer de la sécurité des usagers par la formation et l'autorisation des tradipraticiens, en collaboration avec des professionnels de médecine conventionnelle.

Le CESE encourage une meilleure connaissance des médecines traditionnelles en Outre-mer et leur reconnaissance institutionnelle. Il est indispensable de former et de professionnaliser les spécialistes de la médecine traditionnelle dans le cadre de diplômes universitaires.

Le CESE propose de créer un diplôme universitaire d'herboristerie et de pharmacologie ultramarine, adossé à l'université de La Réunion.

Le CESE croit utile de créer un Observatoire régional de la pharmacopée et de la santé intégrative, rattaché à l'université, garantissant la traçabilité, la sécurité et la valorisation scientifique des plantes locales, dans chaque territoire.

¹⁸⁷ Voir : *La politique de santé de la Polynésie française, orientations stratégiques 2016-2025*, Gouvernement de la Polynésie française, page 17.

Le CESE propose de favoriser les liens entre médecine traditionnelle et académique, via des programmes de recherche et de validation clinique.

Préconisation 15

Le CESE demande au ministère de la Santé d'engager un travail de définition d'un cadre juridique pour la formation universitaire et l'exercice de spécialistes de médecine traditionnelle en Outre-mer. Cette reconnaissance institutionnelle vise à accompagner la complémentarité entre médecine conventionnelle et traditionnelle dans la pratique des soins. Elle a aussi pour objet de garantir tout risque d'exercice illégal de la médecine.

Les enjeux d'éthique médicale doivent être mieux pris en compte en Outre-mer. Les questions d'éthique médicale se distinguent en Outre-mer par une conjonction de facteurs liés à l'offre de soins, mais aussi communautaires, culturels et culturels, qui modifient les conditions d'exercice de la médecine et soulignent l'importance de prendre en compte les spécificités des populations concernées. Elles appellent une approche contextualisée territoire par territoire, qui devra être mise en cohérence avec les conclusions des États généraux de la bioéthique qui se tiendront en 2026.

Dans plusieurs territoires, l'éthique médicale se trouve confrontée à des réalités structurelles qui limitent l'accès aux soins et à la vulnérabilité des populations. A Mayotte et en Guyane, la pression migratoire et la crise capacitaire sont devenues chroniques : les lits d'hospitalisation complète sont insuffisants, les tensions persistent dans les services de maternité et en réanimation, et les solutions de renfort sont limitées. Cette situation peut conduire à des arbitrages complexes en termes de priorisation des soins et, dans certains cas, à une stigmatisation des patients venus de l'extérieur du territoire. Les équipes sont confrontées à des dilemmes récurrents : continuité des soins pour des patients en situation irrégulière, priorisation des ressources limitées, prise en charge des grossesses précoces, gestion des pathologies non suivies ou diagnostiquées tardivement. De nombreux patients sont soignés, parfois pendant des mois, loin de leur lieu de vie et de leurs proches du fait des recours aux évacuations sanitaires ce qui les prive d'un soutien essentiel pour eux.

Les Outre-mer sont des espaces multiculturels où se rencontrent des cultures très diverses (autochtones, créoles, océaniques, africaines, indiennes, chinoises, arabes...) avec des représentations de la maladie, de la souffrance et du soin qui ne coïncident pas toujours avec les références médicales. La pratique médicale doit composer avec des barrières linguistiques majeures (une grande partie des patients mahorais ne parlent pas français et ont recours à un interprète ou un membre de leur famille qui traduit ; par exemple le mot « cancer » n'existe pas en langue comorienne). Des conceptions différentes de la douleur et de la fin de vie coexistent impliquant souvent les croyances et l'intervention d'autorités traditionnelles ou religieuses. Cette situation nécessite un dialogue constant entre les soignants, les patients et leur famille,

rendu parfois complexe par la différence entre les normes médicales et les pratiques traditionnelles. La réanimation illustre les dilemmes qui peuvent se manifester entre proportionnalité des soins, interprétation culturelle du pronostic médical, adhésion du patient et de sa famille aux soins de fin de vie, et respect des croyances.

Il n'existe pas aujourd'hui de dispositif d'éthique présent sur chaque territoire. Un Comité Local d'Éthique (CLE) a été récemment créé au CHU de La Réunion. Il en existe en Martinique, en Guadeloupe et en Guyane. À Mayotte, aucune structure d'éthique locale n'est disponible. Les comités interrégionaux sont difficiles à constituer en raison des distances, du manque de ressources et de la spécificité des situations rencontrées. Un colloque de l'espace de Réflexion Éthique de La Réunion sur : *Enjeux relatifs aux situations de fin de vie : quelles singularités sur le territoire réunionnais ?* a lieu en 2025. En 2024, un colloque a traité de *La question de la dignité à travers l'interculturalité régionale*. Le cadre éthique adapté aux réalités sociales, culturelles, culturelles et territoriales reste en grande partie à construire, ce qui suppose de structurer des instances locales, d'intégrer les savoirs traditionnels et les différentes croyances, et d'inscrire pleinement les Outre-mer dans les réflexions nationales de bioéthique.

4. Accompagner l'innovation et la recherche sur les territoires

Les Outre-mer représentent des espaces scientifiques singuliers du fait de leur positionnement dans les zones intertropicales, la richesse de leurs écosystèmes et la coexistence de pathologies infectieuses qui leur confèrent un rôle essentiel dans la production de connaissances en santé. Ces territoires sont des observatoires privilégiés pour l'étude des maladies infectieuses émergentes, des zoonoses et des interactions entre santé humaine, animale et environnementale. Pourtant, malgré ces atouts, la recherche et l'innovation y demeurent insuffisamment structurées et soutenues, révélant des disparités profondes avec l'hexagone. La délégation aux Outre-mer a rendu une contribution à l'avis du CESE portant sur *Le projet de loi de programmation pluriannuelle de la recherche*, en 2020¹⁸⁸. Rappelons que les dépenses publiques et privées de recherche et de développement représentent seulement 0,5 % du PIB en Outre-mer, bien loin des 3 % attendus. La recherche publique en Outre-mer a besoin d'orientations stratégiques claires et stables, territorialisées afin de répondre aux problématiques propres à chaque territoire. Il est essentiel que les grands organismes nationaux de recherche (CNRS, ANR, Institut Pasteur, INSERM, IRD, CIRAD) et les six universités ultramarines investissent dans des projets qui concernent directement les Outre-mer, et que cette recherche soit réalisée sur place, dans les territoires, et non à distance. Leur présence est un atout notamment au regard de la concurrence des pays de la zone régionale. À

¹⁸⁸ Contribution présentée par M. Jean-Étienne Antoinette et M. Olivier Mugnier, rapporteurs au nom de la délégation aux Outre-mer. Les dépenses intérieures de recherche et développement (DIRD) restent très faibles en Outre-mer comparativement aux autres régions françaises : elles représentent 0,5 % du PIB (contre 2,2 % au niveau national), soit 271 millions d'euros pour l'ensemble des Outre-mer, et 0,5 % des dépenses nationales (sur 49,5 milliards d'euros). Les effectifs dédiés à la recherche ne représentent que 0,6 % des effectifs nationaux, alors qu'à titre de comparaison, la population ultramarine constitue 4,1 %.

titre d'exemple, l'Institut Pasteur est présent à Cayenne en Guyane depuis 1940. Son installation a été décidée suite à une épidémie de fièvre jaune, pour mener une recherche en lien étroit avec le milieu. Par sa présence, l'Institut Pasteur exerce une surveillance dans la région amazonienne et aide la population guyanaise à lutter contre les maladies infectieuses. Il héberge le centre national de référence pour les virus respiratoires, les antiviraux et la chimiorésistance contre le paludisme. Le fait de positionner un centre de recherche dans l'un des épicentres de maladies virologiques, est à l'origine de nombreux projets innovants qui ont pour objectif d'étudier les maladies du fond sauvage et l'émergence de nouvelles maladies. Cette implantation au plus près du terrain et des populations, est un atout décisif en cas d'épidémie comme l'a montré la crise sanitaire du COVID-19.

Les structures de recherche hospitalo-universitaires en Outre-mer souffrent d'un manque de moyens, de personnels qualifiés et de continuité dans les financements. Les laboratoires de recherche sont souvent dépendants de partenariats nationaux ou européens, ce qui rend difficile la conduite de projets autonomes adaptés aux réalités sanitaires locales. Le renforcement des pôles universitaires de recherche médicale, la formation d'équipes pluridisciplinaires et la consolidation des infrastructures technologiques constituent des conditions indispensables pour garantir une production scientifique durable. Il s'agit aussi de favoriser la formation et l'implantation de jeunes chercheurs et praticiens, en leur offrant des perspectives de carrière et d'encadrement sur place. Il est essentiel de remédier à la « fuite des cerveaux » qui dévitalise les territoires. Les besoins en jeunes diplômés, personnels soignants, cadres et techniciens formés, sont très importants pour accompagner le développement et soutenir l'activité médicale. Pour la délégation, il faut augmenter l'offre de formation pour répondre aux besoins locaux. Les universités doivent mettre en place des filières d'excellence en santé sur place pour conserver les jeunes. Les universités des Outre-mer ne comprennent que 1,9 % d'étudiants doctorants, pour 3,5 % en moyenne nationale. Il faut donc renforcer les écoles doctorales des universités, former davantage d'étudiants en santé sur place, qui puissent rester par la suite, les envoyer en stage dans l'hexagone ou à l'étranger avec un engagement de retour et d'investissement de leur part dans la formation au niveau local. Il faut aussi repérer les meilleurs étudiants pour les attirer vers des débouchés de recherche, créer des opportunités d'emploi sur le territoire, proposer des missions attractives et donner de la visibilité sur les thématiques émergentes.

Les laboratoires de recherche hospitalo-universitaires doivent avoir les moyens d'accompagner le lancement des projets. Le dimensionnement des appels à projets doit être adapté aux enjeux et aux spécificités des Outre-mer. Les laboratoires basés en Outre-mer sont souvent de taille insuffisante, ce qui ne leur permet pas de candidater aux programmes de recherche nationaux. De plus, les programmes thématiques de l'Agence nationale pour la recherche (ANR) ou du Centre national de la recherche scientifique (CNRS), ne comportent pas de volet spécifique aux problématiques ultramarines. Les financements sont aussi très difficiles à mettre en œuvre pour les projets inter-Outre-mer qui supposent de coordonner des projets scientifiques et de mutualiser des moyens. Il faut donc que les appels à projets généralistes intègrent mieux ces problématiques, et lorsque ce n'est pas possible, que

d'autres dispositifs complémentaires soient mis en œuvre (appel à projet additionnel ou spécifique aux Outre-mer). Il faut aussi faciliter le lancement de jeunes chercheurs. L'Institut Pasteur de Guyane accompagne ainsi une vingtaine de jeunes chercheurs et chercheuses avec des financements, de 150 000 euros à 500 000 euros par an, délivrés sur appel d'offres international publié dans les meilleures revues scientifiques, pour des projets de recherche en lien avec le territoire. L'Institut met à disposition ce type d'enveloppe pour attirer les jeunes chercheurs et les aider à amorcer leur recherche, leur permettant par la suite d'accéder aux financements européens du Fonds européen de développement régional (FEDER). L'accès aux financements européens est parfois qualifié de « parcours du combattant » par les jeunes chercheurs et chercheuses, avec des règles très strictes de financement et des faibles avances de fonds d'amorçage.

Les Outre-mer sont trop peu intégrés aux essais cliniques et aux grandes cohortes. Les établissements de santé ultramarins participent encore très rarement aux essais cliniques nationaux ou internationaux, qu'il s'agisse d'essais thérapeutiques ou d'études observationnelles. De même, les Outre-mer ne sont pas représentés dans les grandes cohortes françaises (cohortes Constances, Gazel, Esteban, ainsi que cohortes cancers, maladies métaboliques, neurodégénératives, pédiatriques...), ce qui limite à la fois la connaissance scientifique et la prise en compte des spécificités populations ultramarines dans les politiques publiques nationales. Ce déficit de participation a pour effet direct de restreindre l'accès aux innovations thérapeutiques pour les patients ultramarins, qui bénéficient moins rapidement que leurs concitoyens des traitements innovants ou de protocoles expérimentaux pouvant améliorer leur prise en charge.

La recherche clinique est également un vecteur de montée en compétence des établissements, ainsi qu'un levier de professionnalisation et d'attractivité. L'activité de recherche favorise l'arrivée de jeunes internes, de médecins et de chercheurs, et inscrit les établissements dans des dynamiques d'excellence. Les établissements engagés dans la recherche bénéficient généralement d'une qualité meilleure des pratiques de soins, d'équipes mieux formées, et de coopérations renforcées avec les centres hospitaliers universitaires. Dans les Outre-mer, où les difficultés d'attractivité sont récurrentes, la structuration d'une activité de recherche comme le montre l'exemple de l'Institut caribéen d'Imagerie Nucléaire (ICIN) de la Martinique constitue un levier stratégique pour renforcer les équipes et dynamiser les parcours professionnels.

La recherche médicale et pharmaceutique peut enfin être un excellent vecteur de coopération régionale et une porte d'entrée pour les échanges de compétences avec l'étranger. Les territoires ultramarins peuvent constituer des interfaces entre la France et leurs environnements régionaux (Caraïbe, océan Indien, Pacifique ou Amérique du Sud). L'innovation en santé est très concurrentielle dans des espaces régionaux qui ont des avantages comparatifs proches. En Guyane, par exemple, il y a peu de recherche et développement dans la filière pharmaceutique, comparativement au Brésil, alors que la biodiversité guyanaise est particulièrement riche. Cette position stratégique ouvre aussi la voie à des coopérations scientifiques renforcées, qu'il s'agisse de surveillance épidémiologique, de pharmacologie tropicale

ou de recherche clinique partagée. Le développement de partenariats avec les universités, instituts et agences de santé des pays voisins permettrait de consolider les réseaux régionaux et de renforcer la diplomatie scientifique française dans ces bassins océaniques. Un référent interministériel coordonnateur sur la recherche en santé pourra être désigné au sein de chacune des délégations régionales à la recherche et à la technologie en Outre-mer.

Les Outre-mer ont le potentiel pour devenir des pôles d'excellence de recherche régionaux notamment sur les maladies tropicales émergentes et les pathologies environnementales.

La Collectivité territoriale de Martinique (CTM) est engagée dans la mise en synergie d'acteurs privés et publics de la santé et la création d'une zone franche de recherche. La Martinique se trouve au croisement de plusieurs dynamiques structurelles (vieillissement accéléré, prévalence du diabète, des cancers, maladies cardio-vasculaires) qui lui confèrent une place importante dans le paysage régional caraïbéen de la santé et de la recherche. Le territoire dispose d'infrastructures scientifiques et médicales portées notamment par le Centre hospitalier universitaire de Martinique et l'Institut caribéen d'Imagerie Nucléaire (ICIN). Cet ensemble crée un contexte propice à une stratégie visant à fédérer les acteurs publics et privés de la recherche en santé et à inscrire durablement le territoire dans une dynamique régionale caribéenne d'innovation. La Collectivité territoriale de Martinique (CTM) s'est affirmée comme un acteur stratégique du développement de l'innovation. Plusieurs initiatives témoignent de cette volonté de mise en synergie. Parmi elles, le projet CariBioparc constitue un exemple important. Situé au Lamentin, il est pensé comme un pôle de recherche et d'innovation sur le traitement du diabète capable de répondre aux besoins sanitaires de l'ensemble caribéen. Autour de la société d'économie mixte CariBioparc s'agrègent des partenaires publics et privés, des institutions hospitalières, des équipes universitaires et des entreprises biotechnologiques, ce qui en fait un lieu d'innovation, de transfert technologique et de convergence entre expertise locale et collaborations extérieures. Le CHU de Martinique constitue un autre pilier essentiel de cette structuration. Doté d'une délégation à la recherche clinique et à l'innovation, il participe aux réseaux interrégionaux et collabore activement avec des centres de référence nationaux (comme l'Institut Gustave-Roussy). La Collectivité territoriale de Martinique a la perspective de créer une « zone France de recherche » visant à identifier le territoire comme un pôle d'excellence en recherche et innovation en santé. Une telle zone pourrait rassembler les plateformes scientifiques, les infrastructures hospitalières, les clusters économiques et des collaborations nationales et internationales, notamment dans les domaines de la santé tropicale, des maladies chroniques, de la cancérologie, de la santé environnementale et des problématiques spécifiques aux territoires insulaires (télémédecine). Cette coopération confère au territoire une visibilité nouvelle en créant les conditions d'un rapprochement durable entre les équipes martiniquaises et les établissements de référence situés dans l'hexagone et dans la zone régionale. **Cet exemple illustre le dynamisme des territoires ultramarins et leur potentiel d'innovation. Mais il montre aussi le déficit d'organisation nationale sur ces sujets : les porteurs du projet ont les**

plus grandes peines à identifier leurs interlocuteurs institutionnels, nationaux, sur ce type de projet très innovant.

Préconisation 16

Le CESE préconise au Comité interministériel de santé pour les Outre-mer pour le volet Outre-mer de la Stratégie nationale de santé d'une part, et aux Agences régionales de santé pour les projets régionaux de santé d'autre part, d'inscrire des orientations territorialisées sur les priorités de recherche concernant les Outre-mer et un plan d'action faisant apparaître les objectifs et les moyens mobilisés par action sur chacun des territoires.

5. Promouvoir la diplomatie sanitaire

La coopération sanitaire internationale des territoires ultramarins s'appuie sur des cadres juridiques français et européens. Au niveau international, le règlement sanitaire international de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS 2005) s'impose aux États membres pour la surveillance et l'alerte sanitaire globale. En droit français, l'article L.6134 1 du code de la santé publique autorise les établissements de santé à lancer des projets de coopération internationale. La loi de modernisation de la santé (2016) a par ailleurs habilité les Agences régionales de santé (ARS) à engager des coopérations internationales au niveau local (art. L.1431-2 CSP). L'Union européenne a créé un cadre pour les soins transfrontaliers. La directive 2011/24/UE garantit aux citoyens le droit d'accéder à des soins de haute qualité dans tout État membre, avec remboursement, sans discrimination nationale¹⁸⁹.

Les coopérations régionales constituent un levier essentiel pour renforcer les systèmes de santé ultramarins. Dans des territoires caractérisés par l'insularité, l'éloignement, l'étroitesse des marchés, la vulnérabilité aux risques naturels, la faible densité démographique, la difficulté d'accès aux soins spécialisés, la coopération sanitaire avec les pays voisins permet de mutualiser les moyens, de développer des compétences médicales et d'améliorer la prise en charge des patients. Elle contribue également à renforcer la sécurité sanitaire régionale par la surveillance partagée des épidémies, l'échange d'expertises et la mise en commun d'infrastructures. Ces dynamiques se sont déjà traduites par des réalisations concrètes dans différents bassins océaniques : mutualisation d'équipements d'imagerie, collaborations en chirurgie pédiatrique et orthopédique, dépistage régional de maladies infectieuses, plateformes de veille épidémiologique ou encore développement de la télémédecine transfrontalière.

¹⁸⁹ Sur le plan européen, les régions ultrapériphériques (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte, Saint Martin) relèvent de plein droit du droit dérivé de l'UE (directive européenne sur les soins transfrontaliers), alors que les Pays et territoires d'Outre-mer non européens (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon) doivent passer par des accords bilatéraux. De nombreux accords bilatéraux ou multilatéraux encadrent les coopérations sanitaires de ces territoires (ministères de la Santé, programmes UE ou ONU, Agence française de développement...).

Dans ce cadre, l'initiative portée par l'Institut caribéen de médecine nucléaire du CHU de Martinique constitue un exemple particulièrement structurant. Cet institut d'excellence, déjà doté de compétences reconnues en imagerie nucléaire et bénéficiaire d'un cyclotron, souhaite ouvrir des lits de prise en charge des cancers aux patients issus des îles de la Caraïbe, permettant ainsi de mettre à disposition des traitements nécessitant une expertise et des équipements de pointe. Le cyclotron, qui produit sur place les isotopes radioactifs nécessaires aux examens et traitements, réduit considérablement les coûts logistiques, les délais et la dépendance vis-à-vis de l'hexagone pour l'accès à l'imagerie médicale (TEP scan). Il permet d'accroître la fréquence des examens et d'améliorer considérablement le confort pour le patient. Ce projet illustre parfaitement la manière dont une coopération avec les hôpitaux de la zone régionale peut contribuer à solvabiliser des investissements coûteux, en s'appuyant sur un bassin de population élargi et sur une mutualisation des flux de patients provenant de plusieurs territoires caribéens. Pour les professionnels de santé, cette dynamique favorise le développement de parcours d'expertise attractifs, renforce les capacités locales de formation d'internes en médecine, et crée des environnements de soins de haut niveau susceptibles d'améliorer la fidélisation des praticiens.

Au-delà de ses bénéfices médicaux, l'Institut caribéen de médecine nucléaire s'inscrit dans une logique de diplomatie sanitaire à l'échelle régionale. En contribuant à structurer une offre partagée de cancérologie, il renforce la place de la France dans l'arc caribéen (en particulier en direction des pays voisins de la CARICOM) et soutient la coopération inter-Outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane)¹⁹⁰. Cet exemple montre que les coopérations régionales ne doivent plus être envisagées comme des initiatives ponctuelles, mais comme des outils stratégiques de l'action publique en santé. Elles sont indispensables pour renforcer l'accès aux soins spécialisés dans l'intérêt des patients localement, solvabiliser les investissements, et renforcer la formation des professionnels.

Le CESE note les difficultés d'accueil de patients français de Saint-Martin à l'hôpital de St. Maarten Medical Center, côté néerlandais de l'île. Bien que les deux hôpitaux de l'île, coté français et coté néerlandais, aient signé en 2014 une lettre d'intention visant à formaliser une coopération pour le partage des ressources et l'orientation des patients vers le meilleur plateau technique disponible, la mise en œuvre reste entravée par plusieurs freins structurels. Les systèmes d'assurance maladie diffèrent fortement entre les deux parties de l'île, l'une relevant du régime français de sécurité sociale, l'autre d'un régime néerlandais avec des assurances privées plus présentes. Les différences de normes, de tarification et de responsabilité des soins compliquent également l'accès. Il est essentiel que l'Agence régionale de santé (ARS) de Guadeloupe, compétente pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy, et l'hôpital néerlandais de Sint Maarten conviennent d'un cadre stabilisé et opérationnel de prise en charge dans l'intérêt des patients.

Les pays partenaires varient selon les bassins géographiques où sont situés les Outre-mer. En Guyane, les coopérations sont actives avec le Suriname et le Brésil

¹⁹⁰ M. Farid Karim, professeur, médecin nucléaire au CHU de la Martinique

voisins. Par exemple, en octobre 2023 Paris et Paramaribo, capitale du Suriname, ont signé une déclaration d'intention pour formaliser et renforcer la coopération santé transfrontalière (hôpitaux, formation, lutte contre le paludisme). Des projets hospitaliers bilatéraux se développent, ainsi l'Agence française de développement (AFD) finance au Suriname la construction d'un hôpital à Albina (frontière guyanaise) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a cofinancé la coopération du CHU de Guyane avec le Suriname. L'Institut Pasteur de Guyane coopère régulièrement avec le Suriname et l'État d'Amapá (Brésil) sur la recherche et la surveillance sanitaire (paludisme, arboviroses, Zika). À Saint Pierre-et-Miquelon, la coopération porte sur les soins d'urgence : environ 82 % des évacuations sanitaires (EVASAN) se font vers le Canada (Terre-Neuve), avec environ 60 évacuations vitales par an (avec une négociation tarifaire pour maîtriser les coûts d'hospitalisation très supérieurs au Canada¹⁹¹). Les urgences absolues sont principalement dirigées vers Saint-Jean de Terre-Neuve, située à seulement quarante-cinq minutes de vol, ce qui permet une prise en charge rapide et limite les pertes de chance pour les patients. La Martinique et la Guadeloupe ont développé une coopération régionale intensive. L'ARS Martinique indique coopérer structurellement avec les 38 pays et territoires de la Caraïbe sur de nombreux projets (partage d'expérience, de développement de connaissances scientifiques). Cette coopération prend forme à travers des projets conjoints de partage d'expérience, de développement de la connaissance scientifique, de promotion de la télémédecine et de soutien aux patients de la Caraïbe orientale. Parmi les initiatives emblématiques, le projet INTERREG CARES (Cooperation, Accessibility, Referrals, e-information System) se distingue : piloté par l'ARS Guadeloupe (avec Saint-Martin et Saint-Barthélemy) et l'ARS Martinique, il s'adresse aux pays membres ou associés de l'Organisation des États de la Caraïbe orientale (OECO). Ce projet, d'un budget de près de 5 millions d'euros, vise à structurer la collaboration régionale en santé, notamment via la télémédecine, les parcours de soins mutualisés et l'accueil de patients caribéens dans les établissements des territoires français d'Amérique¹⁹².

Les trois collectivités françaises du Pacifique (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis-et-Futuna) sont membres de la Communauté du Pacifique (CPS) dont le siège est à Nouméa. Dans ce cadre, la France a signé fin 2020 un partenariat pluriannuel (2021-2024) avec la Communauté du Pacifique, incluant un volet de santé publique, et finance le Pacific Public Health Surveillance Network via l'Agence française de développement (AFD). La Polynésie française a par ailleurs conclu en 2017 un protocole de coopération sanitaire avec les Îles Cook pour des échanges de formation, des partages de données et le renforcement des ressources humaines

¹⁹¹ La Cour des comptes relève dans son rapport de 2014, que ce dispositif entraîne un coût particulièrement élevé pour la Collectivité. Le montant global des dépenses est fortement influencé par la variation du dollar canadien et par les tarifs pratiqués par les établissements de Terre-Neuve, principal opérateur de ces évacuations. À cela s'ajoutent les frais de transport aérien, qui incluent parfois l'affrètement d'avions sanitaires ou d'hélicoptères pour les situations les plus graves. Les autorités locales cherchent à diversifier les destinations des EVASAN, notamment vers l'hexagone pour les soins programmés, mais cette option demeure plus coûteuse et difficile à organiser.

¹⁹² <https://pressroom.oecs.int/cooperation-medicale-dans-la-caraibe--les-professionnels-de-sante-font-le-point-sur-lavancee-du-projet-interreg-cares>

locales. En Nouvelle-Calédonie, la coopération régionale s'attache à mobiliser l'expertise australienne et néo-zélandaise : les laboratoires vétérinaires calédoniens collaborent avec ceux d'Australie et de Nouvelle-Zélande pour la biosécurité (projet Pacifique « PaNDaS », échanges de diagnostic vétérinaire).

Dans l'océan Indien, les partenariats régionaux sont pilotés par l'Agence régionale de santé de La Réunion et la Commission de l'Océan Indien (COI). Cette organisation intergouvernementale (qui intègre la France, Madagascar, Maurice, les Seychelles, et les Comores) finance des projets communs de santé publique. L'ARS Réunion mentionne ses coopérations depuis de nombreuses années visant à mutualiser les ressources et à appliquer le concept « One Health » (santé humaine, animale et environnementale). Par exemple, lors de la pandémie de Covid-19, le laboratoire de La Réunion a séquencé des échantillons provenant des pays voisins. De même, un réseau régional « One Health » (« SEGA ») regroupe les autorités sanitaires de la COI afin de surveiller et de contenir les maladies émergentes (lutte antivectorielle, formation des épidémiologistes de terrain et des techniciens de laboratoires de la région à la maintenance des équipements). Ce programme se décline en 17 projets ciblés dans plusieurs domaines médicaux tels que la télémedecine, le dépistage précoce du cancer, notamment par de nouvelles technologies telles que le Tep Scan présent au CHU de Martinique, le dépistage de la drépanocytose et du VIH, la chirurgie orthopédique, la chirurgie pédiatrique, la cardiologie, l'ophtalmologie, l'accès aux laboratoires, la prise en charge des personnes âgées ou encore les urgences. Par ailleurs, l'ARS Martinique a noué une coopération avec l'Pan American Health Organization (PAHO) et l'Caribbean Community (CARICOM), dans un cadre de diplomatie territoriale et de santé publique régionale. Les thèmes abordés comprennent le dépistage du cancer, la santé reproductive, et la préparation aux catastrophes naturelles.

La coopération internationale en santé est un levier pour améliorer les systèmes de soins ultramarins : de la formation de personnel hospitalier, aux interventions d'urgences (EVASAN), en passant par la veille sanitaire partagée, l'utilisation partagée des équipements médicaux (imagerie médicale notamment TEP scan), ces échanges multiformes avec les pays voisins renforcent la résilience des territoires, notamment en cas d'épidémies régionales ou de catastrophes naturelles, améliorent l'offre de santé, tout en contribuant à la sécurité sanitaire régionale.

La diplomatie sanitaire doit dépasser la seule coopération institutionnelle pour devenir un vecteur de développement économique régional : attractivité des établissements de santé, formation et mobilité des professionnels, valorisation des savoir-faire ultramarins et structuration de filières d'innovation exportables dans l'espace indo-océanien, caribéen et pacifique.

Préconisation 17

Le CESE préconise au ministère des Affaires étrangères, en collaboration avec le ministère de la Santé, le ministère des Outre-mer et les collectivités territoriales concernées, de créer une plateforme de soutien aux projets de coopération régionale en santé. Cette plateforme devra assurer la coordination de la dimension internationale des projets et promouvoir l'offre de soins ultramarine, notamment lorsque les investissements sont coûteux et peuvent être solvabilisés à l'échelle des bassins régionaux.

Conclusion

La santé dans les Outre-mer constitue un enjeu majeur pour l'égalité entre les citoyens. Malgré des investissements significatifs et des politiques de santé volontaristes, les territoires ultramarins continuent de présenter des indicateurs de santé plus dégradés que ceux de l'hexagone, révélant des inégalités persistantes, tant dans l'accès aux soins que dans la prévention, l'organisation des services, la formation et l'attractivité des professionnels. Ces écarts ne sauraient toutefois être considérés comme une fatalité : ils appellent un engagement renforcé et durable de l'État, des collectivités territoriales, des acteurs sanitaires et sociaux ainsi que de la société civile organisée.

Les auditions menées par le CESE, les contributions des CESER, et l'analyse territoire par territoire, confirment la nécessité de repenser l'action publique dans une approche adaptée aux contextes, territorialisée et décloisonnée. Les Outre-mer sont confrontés à des réalités structurelles spécifiques, des contraintes géographiques, une exposition aux risques naturels majeurs, des surcoûts logistiques et normatifs, des transitions démographiques et épidémiologiques rapides, ainsi que des vulnérabilités sociales cumulées qui exigent des réponses adaptées et proportionnées. Le CESE appelle ainsi à dépasser les modèles purement nationaux pour construire des politiques de santé pleinement ancrées dans la réalité ultramarine.

Face aux défis identifiés, quatre impératifs se dégagent.

Le premier défi est celui de la territorialisation des politiques de santé : chaque territoire doit pouvoir disposer d'une stratégie de santé clairement définie, inscrite dans une Stratégie nationale de santé intégrant un volet propre aux Outre-mer et appuyée sur des moyens budgétaires pluriannuels au niveau des ambitions.

Le deuxième est celui de la cohérence de l'action publique au niveau interministériel, notamment par la création d'un Comité interministériel de santé pour les Outre-mer, chargé de décliner, coordonner et suivre les engagements nationaux, en lien direct avec les différents ministères (Santé, Outre-mer, environnement, Enseignement supérieur et recherche, Education nationale), les Agences régionales de santé (ARS) et les collectivités territoriales. Il sera chargé de rendre visibles les priorités de santé de ces territoires et de mobiliser les financements nécessaires à l'atteinte des objectifs de rattrapage.

Le troisième est celui de l'égalité effective de l'accès aux soins partout sur les territoires, notamment par la répartition et la coordination des établissements de santé publics et privés, le transport des patients dans des mobilités de proximité comme pour des évacuations sanitaires de longue distance, quelles que soient les spécificités statutaires des territoires.

Le quatrième impératif est celui de l'attractivité de l'exercice en Outre-mer pour les professions de santé, dans une perspective de profondes transitions démographique et épidémiologique pour ces territoires. Cette attractivité passe par le

développement de filières pérennes de formation et de recrutement de soignants, et l'excellence des pratiques de soins et des conditions d'exercice qui motivent les soignants à exercer au bénéfice des patients avec des moyens et résultats à la hauteur de leurs attentes.

Le CESE souligne l'urgence de penser une politique de santé beaucoup plus intégrée articulant l'ensemble des dimensions sanitaires, sociales, environnementales et territoriales : de renforcer la prévention, de mieux structurer la lutte contre les maladies chroniques et les risques émergents, d'intégrer pleinement les déterminants de santé, de soutenir l'innovation ainsi que les coopérations régionales et internationales, véritables leviers de résilience et d'efficacité.

In fine, l'ensemble de ces orientations ne pourra produire ses effets que si la confiance entre la population et institutions sanitaires est restaurée. Cela suppose de renforcer la démocratie sanitaire, de donner leur place aux associations de patients, de tenir compte de leurs savoirs, de leurs pratiques des médecines traditionnelles et de leur diversité éthique, de favoriser la participation de la société civile aux décisions, et de garantir une information transparente, accessible et adaptée.

La réussite des politiques de prévention nécessite également une adaptation culturelle et linguistique spécifique aux territoires ultramarins. En effet, les messages standardisés issus de l'hexagone sont souvent partiellement compris, peu appropriés, voire perçus comme extérieurs à la réalité locale. Le CESE souligne l'importance de concevoir et diffuser des campagnes de communication en santé publique adaptées aux réalités locales, dans les langues et registres culturels propres à chaque territoire (créole, shimaoré, tahitien, bushinengué, drehu...), s'appuyant sur des relais locaux tels que les associations, les médias communautaires et les professionnels de terrain. Cette approche contextualisée renforce la « littératie » en santé, favorise l'adhésion sociale et améliore l'impact réel des politiques de prévention auprès des populations concernées.

Par cet avis, le CESE souhaite impulser une mobilisation autour d'une ambition : faire en sorte que chaque citoyenne et chaque citoyen, quel que soit son territoire de vie, bénéficie d'un système de santé moderne, efficace, accessible, solidaire et résilient.

L'égalité de traitement, principe fondamental de la République, impose d'agir sans délai pour réduire les écarts constatés et garantir aux Outre-mer les moyens d'atteindre les plus hauts niveaux de santé.

Click or tap here to enter text.

Annexes

Annexes

N°1 COMPOSITION DE LA DELEGATION AUX OUTRE-MER A LA DATE DU VOTE

☐	Président
✓	Eric LEUNG
☐	Vice-Président
✓	Alain ANDRE
☐	Vice-Présidente
✓	Nadine HAFIDOU
☐	Alternatives sociales et écologiques
✓	Marie-Pierre CALMELS
☐	Agir autrement pour l'innovation sociale et environnementale
✓	Sabine ROUX de BEZIEUX
☐	Agriculture
✓	Pascal FEREY
✓	Marion PISANI
☐	Associations
✓	Jean-Marc BOIVIN
✓	Marie-Claire MARTEL
✓	Benoît MIRIBEL
☐	CFDT
✓	Pascal GUIHENEUF
✓	Jean-Yves LAUTRIDOU
☐	CFE-CGC
✓	Véronique BIARNAIX-ROCHE
✓	Valérie GAYTE
☐	CGT
✓	Dominique GALLET
✓	Alain LE CORRE
☐	CGT-FO
✓	Alain ANDRE
✓	Christine MAROT
☐	Coopération
✓	Marie-Noëlle LIENEMANN
☐	Entreprises
✓	Danielle DUBRAC
✓	Nadine HAFIDOU
✓	Elisabeth TOME-GERTHEINRICH
☐	Environnement et nature
✓	Maud LELIEVRE

☐	Familles
✓	Bernard DESBROSSES
☐	Outre-mer
✓	Inès BOUCHAUT-CHOISY
✓	Yannick CAMBRAY
✓	Eric LEUNG
✓	Pierre MARIE-JOSEPH
✓	Ghislaine ARLIE (suppléante)
✓	Sarah MOUHOUSSEUNE (suppléante)
✓	Hélène SIRDER (suppléante)
✓	Tu YAN (suppléant)

N°2 LISTE DES AUDITIONNÉS

Personnes auditionnées

- ✓ **M. Arnauld GAUTHIER**
Sous-directeur de l'appui au pilotage et des ressources de la Direction générale de l'Offre de soins
- ✓ **Mme Marie BAVILLE**
Cheffe de service, cheffe du centre de crises sanitaires de la Direction générale de la Santé
- ✓ **Mme Chantal GUILHAUME**
Cheffe du bureau Affaires européennes, internationales et ultra-marines de la Direction générale de la Santé
- ✓ **Mme Christine SCHIBLER**
Déléguee générale de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
- ✓ **Mme Zaynab RIET**
Déléguee générale de la Fédération hospitalière de France (FHF)
- ✓ **M. Augustin HERAULT**
Directeur de cabinet du président de la Fédération hospitalière de France (FHF)
- ✓ **Mme Tiphaine TOKPAN**
Déléguee régionale de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP Océan Indien, Réunion et Mayotte)
- ✓ **M. Nelson TECHER**
Secrétaire régional CGT-FO de la Fédération Force ouvrière des personnels des services publics et des services de santé
- ✓ **M. Willy FLEURIS**
Membre du conseil fédéral CFTC, Syndicat Départemental CFTC Santé Sociaux à La Réunion
- ✓ **M. Frédéric CHRISTELLE**
Membre du Bureau National et Secrétaire Général Adjoint de la fédération et Secrétaire de l'Union Départementale de la Santé de La Réunion de la Fédération UNSA Santé et Sociaux
- ✓ **M. Rony TILLE**
Secrétaire général CGTG-CHU de Guadeloupe
- ✓ **M. Philippe BELAIR**
Secrétaire général CGTG - Santé Guadeloupe

- ✓ **Mme Sophie PERDRIAU**
Chargée de mission DROM-COM de la Fédération CFDT santé-sociaux
- ✓ **M. Expedit LOKFAT**
Secrétaire Général du Syndicat Santé-Sociaux et Secrétaire Général de l'Union Interprofessionnelle de La Réunion
- ✓ **M. Georges DOS SANTOS**
Docteur en médecine - virologue au CHU de la Martinique, vice-président national du Syndicat National des Scientifiques Hospitaliers (SNSH) affilié à la CFE-CGC
- ✓ **M. David ZOBDA**
Président de la société Développement Économique et Foncier d'Investissement d'Avenir (D.E.F.I.A.)
- ✓ **M. Fabrice BIROTA**
Administrateur de la société Développement Économique et Foncier d'Investissement d'Avenir (D.E.F.I.A.)
- ✓ **M. Max TANIC**
Directeur Général de la société Développement Économique et Foncier d'Investissement d'Avenir (D.E.F.I.A.)
- ✓ **M. Giovanni GUILLAUME**
Chargé d'Affaires Biotech-Santé & Lead Développement chez Caribioparc
- ✓ **M. Jérôme LE BRIERE**
Directeur général du CHU de Martinique
- ✓ **M. François ROQUES**
Président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) du CHU de Martinique
- ✓ **M. Christophe DELIGNY**
Maître de conférences des universités – praticien hospitalier à l'UFR Santé des Antilles, Chef de service au Centre de référence des maladies auto-immunes et auto-inflammatoires systémiques rares (CUMULUSS) au CHU de Martinique.
- ✓ **M. Maturin TABUE TEGUO**
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier chef de Pôle Gériatrie - Gérontologie, CHU de Martinique
- ✓ **M. José-Luis BARNAY**
Médecin de rééducation au CHU de Martinique
- ✓ **M. Yvon PACQUIT**
Président du conseil de surveillance du CHU de Martinique
- ✓ **Mme Sylvie ABEL**
Infectiologue au CHU de Martinique

Annexes

- ✓ **M. Éric ROLLO**
Directeur des Affaires Médicales au CHU de Martinique
- ✓ **Mme Audrey THALY-BARDOL**
Conseillère exécutive Santé de la Collectivité territoriale de la Martinique
- ✓ **Mme Camille RESID**
Directrice générale adjointe Santé Prévention Sports de la Collectivité territoriale de la Martinique

Entretiens

- ✓ **M. Claude MARODON**
Président de l'Ordre des pharmaciens de La Réunion du Conseil régional de l'Ordre des pharmaciens - Océan Indien
- ✓ **Mme Christine KOWALCZYK**
Médecin traitant et présidente de l'Union régionale des médecins libéraux de l'océan Indien
- ✓ **Mme Hani TERIIPAIA**
Directrice générale du Centre Hospitalier de la Polynésie française (CHPF)
- ✓ **M. Alexis GOUBERT**
Directeur Général Adjoint en charge de la stratégie, de la performance hospitalière et de la communication au Centre Hospitalier de la Polynésie française (CHPF)
- ✓ **M. Gérard COTELLON**
Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de La Réunion
- ✓ **Mme Inès LOBO DE SOUSA**
Directrice de l'Animation Territoriale et Parcours de Santé de l'Agence Régionale de Santé de La Réunion
- ✓ **Mme Stelly CHOPINET-DIJOUX**
Chargée de mission Nutrition, sport, santé, Obésité, Diabète de l'Agence Régionale de Santé de La Réunion
- ✓ **Mme Aude D'ABBADIE**
Directrice du Groupe hospitalier privé les Flamboyants à La Réunion
- ✓ **M. Farid KARIM**
Professeur - Médecin nucléaire au CHU de la Martinique
- ✓ **Mme Alix D'ABADIE**
Chargée de Développement, coopération et relations externes Institut caribéen d'Imagerie Nucléaire (ICIN) au CHU de Martinique

- ✓ **M. Christophe PEYREFITTE**
Directeur de l'Institut Pasteur de Guyane
- ✓ **Mme Alima MARIE-MALIKITÉ**
Directrice de cabinet chez Santé publique France
- ✓ **M. Didier CHE**
Directeur - Direction des régions chez Santé publique France
- ✓ **Mme Ami YAMADA**
Adjointe au directeur - Direction des régions chez Santé publique France
- ✓ **M. Laurent FILLEUL**
Délégué régional - Direction des régions chez Santé publique France
- ✓ **M. Vianney COSTEMALLE**
Adjoint au chef du bureau État de santé de la population à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
- ✓ **M. Benoît OURLIAC**
Sous-directeur de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie
- ✓ **M. Henri VACHER-COPONAT**
Président de la Commission Médicale d'Établissement au CHU de La Réunion et Chef de service de néphrologie
- ✓ **M. Blandine GATTA-CHERIFI**
Secrétaire Générale de la Société française d'endocrinologie et Secrétaire Générale du Service d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques au CHU de Lyon – Hôpital Louis Pradel
- ✓ **Mme Nathalie LE MOULLEC**
Représentante de la Société française d'endocrinologie à La Réunion
- ✓ **Mme Fritz-Line VELAYOUDOM**
Représentante de la Société française d'endocrinologie aux Antilles
- ✓ **Mme Matilite TALI**
Présidente du Comité Consultatif Economique et Social de Wallis-et-Futuna
- ✓ **M. Setefano VANAI**
Membre du Comité Consultatif Economique et Social de Wallis-et-Futuna en qualité de représentant du syndicat Force Ouvrière
- ✓ **M. Jean-Michel BEAUMARCHAIS**
Directeur par intérim du centre hospitalier de Mayotte
- ✓ **M. Thierry PELOURDEAU**
Président de la commission médicale d'établissement (CME) du Centre Hospitalier de Mayotte

Annexes

- ✓ **Mme Laetitia LAVALEE**
Directrice des ressources humaines du Centre Hospitalier de Mayotte
- ✓ **Mme Jeanne Emérante DEFOI**
Présidente de France Assos Santé Martinique
- ✓ **Mme Carmen FALL**
Vice-Présidente France Assos Santé Martinique, Familles Rurales Fédération de Martinique
- ✓ **Mme Vincianne WELTER**
Coordinatrice régionale Martinique de France Assos Santé
- ✓ **Mme Antufaty HAFIDHOU**
Présidente de France Assos Santé de Mayotte
- ✓ **M. Sylvain FERNANDEZ-CURIE**
Coordinateur national de France Assos Santé
- ✓ **Mme Géraldine DOMINGO**
Coordinatrice de France Assos Santé de Guyane
- ✓ **M. Franck DEVULDER**
Président de la Confédération des Syndicats Médicaux français
- ✓ **M. Ahmed EL-BAHRI**
Directeur Général du CHU de Guyane
- ✓ **M. Elhad MOHAMADI**
Médecin fondateur d'une maison de santé à Ouangani, Mayotte
- ✓ **M. Laurent LEGENDART**
Directeur général de l'ARS de Guadeloupe, Saint-Barthélemy et Saint-Martin
- ✓ **M. Cédric MERCADAL**
Ministre de la santé du gouvernement local de la Polynésie française
- ✓ **Mme Raihei ANSQUER**
Conseillère technique auprès du ministre de la santé, en charge de la prévention et de la protection sociale généralisée
- ✓ **M. Bruno ANDRÉ**
Préfet de la Collectivité de Saint Pierre et Miquelon
- ✓ **M. Pascal GODEFROY**
Directeur de l'agence territoriale de santé de Saint-Pierre-et-Miquelon
- ✓ **M. Mickaël MORISSEAU**
Directeur du Centre Hospitalier François Dunan de Saint-Pierre-et-Miquelon

- ✓ **Mme Caroline MEJEAN**
Présidente du collège d'expert Alimentation et nutrition dans les départements et régions d'Outre-mer de l'INRAE
- ✓ **Mme Sandrine NOAH**
Directrice générale adjointe de l'Agence régionale de santé (ARS) de Mayotte
- ✓ **Mme Emilia HAVEZ**
Sous-directrice des politiques internationales, sociales et agricoles de la Direction générale des Outre-mer (DGOM)
- ✓ **Mme Corinne LOCATELLI-JOUANS**
Adjointe au chef du Bureau de la cohésion sociale, de la santé, de l'enseignement et de la culture (BCSSEC) de la Direction générale des Outre-mer (DGOM)
- ✓ **Mme Edwige DUCLEY**
Directrice de projet chargée de la coordination du Plan chlordécone IV de la Direction générale des Outre-mer (DGOM)
- ✓ **M. Antoine CREMER**
Médecin en Cardiologie et maladies vasculaires de l'Hôpital Saint-André - CHU de Bordeaux
- ✓ **M. Maxime CURNOT**
Cardiologue et épidémiologiste à l'unité INSERM DETROI (Diabète, Athérombose, Thérapies Réunion Océan Indien) rattachée à l'Université de la Réunion
- ✓ **M. Jean-François DELFRAISSY**
Président du Comité consultatif national d'éthique
- ✓ **M. Emmanuel ANTOK**
Chef de pôle Urgences - Réanimation au CHU Sud Réunion
- ✓ **M. Christophe MENARD**
Directeur des Instituts de Formation des Ambulanciers du CHU de la Réunion
- ✓ **M. Norbert IFRAH**
Président de l'Institut national du cancer
- ✓ **M. Nicolas SCOTTE**
Directeur général de l'Institut national du cancer
- ✓ **M. Jérôme VIGUIER**
Conseiller du Président et du Directeur Général de l'Institut national du cancer
- ✓ **M. Claude GAMBEY**
Ministre chargé de la santé du gouvernement local de Nouvelle-Calédonie

Annexes

- ✓ **M. Jean-Claude ATHEA**
Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS), collaborateur santé du cabinet du ministre chargé de la santé du gouvernement local de Nouvelle-Calédonie
- ✓ **Mme Maiana BAMBRIDGE**
Présidente du Conseil économique, social, environnemental et culturel (CESEC) de Polynésie française
- ✓ **Mme Alexa BONNETTE**
Secrétaire générale du Conseil économique, social, environnemental et culturel (CESEC) de Polynésie française
- ✓ **M. Lionel COLLET**
Président de la Haute Autorité de santé
- ✓ **M. Jacques-Olivier DAUBERTON**
Médecin et conseiller technique du Président de la Haute Autorité de santé
- ✓ **Mme Angélique KHALED**
Directrice de la Qualité de l'accompagnement social et médico-social de la Haute Autorité de santé
- ✓ **M. Patrick MECHAIN**
Chef du Service Certification des établissements de santé de la Haute Autorité de santé
- ✓ **M. Erick Jean-Daniel SINGAÏNY**
Psychologue clinicien

N°3 UN ETAT DES ENJEUX DE SANTE TERRITOIRE PAR TERRITOIRE

Les études de territoire présentées ci-dessous visent à établir un état des lieux territorialisé des grands enjeux de santé publique en Outre-mer : état de santé de la population ; offre de soins ; accès aux soins ; spécificités locales. Elles s'appuient sur les diagnostics territoriaux des projets de santé élaborés par les Agences régionales de santé et le cas échéant sur les stratégies de santé des gouvernements locaux.

Martinique

La santé en Martinique est confrontée à un cumul de défis sanitaires : vieillissement, maladies chroniques, inégalités d'accès aux soins. L'île connaît une évolution démographique rapide marquée par un important vieillissement de la population. En 2050, elle deviendra la collectivité territoriale la plus âgée de France. La part des personnes âgées de 65 ans et plus continuera de croître pour atteindre 42,3 % de la population en 2050, contre 16,9 % en 2013¹⁹³. Si la population continue de vieillir, l'offre de places en institution reste limitée. Un rapport sénatorial de 2023 met en avant des taux d'équipement nettement plus faibles en Martinique que ceux relevés au niveau national : la Martinique compte ainsi 49 places en hébergements et 45 places en lits médicalisés pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Dans les structures non EHPAD (places en non EHPAD, logements de résidences-autonomie, places en unités de soins longue durée), le nombre de places s'élève à 7,5 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, contre 23,3 au niveau national¹⁹⁴. La délégation sénatoriale aux Outre-mer a par ailleurs fait état d'un parc d'EHPAD vieillissant, avec des établissements vétustes, ne répondant pas aux normes en vigueur. Certains EHPAD ont encore des chambres collectives (jusqu'à quatre lits) et des bâtiments inadaptés au climat tropical qui nécessitent un entretien coûteux. Le taux d'équipement en places dans les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) est également très en dessous par rapport aux besoins : 13 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2017¹⁹⁵.

L'Observatoire régional de la santé Martinique souligne la progression des maladies chroniques, l'obésité et la surcharge pondérale, ainsi que la part importante de diabète de type 2. La Martinique connaît d'important problèmes d'obésité et de surpoids avec une tendance à la hausse comme le décrit l'INSEE¹⁹⁶. En 2019, 53 % des 15 ans ou plus sur le territoire sont en surpoids dont 20 % en

193 Deroche Catherine, Féret Corinne, Guidez Jocelyne, Mélot Colette, Mouiller Philippe. *Le vieillissement de la population en Martinique*, Sénat, Rapport d'information n° 658 (2022-2023), déposé le 31 mai 2023

194 STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social (STATISS) - Antilles-Guyane 2023 | Agence régionale de santé Martinique

195 Deroche Catherine, Féret Corinne, Guidez Jocelyne, Mélot Colette, Mouiller Philippe. *Le vieillissement de la population en Martinique*, Sénat, Rapport d'information n° 658 (2022-2023), déposé le 31 mai 2023

196 Un tiers des Martiniquais sont limités dans leurs activités pour raison de santé en 2019 - *Insee Analyses Martinique* - 46

situation d'obésité, contre respectivement 47 % et 14 % dans hexagone. La tendance est à la hausse depuis 2014. Contrairement à la France hexagonale, les femmes sont plus touchées par l'obésité que les hommes, surtout les moins diplômées : 25 % des femmes contre 13 % des hommes. Les causes sont en partie liées aux habitudes alimentaires des populations éloignées des recommandations faites par le Programme national nutrition santé (PNNS), d'une part, et, d'autre part, un mode de vie particulièrement sédentaire. En effet, seulement un quart des martiniquais consommaient selon l'étude Kannari de 2013¹⁹⁷ au moins 400 g de fruits et légumes frais par jour. Les déplacements domicile-travail se font très majoritairement en voitures et seulement 17 % des 15 ans ou plus pratiquaient en 2019 les trente minutes de sport quotidiennes préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé. La Martinique connaît une forte prévalence des maladies chroniques notamment le diabète de type 2 et l'hypertension artérielle. L'étude ENTRED 3 publiée en 2022 par Santé publique France indique en particulier une forte prévalence du diabète de type 2. En 2021, 9,5 % des répondants déclaraient en être atteints, contre 5,7 % dans l'hexagone. Le taux de diabète pharmacologiquement traité est 1,5 fois plus élevé qu'en moyenne nationale. Les complications sont également plus fréquentes : les hospitalisations pour amputations et pour insuffisance rénale terminale chronique sont respectivement 1,5 et 2 fois plus fréquentes qu'en hexagone¹⁹⁸.

Le recours aux soins spécialisés reste insuffisant : si 93 % des patients consultent un médecin généraliste annuellement, seuls 19 % voient un endocrinologue, malgré une forte prévalence de la maladie diabétique¹⁹⁹. En parallèle, 37 % des patients recourent à des tisanes, traduisant une persistance de pratiques de médecine traditionnelle. Le dialogue médical en créole (22 %) souligne aussi la nécessité d'un accompagnement adapté sur le plan linguistique et culturel. La Martinique comptabilise 28 établissements de soins publics et privés en 2022²⁰⁰. En 2023, la densité des médecins spécialistes et généralistes s'élevait à 332 médecins pour 100 000 habitants²⁰¹. Elle se rapproche de la moyenne nationale qui est de 339 médecins pour 100 000 habitants²⁰². Par ailleurs, la densité de médecins généralistes a progressé de 6,2 %²⁰³ sur 15 ans. Toutefois, ces indicateurs sont contrastés : en 2020, la Martinique était fortement touchée par la sous-densité médicale et arrivait en

¹⁹⁷ Neller N., Merle S. *Diabète. Résultats de l'enquête Kannari Martinique. Lamentin : observatoire régional de la santé Martinique*, 2017

¹⁹⁸ Fosse-Edorh S., Lavalette C., Piffaretti C., Saboni L., Bessonneau P., Mandereau-Bruno L., et al. (2023). 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*, (20–21), 412–423. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/20-21/2023_20-21_1.html

¹⁹⁹ Fosse-Edorh S., Lavalette C., Piffaretti C., Saboni L., Bessonneau P., Mandereau-Bruno L., et al. (2023). 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*, (20–21), 412–423. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/20-21/2023_20-21_1.html

²⁰⁰ *STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social (STATISS)* - Antilles-Guyane 2023 | Agence régionale de santé Martinique

²⁰¹ Densité des médecins spécialistes et généralistes - Pour 100.000 habitants - Martinique | Insee

²⁰² Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2023 | Insee

²⁰³ Postollec J., « Déserts médicaux : y a-t-il assez de médecins généralistes Outre-mer ? » *Outre-mer la 1ère*, 25 avril 2025, <https://la1ere.franceinfo.fr/deserts-medicaux-y-a-t-il-assez-de-medecins-generalistes-outre-mer-1581287.html>.

seconde position avec 18 % de la population vivant en zone de sous-densité médicale en 2019, suivie par la Guadeloupe avec 17,5 %²⁰⁴.

A ce constat s'ajoutent des inégalités socio-économiques pesant lourdement sur la santé. Le contexte socio-économique difficile amplifie les vulnérabilités. Le taux de chômage est de 18 %, soit le double de la moyenne nationale, et 21 % de la population est concernée par la pauvreté²⁰⁵. 24 % des martiniquais bénéficiaient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2015, contre 7 % au niveau national. Ces inégalités sociales se traduisent par des écarts importants en matière d'accès aux soins, d'alimentation, d'activité physique et de prise en charge. Elles influencent également la santé périnatale : les professionnels de terrain s'interrogent sur la santé des femmes enceintes en situation précaire qui cumulent des conditions de logement souvent dégradées, l'isolement social et les obstacles à l'accès aux soins, augmentant ainsi les risques pour leur santé et celle de leur enfant.

Guadeloupe

L'importance des maladies chroniques (diabète, obésité, hypertension artérielle) constitue un enjeu de santé publique majeur en Guadeloupe. Certaines d'entre elles majorent les risques de comorbidités susceptibles de réduire la survie des personnes atteintes d'un cancer. Une part considérable de la population souffre de diabète et d'hypertension artérielle. En 2021, 12 % en population adulte déclarait un diabète connu, soit deux fois plus que dans l'hexagone²⁰⁶. La survenue de complications graves y est aussi beaucoup plus fréquente. Par exemple, en population diabétique, les hospitalisations pour insuffisance rénale chronique terminale sont 1,3 fois plus fréquentes en Guadeloupe. L'hypertension déclarée était de 29,9 % contre 20 % en moyenne nationale²⁰⁷. C'est le deuxième département français le plus touché par la mortalité prématurée liée aux maladies cardio-vasculaires, après La Réunion. Ce type de mortalité est par ailleurs plus marqué chez les femmes dans l'archipel. En 2019, 30 % de la population de 15 ans et plus se déclarait « limitée » depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé dans ses activités habituelles, dont 11 % se disait « très limitée »²⁰⁸. C'est 5 points de plus que la moyenne nationale. Selon l'enquête Santé DOM 2019, 14,2 % se déclarent en « mauvaise santé »²⁰⁹.

204 Errami M., « La Guyane, La Martinique et la Guadeloupe territoires les plus touchés par les déserts médicaux en 2018 ». *Outre-mer la 1ère*, 14 février 2020, <https://la1ere.franceinfo.fr/guyane-martinique-guadeloupe-territoires-plus-touche-deserts-medicaux-2018-800309.html>.

205 Merle S., Neller, N. *Les grands enjeux de santé publique sur le territoire de la Martinique. La Santé en Action*, (451), 6-8. Santé publique France, 2020.

206 Hernandez H, Piffaretti C, Gautier A, Cosson E, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète connu dans 4 départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion. Résultats du Baromètre de Santé publique France de 2021. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 2023;(20-21):424-31. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/20-21/2023_20-21_2.html

207 Olié V, Gabet A, Grave C, Gautier A, Blacher J. Prévalence de l'hypertension artérielle déclarée dans les départements et régions d'outre-mer. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 2023;(8):138-47. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/8/2023_8_2.html

208 Trois Guadeloupéens sur 10 ont renoncé ou retardé des soins en 2019 - *Insee Analyses Guadeloupe* - 50

209 Drees-Insee, Enquête Santé Dom, EHIS, 2019.

La prévalence des maladies chroniques et de la mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires est à mettre en lien avec l'importance prise par la surcharge pondérale qui concerne 57 % des guadeloupéennes et des guadeloupéens. En 2019, ils étaient 19 % en situation d'obésité, en particulier les femmes (23 %). Ce constat est également marqué à Saint-Martin chez les enfants où 26,3 % sont en situation de surcharge pondérale (12,6 % en Guadeloupe)²¹⁰. La précarité et un mode de vie sédentaire participent grandement à cette situation. Les contraintes économiques liées au pouvoir d'achat conduisent à privilégier des aliments peu coûteux dont la qualité nutritionnelle est moindre. En 2019, seuls 18 % des guadeloupéens effectuent au moins trente minutes d'activité physique quotidienne²¹¹.

L'exposition au chlordécone est un problème majeur de santé publique. Une évaluation des risques réalisée à la fin de l'année 2022 par l'Anses compare les valeurs toxicologiques de référence (VTR), aux données de chlordéconémie (concentration de chlordécone dans le sang) et d'exposition par voie alimentaire issues de l'étude Kannari (2013-2014) : 95 % de la population adulte guadeloupéenne présentant des chlordéconémies dépassant la limite de détection (0,02 µg L⁻¹). 14 % d'entre eux présentent des concentrations supérieures à la VTR chronique interne²¹². L'exposition prolongée au chlordécone est associée à un risque accru de développement de certains cancers, en particulier le cancer de la prostate selon les résultats du programme de recherche Karuprostate, conduite par l'INSERM et le CHU de Pointe-à-Pitre²¹³. Ainsi, les hommes les plus exposés présentaient un risque accru de 50 à 80 % de développer ce type de cancer. Par ailleurs, les résultats d'une étude de l'INSERM sur l'impact de l'exposition prénatale et postnatale au chlordécone sur le développement des nourrissons révèlent les effets négatifs de ce pesticide sur le développement cognitif et moteur des nourrissons²¹⁴. En effet, l'exposition prénatale au chlordécone a été significativement associée à une diminution des indicateurs de développement cognitif précoce. Elle est également liée à des performances plus faibles de motricité fine chez les jeunes enfants. L'exposition postnatale, estimée à partir de la consommation de denrées alimentaires contaminées, a été significativement liée à un ralentissement du développement de la mémoire visuelle.

Malgré une offre de soins développée, les inégalités d'accès restent importantes. La densité médicale s'élève à 319 médecins pour 100 000 habitants en 2023²¹⁵. En 2022, l'archipel comptait 38 établissements de santé actifs, soit une offre supérieure à celle de la Martinique (28), ou de la Guyane (16)²¹⁶. La densité de

210 Agence Régionale de Santé de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, Cadre d'Orientation Stratégique 2018-2028

211 Drees-Insee, *Enquête Santé Dom*, EHIS, 2019.

212 « Chlordécone aux Antilles : des pratiques efficaces existent pour réduire l'exposition alimentaire ». Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, 6 décembre 2022, <https://www.anses.fr/fr/chlordecone-antilles-aliments-risques-2022>.

213 https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2010/06/cp_multigner_blanchet_22062010_der.pdf

214 <https://presse.inserm.fr/impact-de-lexposition-au-chlordecone-sur-le-developpement-des-nourrissons/3624/>

215 Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2023 | Insee

216 STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social (STATISS) - Antilles-Guyane 2023 | Agence régionale de santé Martinique

médecins généralistes s'élève à 150 médecins généralistes pour 100 000 habitants²¹⁷, au niveau de la moyenne nationale qui est de 147²¹⁸. A l'instar de la Martinique, la Guadeloupe a vu son nombre de praticiens augmenter en 15 ans. Toutefois, cette densité masque d'importantes inégalités d'accès aux soins, notamment liées à la répartition géographique des professionnels de santé, aux délais d'attente, et à des difficultés financières persistantes parmi la population. L'enquête Santé DOM 2019, publiée en septembre 2021 par l'INSEE et la DREES, révèle que trois guadeloupéens sur 10 ont retardé ou renoncé à un soin médical en raison de délais d'attente trop longs, de coûts trop élevés, de difficultés de transport ou d'absence de médecins spécialistes. 17 % d'entre eux, soit un guadeloupéen sur 6, a dû renoncer à des soins au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières, contre 14 % au niveau national (hors renoncement pour des soins optiques ou auditifs)²¹⁹. Le renoncement financier concerne principalement les soins dentaires. Cette problématique est aggravée par une pauvreté structurelle : 34,5 % de la population vit sous le seuil de pauvreté et le taux de chômage atteint 15,7 % en 2025²²⁰. Les chômeurs, les familles monoparentales et les ménages jeunes sont particulièrement touchés. Cette précarité nuit directement à la santé de la population, limitant l'accès aux traitements, aux consultations spécialisées, ainsi qu'aux démarches de prévention.

L'état de la santé mentale se dégrade. En 2023, les services d'urgence ont vu augmenter le nombre de passages liés à des gestes suicidaires : 241 cas recensés représentant une augmentation de 3,4 % par rapport à 2022²²¹. Cette aggravation concerne aussi les gestes auto-infligés incluant blessures volontaires sans intention immédiate de mourir. En 2023, la Guadeloupe a recensé un taux de 26 hospitalisations pour 100 000 habitants, 16,9 % de plus par rapport à l'année précédente. Le suicide restant un sujet largement tabou dans l'archipel, il est très souvent sous-déclaré. Le constat est notamment inquiétant chez les jeunes. Selon l'enquête Baromètre santé DOM 2019 (Santé publique France), les jeunes guadeloupéens présentent une prévalence accrue de troubles anxieux et dépressifs (près de 20 %), corrélée à des déterminants sociaux défavorables tels que le chômage élevé et la pauvreté. Le rapport de l'ARS Guadeloupe (2022) souligne un déficit persistant d'offre en psychiatrie infant-juvénile, aggravant la prise en charge précoce.

La situation financière de la plupart des centres hospitaliers du territoire est critique car ils doivent assumer le poids financier d'activités difficiles à équilibrer, notamment du fait de territoires aux aires de recrutement limitées et aux volumétries de public à accompagner limitées²²².

217 Densité des médecins généralistes - Pour 100.000 habitants - Guadeloupe | Insee

218 Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2023 | Insee

219 Drees-Insee, Enquête Santé Dom, EHIS, 2019.

220 L'essentiel sur... la Guadeloupe | Insee

221 Bagassien E., Petit C., « Suicide en Guadeloupe : Une augmentation préoccupante des tentatives et des gestes suicidaires en 2023 ». *Guadeloupe la 1^{ère}*, 14 mai 2025,

<https://la1ere.franceinfo.fr/guadeloupe/suicide-en-guadeloupe-une-augmentation-preoccupante-des-tentatives-et-des-gestes-suicidaires-en-2023-1586345.html>.

222 Voir : *Cadre d'orientations stratégiques de ARS Guadeloupe, 2018-2028*

Saint-Barthélemy

Saint-Barthélemy dépend de l'Agence de santé de Guadeloupe pour l'organisation des soins. Le Projet Régional de Santé s'applique à l'ensemble de la région Guadeloupe, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy. Des objectifs spécifiques dédiés à Saint-Martin et Saint-Barthélemy ont été définis²²³.

L'île dispose d'un centre hospitalier Irénée de Bruyn, d'un EHPAD et d'un centre d'imagerie médicale réunis au sein d'un Groupement de coopération sanitaire. Conçu pour 10 000 habitants, l'hôpital accueille une population plus importante du fait de l'augmentation de l'activité économique et de la présence de nombreux saisonniers. 10 médecins généralistes exercent à Saint-Barthélemy (soit 99 praticiens pour 100 000 habitants (91 pour 100 000 habitants en Guadeloupe) et 17 spécialistes (soit 168 pour 100 000 habitants, pour 74 en Guadeloupe). La population est en vieillissement progressif, avec une part croissante de personnes âgées, ce qui influence les besoins en santé et en prévention. Les maladies cardiovasculaires, suivies des tumeurs et du diabète sont les premières causes d'admission en Affection longue durée (ALD). Le taux d'hospitalisation reste relativement stable, mais les évacuations sanitaires vers d'autres territoires (Saint-Martin, Guadeloupe) sont fréquentes en raison de l'offre de soins limitée sur place. **Une consultation citoyenne a été lancée en octobre 2024 par l'ARS Guadeloupe et la collectivité de Saint-Barthélemy pour recueillir les besoins de la population et orienter les politiques de santé**²²⁴. **Les résultats sont encore attendus.**

Les élus de la collectivité de Saint-Barthélemy plaident depuis de nombreuses années pour une modification du système de soins régionalisé et partagé avec la Guadeloupe et Saint-Martin. L'île de Saint-Barthélemy dispose d'une offre hospitalière et d'une offre de soins libérale, mais n'en est pas moins dépendante des territoires voisins pour la prise en charge des cas graves ou complexes. Dans ces conditions, il est procédé en moyenne à 200 évacuations sanitaires par an, pour un coût de 600 000 euros, dont plus de la moitié vers le centre

²²³ Les 7 orientations stratégiques du Cadre d'Orientation Stratégique 2018 - 2028 de l'ARS Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy doivent permettre de relever les défis auxquels les îles de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy sont confrontées, en visant les résultats suivants :

- Une diminution du risque de mortalité prématurée et une réduction de la mortalité infantile
 - Une baisse des complications des maladies chroniques (pied diabétique et amputations, retard dans le dépistage du cancer, obésité, maladies cardio-vasculaires)
 - Des risques sanitaires et environnementaux (maladies vectorielles etc.) maîtrisés
 - Un accès équitable aux soins et à la prévention, quelle que soit sa situation géographique ou sociale
 - Des prises en charge pluridisciplinaires et coordonnées autour des personnes, notamment les plus fragiles.
- Saint Martin et Saint Barthélemy à mettre en œuvre sur les dix prochaines années (2018-2028) :

1. Développer une offre pour tous tournée vers la prévention et la promotion de la santé
2. Favoriser une offre de santé soutenant les soins de proximité pour réduire les inégalités d'accès
3. Renforcer la performance du système de santé et les innovations en vue de garantir la qualité, la sécurité des soins et l'efficacité des prises en charge
4. Créer les conditions d'un environnement favorable à la santé en vue de garantir la qualité, la sécurité des soins et l'efficacité des prises en charge
5. Coordonner l'ensemble des acteurs autour de parcours de santé prioritaires
6. Assurer le développement d'une culture de dialogue citoyen pour renforcer la démocratie en santé
7. Renforcer la coopération DOM / COM et la coopération caribéenne

²²⁴ <https://outremers360.com/bassin-atlantique-appli/saint-barthelemy-lance-une-consultation-citoyenne-sur-les-besoins-en-sante>

hospitalier de Saint-Martin. La sénatrice Mme Micheline Jacques, a déposé une proposition de loi visant à permettre à la collectivité de Saint-Barthélemy de participer, sous le contrôle de l'État, à l'exercice de ses compétences en matière de sécurité sociale et de financement des établissements de santé. La caisse de prévoyance sociale de Saint-Barthélemy pourrait disposer de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, à l'instar d'une Caisse générale de sécurité sociale. Le pilotage des surcoûts de fonctionnement de l'hôpital pourra alors lui être confié en vue de garantir la continuité des soins, en plus des missions de gestion des prestations qu'elle assure d'ores et déjà.

Saint-Martin

L'île de Saint-Martin se caractérise par son relatif isolement face à des événements climatiques extrêmes, le développement du tourisme et l'importance des populations saisonnières. L'objectif premier est de faire face à une catastrophe naturelle dans un contexte d'isolement relatif. L'île est particulièrement sensible aux risques naturels (cyclones, séismes, inondations, éruptions volcaniques, mais également à l'invasion des côtes par les sargasses). Les ouragans Irma et Maria ont fortement endommagé l'offre de soins en 2017, ce qui a nécessité d'assurer sa reconstruction. Le coût de la reconstruction des différents établissements sanitaires et médico-sociaux de Saint-Martin et Saint-Barthélemy a été évalué à 5,1 millions d'euros après le passage d'Irma.

La population de l'île, particulièrement jeune, connaît une forte précarité économique et un accès aux droits sociaux rendu difficile pour la présence importante de populations migrantes. La problématique de l'obésité est particulièrement marquée à Saint-Martin où 26,3 % des enfants (contre 12,6 % en Guadeloupe) sont en situation de surcharge pondérale. Son taux de prévalence culmine à 33 % parmi la population adulte. Les femmes sont beaucoup plus touchées que les hommes (40 %, pour 24 %). Ce phénomène majeur constitue le lit d'autres maladies telles que l'hypertension artérielle (avec une prévalence estimée à 28 %) ou le diabète (8 % de la population, et 12 % des femmes). Les personnes en situation de précarité sont les plus exposées : la prévalence de l'hypertension artérielle est trois fois plus fréquente chez les personnes ayant interrompue leur scolarité au primaire par rapport à celles de niveau Bac. Concernant l'obésité, il y a deux fois plus de personnes souffrantes chez les sujets percevant les minimas sociaux que chez celles qui sont impossibles. La dengue est présente sur l'île de façon endémique et la population n'est pas immunisée contre le West-Nile et le Chikungunya.

Saint-Martin dispose d'un centre hospitalier Louis Constant Fleming d'une capacité de 90 lits. En 2022, 23 médecins libéraux, 61 infirmiers diplômés d'État libéral, 20 chirurgiens et 36 kinésithérapeutes étaient recensés sur l'île. Une clinique privée Wataki du groupe Maniukani doit ouvrir en 2025 proposant une offre de soins de suites et de réadaptation avec 30 lits dans une unité d'hospitalisation complète et 20 lits dans une unité d'hospitalisation de jour. Il existe également des structures médico-sociales (EPHAD, CMP, PMI). Des évacuations sanitaires (EVASAN) sont organisées par avion privé vers la Guadeloupe. Le centre hospitalier y consacre

chaque année une somme d'environ 2,5 millions d'euros. Un retard d'équipement est constaté depuis plusieurs années dans le secteur du handicap pour les îles de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy, conduisant à un programme de rattrapage et de développement accéléré de l'offre avec en perspective de mise en place d'un pôle médico-social pour les îles du Nord. Le découpage de l'île entre deux collectivités, l'une rattachée à la France, et l'autre autonome au sein des Pays-Bas, qui dispose d'un plus faible niveau de protection sociale, génère une attractivité de la partie française, essentiellement de l'hôpital et la PMI, et interroge l'ARS sur la pérennité de cette situation notamment au regard des moyens financiers n'ayant pas de contreparties financières entre les deux territoires.

Guyane

La Guyane fait face à des enjeux de santé publique très conséquents. Comme aux Antilles, elle connaît une forte prévalence de maladies chroniques et une importante précarité impactant l'accès aux soins. Sa densité de population faible (3,4 habitant/km²) cache une inégalité de répartition de la population sur le territoire, mais aussi de fortes inégalités dans l'accessibilité des soins et services de santé. La moitié de la population guyanaise est en surpoids ou en situation d'obésité selon l'enquête Santé Drom de 2019. 51 % des guyanais sont obèses ou en surpoids, dont 19 % en situation d'obésité. L'obésité touche un guyanais sur cinq²²⁵. Comme aux Antilles, celle-ci touche principalement les femmes (23 % des femmes contre 15 % des hommes). Passé 30 ans, six personnes sur dix sont en surpoids. C'est donc un facteur de risque répandu en Guyane et à l'origine des deux autres pathologies les plus répandues. En effet, celle-ci favorise l'hypertension artérielle et le diabète, très présents sur le territoire. En 2021, la prévalence du diabète connu s'élevait à 11,6 % en Guyane²²⁶. En 2019, 18 % des personnes de 15 ans ou plus souffraient d'hypertension artérielle. 34 % des personnes obèses ont de l'hypertension artérielle, contre 9,1 % des personnes sans surpoids.

L'environnement joue un rôle important sur la santé des habitants, particulièrement pour ceux vivant dans les communes de l'intérieur, le long des fleuves. Dans cette région, les activités d'orpaillage sont à l'origine d'une double pollution mercurielle, liée à la fois aux rejets de la forme élémentaire du métal (Hg⁰) et à l'érosion des sols anciens du bassin amazonien, naturellement riches en mercure inorganique (HgII). Malgré l'interdiction de ces activités, 15 tonnes de mercure seraient encore déversées dans les cours d'eau chaque année. La contamination humaine passe principalement par la consommation de produits de la pêche qui accumulent de fortes concentrations de mercure. En conséquence, les populations qui consomment ces poissons quotidiennement présentent des niveaux d'imprégnation supérieurs à la norme actuelle de 10 lg Hg/g. C'est le cas des populations amérindiennes vivant le

225 Drees-Insee, Enquête Santé Dom, EHIS, 2019.

226 Hernandez H, Piffaretti C, Gautier A, Cosson E, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète connu dans 4 départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion. Résultats du Baromètre de Santé publique France de 2021. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 2023;(20-21):424-31. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/20-21/2023_20-21_2.html

long des fleuves Maroni et Oyapock, mais aussi des populations des régions côtières défavorisées dont la pêche constitue un moyen de subsistance. Sont notamment les plus exposés, les habitants du Haut Maroni (Antecume-Pata) et du Haut Oyapock (Camopi), qui présentent les plus forts taux d'imprégnation²²⁷. La préoccupation majeure en termes de santé concerne le développement du fœtus en cas d'exposition de la femme enceinte. En effet, les études épidémiologiques chez les populations exposées en Guyane ont montré de légères baisses de performances sur les tests mesurant les fonctions cognitives²²⁸.

La Guyane est l'un des départements dont les indicateurs de santé périnatale sont les plus défavorables. Le suivi des grossesses est encore lacunaire, notamment en raison d'une déclaration tardive de l'état de grossesse, les femmes consultent trop souvent au-delà du 1^{er} trimestre. 15 % des femmes ont moins de 4 visites et dans 8 % des cas la surveillance de la grossesse est inconnue²²⁹. Ainsi, seul 35 % à 40 % des femmes ont bénéficié du niveau voulu de 7 visites au cours de la grossesse. La précarité et l'isolement constituent des facteurs négatifs de santé des mères et des enfants. Les femmes enceintes sont globalement plus jeunes et plus isolées que sur d'autres territoires. L'indice de précarité confirme aussi que globalement, les femmes enceintes ont une situation socio-économique moins avantageuse : la part des femmes « défavorisées » et « très défavorisées » est respectivement de 22,6 % et 16,1 % en Guyane, contre 3,9 % et 1,3 % en hexagone²³⁰.

Si la densité médicale augmente par rapport à il y a une dizaine d'années, elle reste en dessous de la moyenne nationale en 2023 : on comptabilisait alors 242 médecins pour 100 000 habitants en Guyane. L'offre médicale reste cependant suffisante sur le littoral. L'accès aux soins reste largement inégalitaire entre les villes du littoral où l'offre est concentrée (Cayenne, Kourou, Remire-Montjoly, Matoury), et les communes plus éloignées. L'offre des soins est insuffisante pour les populations vivant hors des bourgs de Saint-Laurent du Maroni, Saint-Georges de l'Oyapock, Mana, Sinnamary et Macouria. Les communes d'Awala-Yalimapo, Montsinéry-Tonnegrande, Apatou, Iracoubo, Ouanary, Regina et Roura ne possèdent pas de cabinets de médecine générale. Cette répartition du personnel médical présente de fortes disparités, notamment en termes de temps d'accès : sur la bande littorale, le temps d'accès moyen à un médecin généraliste est de neuf minutes en voiture tandis qu'en dehors des villes, il est considérablement plus long. 10 % de la population met plus de 24 minutes pour accéder au médecin généraliste le plus proche²³¹. Or, ce sont les populations les plus éloignées des centres-villes, souvent jeunes, inactives et sans diplôme qui disposent le moins de véhicules motorisés. Les populations de ces communes s'appuient notamment sur les services de consultations des Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS), structures spécifiques qui dispensent

227 Agence Régionale de Santé de Guyane, État des lieux en santé environnement, Rapport, 2023

228 Les chercheurs d'or et la pollution par le mercure en Guyane française : conséquences environnementales et sanitaires

229 Les inégalités de santé en Guyane : état des lieux et préconisations

230 Rapport de l'Enquête nationale périnatale 2021 en Guyane

231 [Dossier insee accès aux soins guyane novembre 2017.pdf](#)

des soins gratuitement. Un tiers des guyanais a dû retarder, voire renoncer à des soins pour des raisons financières, de délais, de transport ou d'absence de spécialistes. La principale cause de renoncement aux soins est financière avec 18 % de la population ayant renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois pour motifs économiques²³². En effet, la population guyanaise, comme dans d'autres territoires ultramarins, est davantage touchée par la pauvreté que l'hexagone. La moitié de la population vit avec moins de 1 010 euros par mois. En 2018, 29 % vivaient en situation de grande pauvreté²³³. Le principal renoncement financier concerne les soins dentaires (13 %), puis l'optique (12 %). Au total, 10 % de la population guyanaise renonce à des consultations ou examens médicaux pour raison financière.

Saint-Pierre-et-Miquelon

Saint-Pierre-et-Miquelon bénéficie d'un système de soins adapté et de qualité²³⁴. L'archipel est confronté à des enjeux de santé publique spécifiques liés à son isolement géographique et au vieillissement de sa population. L'accès aux soins est contraint par l'éloignement de l'hexagone et la faible densité médicale notamment de médecins spécialistes. Le Centre Hospitalier François Dunan assure une offre de soins médicaux et chirurgicaux diversifiée et de qualité, mais ne dispose pas de toutes les spécialités médicales faute de professionnels présents en continu. La prise en charge de certaines pathologies nécessite des évacuations sanitaires vers l'hexagone ou vers le Canada, notamment à Saint-Jean de Terre-Neuve. Le recours régulier aux évacuations médicales génère des coûts de transport importants et rend les parcours de soins plus complexes pour les patients. Le développement de la télémédecine s'est accéléré ces dernières années permettant notamment des consultations en dermatologie, en cardiologie ou encore en radiologie à distance.

La population vieillissante de l'archipel est confrontée à des pathologies chroniques fréquentes (diabète de type 2, obésité, hypertension artérielle et maladies cardiovasculaires). Des actions de prévention et de promotion de la santé sont régulièrement menées par la direction des Affaires sanitaires et sociales (DASS), en lien avec les acteurs associatifs et éducatifs. L'augmentation du nombre de personnes âgées entraîne des besoins en soins de longue durée, en suivi gériatrique, ainsi qu'en accompagnement social et médico-social. La prise en charge des personnes âgées dépendantes demeure un sujet de préoccupation, tant en matière d'hébergement que de maintien à domicile. De plus en plus de personnes vivent seules du fait du vieillissement. Il existe un EHPAD et des services de soins infirmiers à domicile. La Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) assure localement les missions de l'Assurance Maladie et de la branche famille, et joue un rôle central dans la coordination des soins et la couverture des dépenses de santé. La CPS a une convention avec l'établissement hospitalier canadien de Saint-Jean de Terre-Neuve. 80 % des malades évacués le sont vers le Canada dont 70 % vers Saint-Jean de

232 Un tiers des Guyanais ont retardé ou renoncé à un soin médical en 2019 - Insee Analyses Guyane - 52

233 29 % des Guyanais en situation de grande pauvreté en 2018 - Insee Analyses Guyane - 59

234 Voir : Plan stratégique Territorial de Santé (PSTS)

Terre-Neuve et 10 % vers Moncton (Nouveau Brunswick) et Halifax (Nouvelle Écosse). Les coopérations avec les CHU de Tours et de Rennes notamment permettent à la fois l'envoi de missions de spécialistes dans l'archipel et un accueil des malades dans l'hexagone. Il existe également un accord de prestation de services de santé entre le Centre Hospitalier François Dunan (CHFD) et le Newfoundland & Labrador Health Services (NLHS) de St-John's.

La Réunion

Le projet régional de santé 2023-2033 de La Réunion fait état des principaux enjeux de santé sur le territoire : prévalence des maladies chroniques, exposition tropicale aux risques sanitaires et environnementaux, inégalités dans l'offre de soins. Des enjeux à mettre en relation avec le vieillissement progressif de la population : un quart des habitants aura plus de 60 ans en 2050, soit deux fois plus qu'en 2013.

La Réunion est la région française la plus touchée par le diabète avec un habitant sur 10 concerné, soit 2 fois plus qu'au niveau national. En 2021, la prévalence du diabète connu s'élevait ainsi à 13,6 % en population adulte de 18 à 85 ans, selon les résultats du Baromètre de Santé publique France²³⁵. Le diabète traité est deux fois plus fréquent sur l'île qu'à l'échelle nationale. La maladie continue de croître avec une hausse de 3 % des cas chaque année depuis 2015 selon l'Observatoire régional de santé. Les complications et facteurs de risques associés à la maladie sont fréquents notamment l'obésité (28 %), le tabagisme quotidien (28 %) et des comportements alimentaires et nutritionnels éloignés des recommandations. De façon comparable aux autres DROM, la prévalence du diabète à La Réunion est à mettre en lien avec la part importante de personnes en situation de surpoids ou d'obésité. En effet, en 2021, 47 % des personnes de 18 à 85 ans étaient en surcharge pondérale sur le territoire²³⁶. Seuls 9 % des Réunionnais consomment au moins cinq portions de fruits et légumes par jour. De même, seulement 35 % de la population de l'île pratiquent une activité sportive de loisir hebdomadaire, soit dix points de moins que dans l'hexagone.

De manière générale, la part des maladies chroniques à La Réunion est relativement importante. En 2019, 39 % des réunionnais se déclaraient atteints d'une maladie chronique²³⁷. A âge égal, celles-ci sont plus fréquentes à La Réunion que dans l'hexagone, en particulier chez les seniors. 72 % des réunionnais de 65 ans ou plus déclarent souffrir d'une maladie chronique, soit 14 points de plus que parmi les habitants du même âge dans l'hexagone. Les maladies cardiovasculaires sont particulièrement importantes. Elles constituent l'une des premières causes de décès à La Réunion. En effet, un sur quatre est lié à une cause cardiaque ou circulatoire. Ces maladies qui épargnent encore les jeunes concernent principalement les personnes de plus de 50 ans : 36 % des personnes de 50 à 64 ans, et 57 % des 65 ans ou plus

235 Prévalence du diabète connu dans 4 départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion. Résultats du Baromètre de Santé publique France de 2021

236 Le diabète et les personnes diabétiques à La Réunion 2024 - ORS La Réunion

237 Drees-Insee, Enquête santé DOM, EHS, 2019.

souffrent de problèmes cardiovasculaires à La Réunion. Les troubles respiratoires sont aussi plus fréquents que dans l'hexagone et varient selon l'âge. L'asthme concerne principalement les jeunes adultes : 13 % des moins de 35 ans sont atteints, contre 10 % dans l'hexagone. En revanche, la bronchite chronique touche davantage les personnes âgées avec un taux de prévalence de 11 % chez les 65 ans et plus.

Les femmes déclarent davantage de maladies chroniques que les hommes : 42 % contre 35 %. Si elles sont en moyenne plus âgées à La Réunion, à âge égal, elles se disent davantage concernées par les maladies chroniques. Cinq réunionnaises sur dix souffrent de rhumatismes contre quatre réunionnais sur dix. 26 % des femmes souffrent de problèmes cardiovasculaires, contre 20 % des hommes. Elles sont notamment plus touchées par l'hypertension artérielle : 20 % des femmes contre 13 % hommes.

La Réunion est exposée aux maladies vectorielles spécifiques aux territoires tropicaux transmises par les moustiques (comme le chikungunya et la dengue) affectant 10 % de la population. A ce titre, une épidémie de chikungunya a touché l'île en 2025. Au 18 juin 2025, 54 242 cas de chikungunya ont été confirmés à La Réunion depuis le début de l'année, 2 836 passages aux urgences, 577 hospitalisations et 27 décès. Le chikungunya se manifeste par une fièvre d'apparition brutale, accompagnée par des douleurs articulaires sévères et invalidantes. En 2019, selon l'INSEE, 5 % de la population déclarait subir des séquelles du chikungunya qui a sévi auparavant de 2005 à 2006, première épidémie de cette ampleur sur l'île de La Réunion²³⁸. Les autorités sanitaires ont depuis renforcé les dispositifs de surveillance épidémiologique et les campagnes de prévention, notamment en sensibilisant la population aux gestes de protection contre les piqûres de moustiques (usage de répulsifs, destruction des gîtes larvaires, port de vêtements longs). Toutefois, malgré ces efforts, les conditions climatiques favorables à la prolifération des moustiques continuent de poser un défi majeur dans la lutte contre ces maladies.

L'offre de soins est satisfaisante à La Réunion. En 2023, la densité de médecins généralistes et spécialistes s'élevait à 364 médecins pour 100 000 habitants²³⁹. C'est donc au-dessus de la moyenne nationale de 339 médecins pour 100 000 habitants. En revanche, la densité de médecins spécialistes libéraux est inférieure à la moyenne nationale (63 à La Réunion contre 83 pour 100 000 habitants), particulièrement à l'Est de l'île où elle s'élève à 32 spécialistes libéraux pour 100 000 habitants²⁴⁰. En effet, la répartition de l'offre reste encore relativement inégale. L'Est de l'île reste nettement moins doté en professionnels médicaux libéraux²⁴¹, tandis que l'Ouest possède les plus fortes densités de professionnels médicaux selon l'Observatoire Régionale de Santé de La Réunion. A ce titre, à l'Est, on dénombre 197 professionnels médicaux pour 100 000 habitants, 370 à l'Ouest, 271 au Nord et

238 Un Réunionnais sur dix déclare être en mauvaise santé - *Insee Analyses Réunion* - 58

239 Densité des médecins spécialistes et généralistes - Pour 100.000 habitants - La Réunion | Insee

240 Agence Régionale de Santé de La Réunion, Projet régional de santé 2023-2033, Plaquette de présentation PRS 2023-2033.pdf

241 Médecins généralistes, médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, sage-femmes, pharmaciens

268 au Sud²⁴². Par ailleurs, l'ORS relève des disparités intercommunales importantes dans le Sud.

Mayotte

Plus jeune département français avec un âge moyen de 23 ans, Mayotte est marquée par une importante croissance démographique portée par une fécondité élevée (4,5 enfants par femme²⁴³) et une importante immigration. Cette dynamique s'accompagne de difficultés socio-économiques : Mayotte détient le taux de chômage le plus élevé de France, avec 37 % de la population active sans emploi²⁴⁴. L'île compte aussi 77,3 % d'habitants sous le seuil de pauvreté. Cette situation rend la population particulièrement vulnérable et entraîne d'importantes répercussions sur la santé physique et mentale dans un contexte où l'offre de soins reste largement déficitaire.

Les indicateurs de santé sont défavorables. Malgré une population particulièrement jeune, l'état de santé des mahoraises et mahorais est préoccupant. Les moins de 25 ans représentent 60 % de la population (contre 30 % au niveau national), tandis que les personnes âgées de 65 ans ou plus ne forment que 3 % (20 % dans l'hexagone). Pour autant, en 2019, 11 % des habitants de 15 ans ou plus se déclaraient en mauvaise ou très mauvaise santé, contre 7 % en hexagone. Cette dégradation, visible chez les jeunes, est particulièrement frappante chez les seniors : 5 % des 15-24 ans se disent en mauvaise santé et 47 % parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus²⁴⁵. L'effet du vieillissement sur l'état de santé est beaucoup plus marqué à Mayotte : les personnes les plus âgées sont plus limitées dans leurs activités quotidiennes que dans l'hexagone ou les autres DROM. Cette perception de l'état de santé plus dégradé se reflète aussi sur le taux de mortalité du territoire : à chaque âge, la mortalité constatée est plus élevée à Mayotte qu'en moyenne nationale. Ainsi, de 20 à 39 ans, il y a deux fois plus de décès pour 1 000 habitants que dans l'hexagone. L'autre indicateur révélateur est l'espérance de vie à la naissance qui est nettement plus faible à Mayotte : en 2018, il est de 74 ans pour les hommes, et 77 pour les femmes. Les femmes s'estiment en plus mauvaise santé : 18 % d'entre elles se déclarent limitées dans leurs activités quotidiennes en raison d'un problème de santé (contre 14 % des hommes). Elles sont également moins nombreuses à se déclarer en très bonne santé (25 %) que les hommes (32 %)²⁴⁶.

Mayotte est le département ultramarin le plus lourdement touché par des syndromes dépressifs. En 2019, 20 % de la population était concernée par ce trouble, en particulier les jeunes, les femmes et les personnes âgées²⁴⁷. L'état

242 OBServation TERRitoriale (OBSTER) - Portrait régional 2025 - ORS La Réunion

243 L'essentiel sur... Mayotte | Insee, octobre 2024

244 L'essentiel sur... Mayotte | Insee, octobre 2024

245 Près de la moitié des habitants de Mayotte ayant eu besoin d'un soin ont dû le reporter ou y renoncer - *Insee Analyses Mayotte* - 29

246 Drees-Irdes-Insee, Enquête santé DOM, EHIS, 2019

247 À Mayotte, des syndromes dépressifs deux fois plus fréquents qu'en métropole - *Insee Analyses Mayotte* - 31

dépressif y est deux fois plus répandu qu'à La Réunion, mais autant qu'en Guyane. L'état de santé physique dégradé, les conditions de vie et d'habitat souvent précaires constituent des facteurs de risque importants. 34 % des habitants déclarant être en mauvaise ou très mauvaise santé sont atteints de dépression, soit deux fois plus que ceux qui s'estiment être en bonne santé²⁴⁸. De plus, souffrir de douleurs physiques invalidantes augmente les risques d'être concerné par un état de santé mentale dégradé : 29 % des habitants souffrant de telles douleurs présentent un symptôme dépressif. Dans un contexte où les souffrances physiques sont nombreuses, la dépression y est plus répandue.

La situation socio-économique très difficile de nombreux foyers accentue les problèmes de santé. En effet, le niveau de vie, l'insertion sociale et l'activité professionnelle jouent sur l'état de santé. Les personnes sans emploi se perçoivent en plus mauvaise santé que les autres (13 % contre 5 %). 37 % de la population n'est pas couverte par la caisse locale de Sécurité sociale²⁴⁹. La précarité joue un rôle très important dans l'accès aux soins : seules 53 % des personnes très modestes ont consulté un médecin généraliste durant les douze derniers mois selon l'enquête Santé DOM 2019, et seulement 11 % un spécialiste, contre 70 % et 31 % chez les plus favorisés²⁵⁰. La question financière constitue le principal facteur de renoncement aux soins à Mayotte : 34 % des habitants ont déjà renoncé à des soins par manque de revenus²⁵¹.

L'offre de soins est largement déficitaire. La densité médicale est très faible : Mayotte comptabilisait en 2023, 89 médecins généralistes et spécialistes pour 100 000 habitants²⁵². La densité de médecin est ainsi quatre fois plus faible qu'en hexagone. Le taux de consultation est bien plus bas : seulement 60 % des habitants ont consulté un généraliste dans l'année (contre 85 % en hexagone), et 22 % ont consulté un dentiste (contre 57 %²⁵³). Près de la moitié des habitants de 15 ans ou plus ayant eu besoin d'un soin ou d'une consultation ont dû la reporter ou y renoncer, avant tout pour des motifs financiers, mais aussi en raison de délais d'obtention d'un rendez-vous (22%²⁵⁴), et de manque d'offre de soins (19%²⁵⁵), conséquence d'une très faible densité médicale sur l'île. En conséquence, les mahorais ont moins recours aux professionnels de santé. De plus, certains soins sont inexistantes sur l'île : 8 % des habitants ont dû se faire soigner en dehors du territoire faisant de Mayotte le département d'Outre-mer le plus concerné par cette pratique. Dans ce contexte, les

248 À Mayotte, des syndromes dépressifs deux fois plus fréquents qu'en métropole - *Insee Analyses Mayotte* - 31

249 Près de la moitié des habitants de Mayotte ayant eu besoin d'un soin ont dû le reporter ou y renoncer - *Insee Analyses Mayotte* - 29

250 Drees-Irdes-Insee, Enquête santé DOM, EHIS, 2019

251 Près de la moitié des habitants de Mayotte ayant eu besoin d'un soin ont dû le reporter ou y renoncer - *Insee Analyses Mayotte* - 29

252 Densité des médecins spécialistes et généralistes - Pour 100.000 habitants - Mayotte | Insee

253 Près de la moitié des habitants de Mayotte ayant eu besoin d'un soin ont dû le reporter ou y renoncer - *Insee Analyses Mayotte* - 29

254 Près de la moitié des habitants de Mayotte ayant eu besoin d'un soin ont dû le reporter ou y renoncer - *Insee Analyses Mayotte* - 29

255 Près de la moitié des habitants de Mayotte ayant eu besoin d'un soin ont dû le reporter ou y renoncer - *Insee Analyses Mayotte* - 29

centres de consultations publics constituent un maillon essentiel de l'offre de soins. Ils accueillent environ un tiers de la population chaque année, en particulier les personnes les plus vulnérables : 41 % des personnes très modestes, contre 33 % des modestes, et 23 % de personnes plus aisées, fréquentent ces centres.

Polynésie française

La situation sanitaire de la Polynésie française connaît des évolutions rapides : augmentation de l'espérance de vie, vieillissement de la population, recul de la mortalité liée aux maladies infectieuses, forte prévalence des pathologies liées au surpoids, développement des maladies chroniques (cancers, maladies cardio-vasculaires, insuffisance rénale...). 70 % de la population adulte est en surpoids dont 40 % au stade d'obésité. Cette problématique affecte l'ensemble de la population dès le plus jeune âge, la population infantile est fortement touchée. 15 à 20 % de la population adulte polynésienne est concernée par le diabète avec des complications fréquentes (amputations, insuffisance rénale). Les orientations stratégiques du gouvernement local (2016-2025)²⁵⁶ prévoient de recentrer la politique de santé publique sur la prévention et la promotion de la santé (axe 3). Avec le vieillissement, les comportements alimentaires, les addictions et la précarisation, les coûts liés aux maladies non transmissibles vont croître inéluctablement. La prévention est considérée comme une priorité. L'autre axe important (axe 4) est de garantir la qualité et la sécurité des soins. Cette politique repose sur une meilleure synergie des acteurs de l'offre qui peut s'appuyer sur l'existence de réseaux structurés. Il convient d'encourager les coopérations entre les établissements et entre les professionnels. De nouvelles formes de contractualisation sont favorisées, comme dans la collaboration du secteur public avec le secteur libéral.

La Polynésie française a un territoire très dispersé avec 118 îles réparties en cinq archipels sur une emprise équivalente à la superficie de l'Europe continentale. Avec 275 praticiens hospitaliers, l'offre de santé est souvent décrite comme hypertrophiée autour du Centre Hospitalier de Polynésie Française (CHPF) de Pirae. 135 médecins et sages-femmes qui sont quant à eux répartis sur l'ensemble du territoire auprès des populations. Les opérateurs de santé sont confrontés à une crise de la répartition médicale qui rend nécessaire la coordination de la filière de santé. Les inégalités d'accès sont particulièrement accentuées dans les îles éloignées²⁵⁷. Le

²⁵⁶ Voir : *La politique de santé de la Polynésie française, orientations stratégiques 2016-2025*, Gouvernement de la Polynésie française.

²⁵⁷ Voir le rapport de la Chambre territoriale des comptes sur *La politique de la santé de la Collectivité de la Polynésie française (exercices 2014 à 2018)*. L'archipel des Îles du vent concentre 75 % de la population polynésienne. L'offre de soins y est favorable avec un réseau de médecins généralistes et de spécialistes, un hôpital général situé à Tahiti, deux hôpitaux de proximité publics (Taravao au sud de Tahiti et le second à Moorea) ainsi que trois cliniques privées situées à Papeete. Un réseau de dispensaires complète ce dispositif. L'archipel des Îles sous le Vent regroupe 13 % de la population. En plus des praticiens libéraux, les acteurs de santé comptent en particulier un hôpital de proximité situé sur l'île de Raiatea et un réseau de dispensaires, d'infirmiers et de centres médicaux. L'archipel des Tuamotu-Gambier abrite 6 % de la population. Ce territoire de 45 îles dispose d'un centre médical situé à Makemo et d'un réseau d'infirmiers. L'archipel des Marquises comprend 3,5 % de la population sur six îles habitées. Il dispose d'un hôpital de proximité public et d'un réseau d'infirmiers.

drainage des moyens vers l'hôpital a eu un effet négatif indirect sur l'offre de proximité. Des missions de consultations avancées se poursuivent (généralistes, dentistes, sages-femmes, techniciens sanitaires...) dans les îles éloignées, mais se réduisent. Le secteur privé se concentre dans les îles du vent, au sein des plus grandes îles de la Polynésie française qui concentrent la majorité de la population du territoire. Le travail en réseau est quasi inexistant par manque de pilotage, de cadre institutionnalisé et de porteurs. En conséquence, les actions de formation et les démarches pour la qualité des soins sont encore à développer²⁵⁸.

La politique de la santé de la Collectivité de la Polynésie française a fait l'objet d'un contrôle de la gestion de la Chambre territoriale des comptes. Celle-ci relevait une multiplication des documents programmatiques de la politique de santé, mais également d'un pilotage diffus ne relevant pas d'un responsable unique désigné. La Chambre a constaté la non-soutenabilité du financement des dépenses de santé qui nécessite des décisions fortes du gouvernement local : le strict encadrement des dépenses de santé d'une part et la diversification du mode de financement des dépenses d'autre part. Le financement des dépenses de santé repose essentiellement sur des recettes dépendantes de l'activité économique. Pour le Gouvernement de Polynésie française, l'urgence est à la maîtrise des dépenses et la recherche de financement pour relancer le développement de la santé²⁵⁹.

Nouvelle-Calédonie

La Nouvelle-Calédonie est confrontée à une forte prévalence de pathologies chroniques : diabète de type 2 (taux parmi les plus élevés), hypertension artérielle, obésité sévère touchant une part importante des populations océaniques, maladies cardiovasculaires et insuffisance rénale chronique. Les facteurs de risque associés (alimentation riche, sédentarité, consommation de tabac et d'alcool) sont particulièrement présents dans la population. Le taux de personnes déclarant des maladies chroniques est de 22 % en Nouvelle-Calédonie, alors qu'il était en 2021 de 17,7 % dans l'hexagone. Près des deux tiers des adultes de 18 à 64 ans sont considérés comme étant en surpoids. Certaines maladies infectieuses demeurent présentes bien que contrôlées : Dengue, zika, chikungunya, maladies vectorielles périodiquement épidémiques ; la tuberculose avec une incidence encore significative dans certaines zones, notamment chez les populations les plus vulnérables ; les maladies sexuellement transmissibles, notamment le Sida. Le Centre Hospitalier Territorial (CHT) Gaston-Bourret à Nouméa est le principal hôpital public avec un réseau d'hôpitaux, de dispensaires et centres médico-sociaux nombreux dans les zones rurales et les îles qui assurent les soins de base et la prévention. S'il y a une bonne couverture dans la zone urbaine de Nouméa, l'accès aux soins reste plus limité dans les zones rurales et les îles. Les évacuations sanitaires sont fréquentes vers

²⁵⁸ Voir : *La politique de santé de la Polynésie française, orientations stratégiques 2016-2025*, Gouvernement de la Polynésie française.

²⁵⁹ Voir : *La politique de santé de la Polynésie française, orientations stratégiques 2016-2025*, Gouvernement de la Polynésie française.

Nouméa pour les patients des zones rurales, et vers l'Australie ou la Nouvelle-Zélande pour des soins spécialisés indisponibles localement. La Nouvelle-Calédonie dispose de son propre système de protection sociale la Caisse de compensation de la sécurité sociale (CAFAT), le Régime unifié d'assurance maladie-maternité (RUAMM) et des mutuelles complémentaires disponibles, dont la soutenabilité financière est considérée comme un enjeu majeur.

L'obésité reste le premier enjeu de santé publique en Nouvelle-Calédonie. Elle compte environ 100 000 personnes atteintes d'obésité sur une population de 270 000 habitants, Ce qui représente 38 % des adultes contre 16 % dans l'hexagone. Les femmes sont deux fois plus touchées. L'Agence sanitaire et sociale a ouvert un centre d'éducation thérapeutique au public. Longtemps réservé aux personnes souffrant de diabète, ce centre est devenu un lieu d'accompagnement des personnes atteintes d'obésité en 2023 après que le Congrès ait fait de la lutte contre cette pathologie une priorité. Elle s'adresse également aux adolescents : 20 % des 12-18 ans souffrent d'obésité et parmi eux, 90 % ne parviendront pas à en guérir avant l'âge adulte²⁶⁰. Le Congrès de Nouvelle-Calédonie a mis en place une taxe sur le sucre et les produits sucrés qu'ils soient importés, transformés ou fabriqués localement, qui doit rapporter 3,3 milliards de francs pacifiques par an, soit 27 millions d'euros, qui seront directement orientés vers l'Agence sanitaire et sociale.

Beaucoup de soignants ont quitté la Nouvelle-Calédonie après les évènements de 2024. En mai 2024, l'Ordre des médecins comptait 1 019 inscrits, un an plus tard, il y avait 875 inscrits, soit 144 médecins qui ont été radiés de l'Ordre. Le service de chirurgie de l'hôpital de Koné ne fonctionne plus. La direction des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie dresse un état des lieux des postes à pourvoir : 253 infirmiers, 82 médecins, 22 kinés, 17 sages-femmes, 9 dentistes, 4 orthophonistes, 3 manipulateurs en électroradiologie.

La Chambre territoriale des comptes a rendu en mai 2024 un rapport concernant L'organisation des soins de premier recours en Nouvelle-Calédonie. Elle constate que l'écart entre les besoins de soins de la population et l'offre de soins de premier recours se creuse. La prévalence de maladies chroniques est élevée, alors même que l'effet du vieillissement sur la structure par âges de la population calédonienne devrait encore l'aggraver. Or l'offre de soins de premier recours est inégalement répartie, ce qui accentue les difficultés à répondre aux demandes. Cette offre de soins est en effet concentrée sur le sud de la Nouvelle-Calédonie, en particulier autour de Nouméa. La province Sud, qui accueille 75 % de la population, regroupe ainsi 86 % des professionnels de santé, 86 % des infirmiers, 81 % des médecins généralistes, 96 % des médecins spécialistes. Le secteur libéral est développé surtout en province Sud, les soins étant principalement assurés, en province Nord et province des Îles par des centres médico-sociaux qui peinent à recruter les professionnels salariés nécessaires à leur gestion. Les délais de rendez-

²⁶⁰ Voir Les Nouvelles Calédoniennes : <https://www.lnc.nc/article/nouvelle-caledonie/sante/l-obesite-reste-le-premier-enjeu-de-sante-publique-en-nouvelle-caledonie#:~:text=Et%2C%20depuis%20octobre%202024%2C%20elle,qu%27%20avant%20l%27%20adulte.>

vous sont jugés élevés par les usagers-patients, la possibilité même d'obtenir un accès aux soins est assez souvent réduite : 20 % des adultes limitaient en 2021 leurs visites auprès de professionnels de santé en raison des difficultés d'accès aux soins.

Le territoire bénéficie d'un réseau de centres médico-sociaux et d'une stratégie globale d'évolution de l'offre sanitaire adoptée pour la décennie 2018-2028 avec le plan « Do Kamo ». La gradation des centres médico-sociaux, selon leur rôle dans l'offre de soins, n'est pas encore clarifiée et leur rôle en matière d'urgence, leurs horaires d'ouverture pour garantir une amplitude accrue d'accueil, et enfin la supervision des antennes par des médecins sans leur présence permanente doivent être revus. La mise en œuvre plan « Do Kamo » est insuffisamment pilotée note la Chambre territoriale. Pour celle-ci, une politique centrée sur l'organisation des soins de premier recours doit reposer, au niveau du territoire, sur la détermination d'objectifs opérationnels et de cibles précises, fondés sur des indicateurs robustes et disponibles²⁶¹. Pour chaque segment des soins de premier recours, des actions spécifiques, parfois déjà envisagées ou programmées dans le plan stratégique Do Kamo, doivent être mises en œuvre et leurs responsables clairement désignés. Une gestion mutualisée des professionnels de santé, incluant le cas échéant des psychologues, peut être organisée au niveau des provinces. La Chambre considère ainsi que l'offre de soins de premier recours est insuffisante par rapport aux demandes, alors même que l'évolution prévisible de la démographie va, à relativement brève échéance, aggraver cet écart, dans le contexte de pathologies chroniques qui caractérise la Nouvelle Calédonie.

Wallis-et-Futuna

A Wallis-et-Futuna, les soins sont gratuits²⁶². L'Agence de Santé assure toutes les missions liées à l'offre de soins. Créée par une ordonnance du 13 janvier 2000, elle est chargée de l'élaboration du programme de santé du territoire, de sa mise en œuvre et de la délivrance des médicaments. Elle prend en charge les urgences, assure l'hospitalisation en médecine et en chirurgie, accueille les futures mères dans la maternité à Wallis, assure les soins ambulatoires. Elle est en charge de la médecine générale et de la pharmacie, le secteur libéral étant absent du territoire. L'offre de soins est présente sur les deux îles : à Wallis²⁶³, l'hôpital de Sia et trois centres de soins de

²⁶¹ Concernant les soins non programmés, un indicateur pertinent est la réduction des passages aux urgences peu justifiés. Pour les soins programmés, la part des pathologies chroniques prises en charge par des équipes référentes, ou pour « l'aller-vers », la réduction de la part des personnes sans soins dans l'année sont aussi des indicateurs de suivi possibles.

²⁶² La prise en charge par l'État de la santé repose sur l'article 68 de la loi de finance de 1972. Bien que cette loi n'empêche pas le conseil d'administration de l'agence de santé de fixer une participation des usagers, en application de l'article L6143-6 du Code de Santé publique, les représentants des ministères de tutelle ont, lors de la conférence de santé de Wallis en 2005, réaffirmé la « gratuité » des soins sur le territoire.

²⁶³ L'Agence de santé emploie 200 personnes dont 8 médecins généralistes (5 sur Wallis et 3 sur Futuna), 5 médecins hospitaliers et un radiologue à l'hôpital de Sia, 3 chirurgiens-dentistes (2 à Wallis et un à Futuna), un pharmacien et un biologiste. L'hôpital est doté d'un service d'urgence et d'un plateau technique qui se compose de : un service de radiologie doté d'une salle de radiologie conventionnelle, une salle d'échographie, un panoramique dentaire et un appareil de mammographie de dernière génération, un scanner, un bloc opératoire avec deux salles, un laboratoire d'analyses, une pharmacie centrale.

proximité, et à Futuna, l'hôpital de Kaleveleve. L'Agence procède au transfert des patients vers la Nouvelle Calédonie, l'Australie ou l'hexagone en fonction de l'urgence et de la nature des soins. L'archipel accueille régulièrement des missions de spécialités dans les disciplines qui ne sont pas assurées sur le territoire évitant ainsi le recours systématique aux évacuations sanitaires. L'offre de soin reste limitée ce qui rend difficile la prise en charge de pathologies chroniques justifiant des soins spécialisés. Le diabète de type 2, le rhumatisme articulaire aigu, la goutte et l'hépatite B sont fréquents sur le territoire, ainsi que la filariose. En revanche, il y a peu de pathologies tropicales et pas de paludisme endémique.

L'absence d'organisme de sécurité sociale et de caisse d'assurance maladie sur Wallis-et-Futuna pose la problématique de la prise en charge des résidents wallisiens et futuniens hors du territoire. Lorsqu'un résident se déplace hors de celui-ci, il n'est couvert par aucun organisme de santé et s'il doit faire face à des dépenses de santé celles-ci sont à sa charge exclusive.

La mise en service en 2017 d'une liaison Internet à très haut débit par câble numérique sous-marin permet de développer des partenariats techniques importants (télémédecine et télé-expertise) avec le Centre Hospitalier Territorial Gaston-Bourret de Nouméa et avec l'hexagone.

N°4 BIBLIOGRAPHIE

- Atger, Stéphanie, Bareigts, Erika, *Le grand âge dans les Outre-mer*, rapport d'information de l'Assemblée nationale, 2020
- Biarnaix-Roche, Véronique, Arlie, Ghislaine, *10 préconisations pour le pouvoir d'achat en Outre-mer*, CESE, 2023
- Califer, Elie, Seo, Mikaele, William, Jiovanny, *La situation démographique des Outre-mer et le maintien des forces vives dans ces territoires*, rapport d'information de l'Assemblée nationale, 2025
- Cour des comptes, *La santé dans les Outre-mer, une responsabilité de la République*, Rapport public annuel, 2014
- Cour des comptes, *La prévention des catastrophes naturelles liées au climat en Outre-mer*, Rapport public annuel 2024
- Cour des comptes, *Les politiques publiques en faveur des jeunes : La prévention de l'obésité chez les jeunes : l'exemple de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie française*, Rapport public annuel 2025
- Debussche, Xavier, Martin-Prével, Yves, Méjean, Caroline, Réquillart, Vincent, Soler, Louis-Georges, Tibère, Laurence, *Alimentation et nutrition dans les départements et régions d'Outre-mer*, IRD Editions, 2020
- DREES, *Les établissements de santé*, 2020
- DREES, *Les établissements de santé en 2023*, 2025
- Gardinal, Didier, *Pour des bâtiments plus durables grâce à une ambitieuse politique de rénovation*, CESE, 2022
- Gatet, Antoine, Niakaté, Aminata, *Inégalités de genre, crise climatique et transition écologique*, CESE, 2023
- Gondard-Lalanne, Cécile, Jeanne-Rose, Evan, *Eduquer à la vie affective, relationnelle et sexuelle*, CESE, 2024
- Gouvernement de Polynésie française, *Présentation du plan de Transition Alimentaire*, 2023
- Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, *La situation des familles, des enfants et des personnes âgées vulnérables dans les départements et régions d'Outre-mer (DROM) : réalités sociales et politiques menées*, 2022
- Haut Conseil de la santé publique, *La santé en Outre-mer*, 2015
- IEDOM, *Rapport annuel Mayotte*, 2024
- Lejeune, Sylviane, *Projet de loi de programmation pluriannuelle de la recherche*, CESE, 2020

Mariani, Sébastien, *Quelles solutions pour des mobilités durables et inclusives en zones peu denses ?*, CESE, 2023

Marie-Joseph, Pierre, Roux-de-Bézieux, Sabine, Sirder, Hélène, *La montée des eaux dans les Outre-mer : quelles stratégies pour s'adapter*, CESE, 2025

Observatoire français des drogues et des tendances addictives, *Usage de substances psychoactives à 17 ans en Outre-mer*, 2025

Procaccia, Catherine, *L'impact de l'utilisation de la Chlordécone aux Antilles françaises*, rapport de l'Office parlementaire d'évaluation scientifique et technique, 2023

Santé publique France, *Lutter contre les maladies à Mayotte : renforcer les actions concertées*, 2022

Santé publique France, *Santé périnatale en Martinique. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021)*, 2023

Santé Publique France, *Santé périnatale en Guyane. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021)*, 2023

Santé Publique France, *Santé périnatale en Guadeloupe et à Saint-Martin. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021)*, 2023

Santé Publique France, *Insécurité alimentaire des étudiants en Guyane en 2022 : un constat post-crise sanitaire préoccupant*, 2023

Santé Publique France, *Diabète en Outre-mer : comprendre les spécificités locales pour cibler les actions*, 2023

Véran, Olivier, *L'évolution des modes de financement des établissements de santé - Une nouvelle échelle de valeur*, Rapport du ministère des Affaires sociales et de la santé, 2017

N°5 TABLE DES SIGLES

AFD	Agence française de développement
AME	Aide médicale d'État
AMELI	Assurance maladie en ligne
ANR	Agence nationale de la recherche
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APLAMEDOM	Association pour les plantes aromatiques et médicinales des départements d'Outre-mer
ARS	Agence régionale de la santé
ASSNC	Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie
AVC	Accident vasculaire cérébral
BRS	Baromètre du renoncement aux soins
C2S	Complémentaire santé solidaire
CASO	Centre d'accueil de soin et d'orientation
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDPS	Centre délocalisé de prévention et de soins
CEP	Centre d'expérimentation du Pacifique
CESE	Conseil Economique, Social et Environnemental
CESER	Conseil Economique, Social et Environnemental régional
CESP	Contrat d'engagement de service public
CGCT	Code général des collectivités territoriales
CHC	Centre hospitalier de Cayenne
CHM	Centre hospitalier de Mayotte
CHPF	Centre hospitalier de la Polynésie française
CHRG	Centre hospitalier régional de Guyane
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier de Martinique

CIOM	Comité interministériel des Outre-mer
CIRAD	Centre de coopération internationale en recherche agronomique pour le développement
CIS	Comité interministériel à la santé
CLE	Comité local d'éthique
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CNRT	Centre national de recherche technique
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COI	Commission de l'océan Indien
COM	Collectivité d'Outre-mer
CPS	Caisse de prévoyance sociale
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRSA	Conférence régionale de santé et de l'autonomie

ce.se.fr

9, place d'Iéna
75 775 Paris Cedex 16
01 44 43 60 00



N° 41126-002



**PREMIER
MINISTRE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction de l'information
légale et administrative



Les éditions des
Journaux officiels