

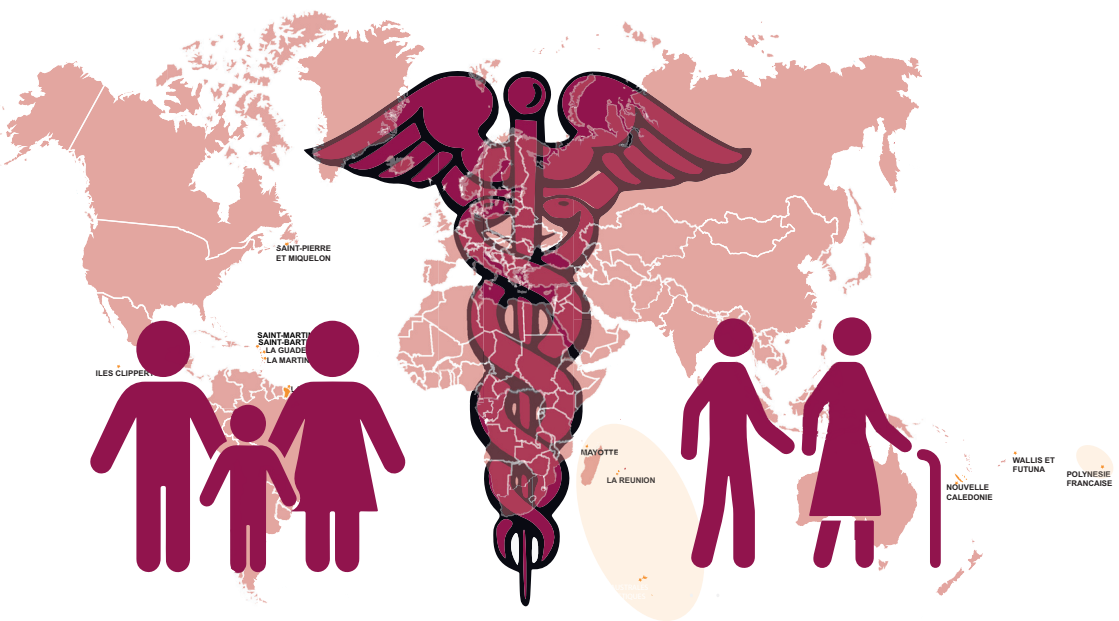


**CNCDH**  
COMMISSION NATIONALE  
CONSULTATIVE  
DES DROITS DE L'HOMME  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AVIS

# AVIS SUR LE DROIT À LA PROTECTION DE LA SANTÉ DANS LES TERRITOIRES ULTRAMARINS

17 OCTOBRE 2017



*L'Avis sur le droit à la protection de la santé dans les territoires ultramarins a été adopté à l'unanimité lors de l'Assemblée plénière du 17 octobre 2017.*

*Cet avis s'inscrit dans le cadre d'une étude menée par la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) sur l'effectivité des droits de l'homme dans les Outre-mer, qui fera l'objet d'une publication en 2018.*

*Sont déjà parus dans le cadre de cette étude :*

- Avis sur la place des peuples autochtones dans les territoires d'Outre-mer de France*
- Avis sur la question pénitentiaire dans les Outre-mer*
- Avis sur l'accès au droit et à la justice dans les Outre-mer, essentiellement en Guyane et à Mayotte.*
- Avis sur l'effectivité du droit à l'éducation dans les Outre-mer. Regard particulier sur La Guyane et Mayotte.*
- Avis sur la pauvreté et l'exclusion sociale dans les Outre-mer.*
- Avis sur les droits des étrangers et le droit d'asile dans les Outre-mer. Cas particuliers de la Guyane et de Mayotte.*

## Table des matières

### **Partie I : L'état de santé de la population dans les Outre-mer** 10

#### **A. Des indicateurs de santé qui révèlent des inégalités sociales et territoriales de santé** 10

Espérance de vie et vieillissement de la population 10

Surmortalité prématurée et évitable : un défi à relever 12

Mortalité maternelle et périnatale: une réalité que l'on peine à comprendre 12

Mortalité infantile : un défi au regard du droit à la protection de la santé de la petite enfance 14

Evolution défavorable des facteurs de risques de maladies chroniques (ALD) 16

Prévalence du diabète : un problème de santé publique 16

Maladies hypertensives et accidents vasculaires cérébraux (AVC) 18

Prévalence des maladies infectieuses et parasitaires : un contexte géographique et sanitaire à risques 19

#### **B. Des populations particulièrement exposées et vulnérables qui révèlent des inégalités sociales de santé** 19

Les femmes et jeunes filles en âge de procréer et leurs enfants à naître 20

L'adolescence : des comportements à risques mal contrôlés 21

Les populations en situation de grande précarité 22

Les personnes migrantes	24
Les personnes en situation d'handicap	24
Les personnes détenues	26

## **Partie II : Des systèmes de santé en grandes difficultés : un obstacle à l'accès aux soins** 26

### **A. Les obstacles à l'accès aux services de santé** 26

Les barrières géographiques de l'accès aux soins	26
Les barrières financières ou administratives faisant obstacle à l'accès aux soins	27
Des professionnels de santé inégalement répartis et un déficit flagrant de spécialistes	27
Des programmes de prévention peu performants dans certains DOM	28

### **B. Une efficacité très relative des dispositifs de santé en Guyane et à Mayotte** 28

Périnatalité et Protection maternelle et infantile : de graves insuffisances	29
Des centres hospitaliers sous pression et exsangues, dans un contexte de crise sociale	32

## **Partie III : La stratégie santé outre-mer 2016-2020 : une ambition à mettre en œuvre** **34**

Un diagnostic des vulnérabilités sanitaires propres à chaque territoire se précise 34

**A. La Martinique, le département outre-mer le plus proche des  
indicateurs hexagonaux** **35**

**B. La Guadeloupe doit faire face toujours à certains défis** **35**

**C. La Guyane : une situation sanitaire dégradée, de graves  
difficultés d'offres et d'accès aux soins** **37**

**D. La Réunion et Mayotte : une situation contrastée pour ces deux  
départements de l'océan indien** **39**

**E. Les collectivités ultramarines** **42**

**Conclusion** **43**

**Synthèses des Recommandations** **47**



Dans le cadre de son analyse globale de la situation des droits fondamentaux dans les Outre-mer, la CNCDH souhaite attirer l'attention des pouvoirs publics sur le droit à la protection de la santé dans les territoires ultramarins. La question du droit à la protection de la santé est évoquée de façon récurrente dans les observations adressées à la France par les instances internationales chargées de veiller au respect des droits de l'homme. Selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies dans son observation générale n°14, le droit à la santé est « *un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique. Un autre aspect important est la participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux communautaire, national et international* »<sup>1</sup>. Or, la question de l'effectivité du droit à la protection de la santé dans les Outre-mer s'avère particulièrement préoccupante : ainsi, en 2016, renvoyant à son observation générale n°14, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies, dans ses conclusions sur la France « *juge préoccupante la situation défavorable de la jouissance du droit à la santé dans les DROM-COM. et déplore entre autre, un taux de mortalité infantile et maternelle élevée à Mayotte et en Guyane* »<sup>2</sup>.

Partant de ce constat et dans le cadre de son mandat, la CNCDH entend se saisir du sujet de la santé dans les Outre-mer et se fonder, pour ce faire, sur des principes reconnus tant par le Préambule de la Constitution<sup>3</sup> que par les textes législatifs récemment adoptés, qu'il s'agisse de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé ou de la loi du 28 février 2017 de programmation relative à

1 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n°14, EC/C. 12/200/4, 11 août 2000, §11

2 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observations finales concernant le quatrième rapport périodique de la France*, adopté le 24 juin 2016, E/C.12/FRA/CO/4.

3 Préambule de la Constitution : « *Le peuple français proclame solennellement son attachement aux Droits de l'homme et aux principes de la souveraineté nationale (...). En vertu de ces principes et de celui de la libre détermination des peuples, la République offre aux territoires d'outre-mer qui manifestent la volonté d'y adhérer des institutions nouvelles fondées sur l'idéal commun de liberté, d'égalité et de fraternité et conçues en vue de leur évolution démocratique* ».

l'égalité réelle Outre-mer<sup>4</sup>. Sans prétendre à l'étude exhaustive et technique de la santé dans les Outre-mer, la CNCDH a procédé à l'analyse d'un certain nombre de rapports élaborés par des instances tant institutionnelles qu'associatives. De nombreux rapports ont ainsi été produits à la demande des pouvoirs publics au cours de la dernière décennie, ce qui révèle d'ailleurs que l'État est pleinement conscient des responsabilités qui lui incombent dans ce domaine<sup>5</sup>. Ces rapports attestent des disparités d'accès à la santé dans les Outre-mer et des difficultés à réduire les inégalités de santé entre ces territoires et la métropole. À cet égard, la Cour des comptes a publié en 2014 un important rapport, intitulé « *La santé dans les Outre-mer. Une responsabilité de la République* »<sup>6</sup>. Elle constate dans celui-ci que les systèmes de santé déployés dans les Outre-mer compromettent l'égalité des chances en matière de protection de la santé. Face à un tel constat, « *la République une et indivisible* » a été invitée à mettre en œuvre une stratégie de santé pour les Outre-mer, laquelle prendrait en compte les spécificités de ces territoires et les déterminants de santé qui leur sont propres.

C'est dans ce contexte que vient d'être rendue publique une « *Stratégie de santé pour les Outre-mer* »<sup>7</sup>, document politique important et dont le contenu peut servir de trame au présent avis. Cette stratégie de santé a été mentionnée à deux reprises par le législateur. D'une part, l'article 2 de la loi du 26 janvier 2016 prévoit que la stratégie nationale de santé mentionnée à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique « *fixe des objectifs propres aux Outre-mer à partir d'une évaluation des données épidémiologiques et des risques sanitaires spécifiques aux collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution ainsi qu'aux collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, de Saint-Pierre-et-Miquelon et des îles Wallis et Futuna* ». Concernant les collectivités d'outre-mer (COM)<sup>8</sup>, il est précisé que « *l'État*

4 Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé ; loi n°2017-256 du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer ci-après nommée « Loi pour l'égalité réelle Outre-mer ».

5 La liste de ces rapports se trouve à la fin de cet avis.

6 Cour des comptes, *La santé dans les Outre-mer. Une responsabilité de la République*, Rapport public thématique, juin 2014, 287 pages.

7 Ministère des Outre-mer et ministère des Affaires sociales, *Stratégie nationale de santé. La stratégie de santé pour les Outre-mer*, publiée le 25 décembre 2016, 23 pages.

8 En vertu de l'article 74 de la Constitution, « *les collectivités d'outre-mer régies par le présent article ont un statut qui tient compte des intérêts propres de chacune d'elles au sein de la République* ». L'article détaille ensuite le régime de ce statut spécial créé par la révision constitutionnelle du 28 mars 2003 et qui concerne, à l'heure actuelle, Saint-Pierre-et-Miquelon, les îles Wallis et Futuna, la Polynésie française, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.



*peut proposer à la Polynésie française et à la Nouvelle-Calédonie de s'associer par convention, dans le respect de leurs compétences, à la mise en œuvre des plans et des programmes qui résultent de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé ». D'autre part, le principe de la mise en place d'une stratégie de santé dans les Outre-mer est aussi énoncé dans la loi du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle Outre-mer. L'article 7 de cette loi prévoit en effet la mise en place d'une « stratégie de convergence » globale et visant à réduire les écarts de développement. Cette stratégie fixe notamment « les orientations fondamentales (...) et prévoit des actions en matière (...) de santé et d'accès aux soins ».*

Le document « *Stratégie de santé pour les Outre-mer* », mis au point au terme d'une concertation élargie, associe des préconisations nationales et régionales. Il offre un objectif jusqu'à l'horizon 2023 et propose de procéder en deux temps : le premier, s'étendant sur la période 2016-2018, se fondera sur les dispositifs en vigueur et le second sera subordonné à l'élaboration de futurs plans régionaux de santé. Il en ressort un diagnostic et des réponses autour desquels la CNCDH veut centrer ses commentaires et recommandations, en s'inscrivant dans le cadre d'une approche par les droits, qui constitue la spécificité et la légitimité de la Commission. Ce diagnostic et ces réponses ne devraient pas être remis en cause lors de l'élaboration en cours d'une stratégie de santé valable pour l'ensemble du territoire national. Elle devrait fixer des orientations régionales pour les cinq années à venir mais incorporerait cette fois les questions propres aux Outre-mer dans le schéma commun.

Le présent avis entend d'abord analyser l'état de santé de la population dans les Outre-mer (I). Cet état des lieux la conduira ensuite à s'interroger sur l'efficacité des systèmes de santé existants (II). La stratégie santé Outre-mer dans sa nouvelle définition fera enfin l'objet de recommandations visant à assurer le droit à la protection de la santé de tous les ultramarins (III).

## Partie I. L'état de santé de la population dans les Outre-mer

Au préalable, la CNCDH a été particulièrement attentive à un avertissement figurant dans les documents officiels et rappelé par l'ensemble des personnes auditionnées : la connaissance des données statistiques sur la santé Outre-mer est jugée partielle et insuffisante. Tant et si bien que l'administration centrale s'est dotée d'un Comité de pilotage expressément chargé de veiller au recueil des données.<sup>9</sup>

La CNCDH trouve donc là matière à une recommandation préliminaire concernant le renforcement de l'outil statistique permettant l'évaluation des politiques publiques Outre-mer, recommandation dont il apparaît déjà qu'elle n'est pas propre au seul domaine de la santé.

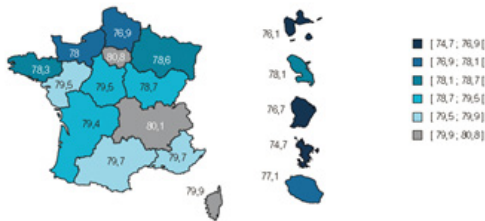
### A. Des indicateurs de santé qui révèlent des inégalités sociales et territoriales de santé

#### Espérance de vie et vieillissement de la population

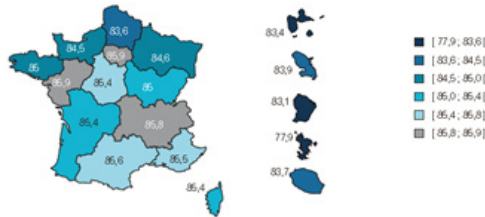
L'espérance de vie à la naissance est en moyenne plus basse dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Si la Martinique et la Réunion ont réduit les écarts et se rapprochent de l'espérance de vie en métropole, tel n'est pas le cas pour la Guadeloupe ainsi que, et de manière encore plus prononcée, pour la Guyane et Mayotte. En Guyane, l'espérance de vie est en effet de deux ans inférieure à celle de la métropole (76,7 ans pour les hommes et 82,9 ans pour les femmes) et à Mayotte, cette espérance de vie n'est que de 74,7 ans pour les hommes et 77,9 ans pour les femmes. Comme l'indiquait le Conseil économique social et environnemental (CESE) dans son rapport et avis « *L'accès de tous, aux droits de tous, par la mobilisation de tous* » de 2003, « *c'est peut-être au regard des écarts d'espérance de vie qu'apparaît le plus la gravité de laisser durablement des personnes et des familles en dehors des droits fondamentaux* », parmi lesquels la santé mais aussi le revenu, le logement, l'instruction, le travail...

<sup>9</sup> Son animation sera co-pilotée au niveau national par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) et l'Agence Nationale de Santé publique (ANSP) et au niveau régional l'animation du réseau de producteurs de données sous la responsabilité des ARS

1a. Espérance de vie à la naissance des hommes en 2014



1b. Espérance de vie à la naissance des femmes en 2014



Champ • France entière.

Sources • Estimations de population et statistiques de l'état civil (NSEE).

Lorsqu'elle peut être constatée, l'amélioration de l'espérance de vie expose les Outre-mer à de nouveaux défis, liés au vieillissement de la population. En effet, si une partie des populations d'Outre-mer a bénéficié des progrès intervenus sur une longue période, elles sont pour certaines d'entre elles confrontées à des perspectives d'évolution démographique susceptibles d'aggraver leurs difficultés. C'est particulièrement le cas dans les Antilles et à La Réunion, concernées à court terme par le vieillissement. La Martinique et la Guadeloupe compteront à partir de 2030 plus de personnes âgées que de jeunes. En revanche, la population de la Guyane et Mayotte est plus jeune du fait des mouvements migratoires. Mayotte compte plus de 40% d'étrangers dont la moitié sont des mineurs qui ont vocation à devenir français.

### Surmortalité prématurée et évitable : un défi à relever

Dans les territoires où prévaut une situation sanitaire insatisfaisante comme en Guyane ou à Mayotte les taux de surmortalité prématurée sont significativement supérieurs au taux de la métropole. De façon générale, la mortalité dite prématurée entraîne près du tiers des décès avant soixante-cinq ans dans l'ensemble des départements d'Outre-mer (hormis la Martinique)<sup>10</sup>.

Quant à la mortalité évitable, grâce aux pratiques de prévention primaire, un constat identique peut être dressé : les départements et régions d'Outre-mer (DROM) sont davantage affectés que la métropole par la faiblesse des programmes de prévention. Pour la mortalité évitable en lien avec les consommations d'alcool et de tabac, la Réunion est particulièrement concernée par les conséquences sanitaires d'une consommation excessive d'alcool, touchant autant les femmes que les hommes<sup>11</sup>. Il convient donc de mettre en œuvre un plan de prévention spécifique et de prise en charge du syndrome d'alcoolisation fœtale.

### Mortalité maternelle et périnatale<sup>12</sup> : une réalité que l'on peine à comprendre

Les préoccupations les plus immédiates concernent la maternité et la petite enfance. En effet, on relève des indicateurs en périnatalité et néo-natalité supérieurs à ceux de la Métropole et bien plus défavorables à Mayotte et en Guyane. Cette situation a été pointée du doigt par le Comité pour l'élimination des discriminations à l'égard des femmes et le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, dans leurs dernières observations sur les rapports français<sup>13</sup>. La mortalité maternelle varie selon les territoires et touche notamment les femmes les plus défavorisées vivant en situation de grande précarité et souvent sans couverture

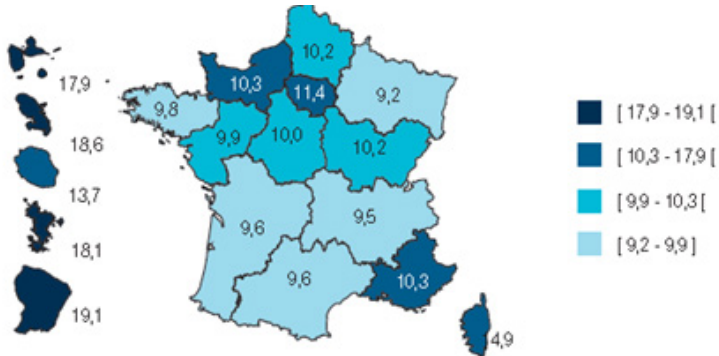
<sup>10</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *Rapport sur l'état de santé de la population en France, 2017*, 436 pages, p. 25.

<sup>11</sup> Si la problématique de l'alcoolisme est très présente à La Réunion, elle ne se retrouve pas nécessairement dans les mêmes proportions dans les autres territoires ultramarins.

<sup>12</sup> La mortalité périnatale est définie comme le nombre de mortinaissances (naissance après 22 semaines d'aménorrhée d'un fœtus sans vie) et de décès néonataux précoces (décès d'enfants de moins d'une semaine). Elle est exprimée sous forme d'un taux pour 1 000 naissances vivantes pour l'année considérée. La mortalité néonatale est définie comme le nombre des enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le 28<sup>e</sup> jour de vie. Elle est exprimée sous forme d'un taux pour 1 000 naissances vivantes pour l'année considérée.

<sup>13</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observations finales concernant le quatrième rapport périodique de la France*, adopté le 24 juin 2016, E/C.12/FRA/CO/4 ; Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, *Observations finales concernant le rapport de la France valant septième et huitième rapports périodiques*, adopté le 8 juillet 2016, CEDAW/C/FRA/CO/7-8.

sociale<sup>14</sup>. Le déficit de suivi des grossesses ou d'actions périnatales, le manque de moyens de diagnostic et de mesures thérapeutiques appropriées seraient responsables jusqu'aux deux tiers de cette surmortalité<sup>15</sup>. Il faut relever que les causes de mortalité maternelle et périnatale ne sont pas toujours recensées faute de moyens alloués pour la collecte de données.



\* Corse : moyenne des taux 2012-2014.

Source • PMSI-MCO (ATIH) ; exploitation DREES. 14, répartition des régions par quartiles

14 Cour des comptes, *La santé dans les Outre-mer. Une responsabilité de la République*, Rapport public thématique, juin 2014, 287 pages, p. 26.

15 *Ibidem*.

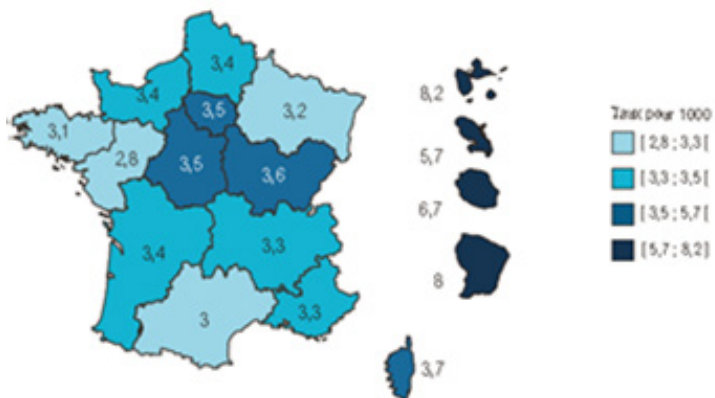
## Mortalité infantile : un défi au regard du droit à la protection de la santé de la petite enfance

Cet indicateur « mortalité infantile »<sup>16</sup> classique de la santé des populations mesure la santé infantile et reflète surtout l'efficacité des soins préventifs, l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant, de même que la qualité du système de soins et de santé. Si la mortalité infantile a incontestablement diminué au cours des dernières décennies, il n'en demeure pas moins que le taux de mortalité infantile reste quasiment stable depuis cinq ans et repart même à la hausse en 2017<sup>17</sup>. En 2015, le taux de mortalité infantile pour l'ensemble du pays s'élève à 3,7 pour 1000 naissances vivantes tandis qu'il atteint une moyenne de 7,6 pour 1000 dans les DROM hors Mayotte. Ainsi la mortalité infantile dans les territoires ultramarins est en moyenne deux fois plus élevée que dans l'hexagone.

Plus précisément, en Guadeloupe, les autorités sanitaires mettent l'accent sur les niveaux élevés de la mortalité infantile et de la mortalité prénatale, particulièrement en période prénatale. La prévalence importante des maladies chroniques a des effets délétères sur le bon déroulement des grossesses. À la Réunion, la mortalité infantile est deux fois plus importante qu'en métropole (7,4 décès d'enfants de moins de un an sur 1000 naissances en moyenne sur la période 2010-2012, contre 3,3 en métropole). À Wallis-et-Futuna, cette moyenne est de 5,6 ; en Nouvelle-Calédonie, de 4,1 ; et en Polynésie française, elle s'élève à 7,5. À Mayotte, sur la période 2008-2010, la moyenne était de 13,5 décès, soit une moyenne quatre fois plus élevée qu'en métropole. Une telle moyenne est d'autant plus notable qu'il est vraisemblable que les taux de mortalité infantile soient sous-estimés du fait de cas de non déclaration. En effet, selon les résultats de l'enquête nationale périnatale 2016 à Mayotte, près de 36% des femmes interrogées ont déclaré leur grossesse contre 64% en 2010. La défaillance du suivi est donc manifeste, alors que Mayotte a le plus fort taux de natalité par rapport à tous les pays d'Europe et que le nombre d'accouchements ne cesse de croître pour atteindre 9000 naissances pour l'année 2016.

<sup>16</sup> La mortalité infantile est définie comme le nombre de décès d'enfants durant la première année de vie. Elle est exprimée sous forme d'un taux pour 1 000 naissances vivantes pour l'année considérée.

<sup>17</sup> DREES, *Rapport sur l'état de santé de la population en France*, 2017, 436 pages, p. 27.



**Note** • Chaque quartile comprend un quart des régions préalablement rangées dans l'ordre décroissant de l'indicateur présent

**Champ** • France entière (hors Mayotte).

**Sources** • Statistiques de l'état civil (INSEE).

*Taux de mortalité infantile selon les régions en 2014*

## Evolution défavorable des facteurs de risques de maladies chroniques (ALD)

Parmi les facteurs de risque des maladies chroniques et, en particulier le diabète, émerge en premier lieu la question du surpoids et de l'obésité. Pourtant, la prévalence du diabète est particulièrement élevée et constitue un véritable problème de santé publique. En Guadeloupe, 8,9% de la population serait sous traitement pour diabète et 7,7 % en Martinique et Guyane. La Réunion est le département le plus touché par la maladie avec un taux de prévalence du diabète traité de 10,2% : un taux plus de deux fois supérieur à la moyenne nationale de 4,7%.

Ce constat inquiétant concerne l'ensemble des territoires ultramarins. La CNCDH tient à rappeler l'importance des recommandations n°9 et n°10<sup>18</sup> formulées dans son avis relatif à la pauvreté et à l'exclusion sociale dans les départements d'Outre-mer.

### Prévalence du diabète : un problème de santé publique

Il est moins évident à première vue de reconnaître la gravité particulière dans ces territoires du diabète et de façon plus diffuse de l'obésité, liée à des habitudes de vie dont les plus démunis peuvent difficilement se départir. Pourtant, la prévalence du diabète est particulièrement élevée et constitue un véritable problème de santé publique. En Guadeloupe, 8,9 % de la population serait sous traitement pour diabète. La Réunion est le département le plus touché par la maladie avec un taux de prévalence du diabète traité de 10,2% en 2013 (un taux plus de deux fois supérieur au taux national, 4,7%)<sup>19</sup>. Cela peut être associé à des conditions socio-économiques difficiles, des modifications du mode de vie et des comportements alimentaires au détriment d'un équilibre nutritionnel. Les recommandations de bonnes pratiques en termes de prévention auprès des jeunes publics semblent peu audibles et justifieraient des campagnes de sensibilisation plus adéquates. En outre, la prévalence du diabète gestationnel est plus élevée chez les femmes bénéficiaires

18 CNCDH, *Avis relatif à la pauvreté et à l'exclusion sociale dans les départements d'Outre-mer*, Assemblée plénière du 26 septembre 2017, JORF n°0276 du 26 novembre 2017, texte n° 42, cf. supra Chapitre I.

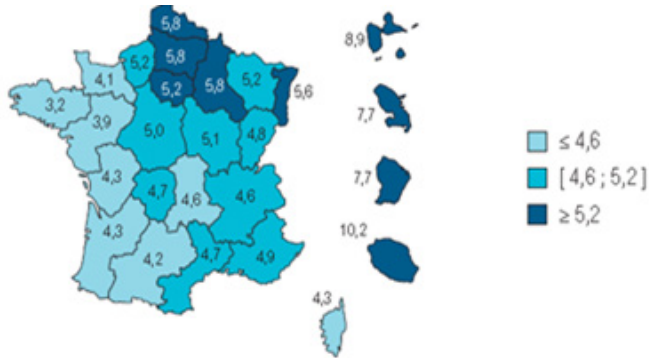
« Recommandation 9 : La CNCDH recommande que le critère de qualité nutritionnelle soit placé au premier chef des considérations présidant à la négociation annuelle du bouclier qualité-prix. L'introduction dans les BQP des DRM d'un plus grand nombre de produits maraîchers cultivés localement doit être encouragée. »

« Recommandation 10 : La CNCDH insiste également sur la nécessité d'encourager l'éducation à l'alimentation saine, en soutenant les actions locales et en favorisant l'autoconsommation. »

19 DREES, *Rapport sur l'état de santé de la population en France*, 2017, 436 pages, p. 27.



de la CMU-C.



\* Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne : Eurostat, population EU-27.

**Champ** • France entière (hors Mayotte).

**Source** • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France.

*Prévalence standardisée du diabète traité par région en 2013*

## Maladies hypertensives et accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Obésité et diabète sont des facteurs de risques connus de l'hypertension artérielle. Dans les DROM, la population présente un risque plus élevé d'hypertension artérielle qu'en métropole et les taux d'hospitalisation et de mortalité par AVC sont particulièrement élevés en Guadeloupe, Guyane et surtout à la Réunion. En Guadeloupe, une personne sur trois serait hypertendue. Les taux de mortalité par AVC en France métropolitaine se situent entre 38,5 et 55,1 pour 100 000 alors qu'ils sont pour les trois DROM respectivement de 73,6, 71,5, et 81,6 pour 100 000 habitants. La Martinique présente des taux plus faibles (55 pour 100 000) et équivalents à ceux de la région française la plus défavorisée<sup>20</sup>.

## Prévalence des maladies infectieuses et parasitaires : un contexte géographique et sanitaire à risques

La stratégie de santé pour les populations d'Outre-mer relève à juste titre qu'une vigilance plus soutenue s'impose à l'égard des risques sanitaires particuliers au contexte géographique à caractère tropical. Il s'agit des maladies infectieuses et parasitaires pour lesquelles les conditions d'assainissement et la disponibilité de l'eau potable sont des facteurs aggravants de risques. La prévalence des maladies vectorielles telles que le chikungunya, zika, le paludisme, la dengue et la leishmaniose mériterait une mobilisation plus efficace. De même les pathologies gastroentérologiques résultant le plus souvent d'un environnement insalubre et un déficit en eau potable sont inquiétantes à Mayotte et en Guyane où la résorption de l'habitat précaire est loin d'être effective<sup>21</sup>. Avec Mayotte, la Guyane est l'un des rares endroits où le paludisme est endémique. Par ailleurs, sont constatés les effets récurrents d'épidémies telles que la dengue ou le chikungunya.

L'impact des maladies infectieuses est une réelle préoccupation dans ces territoires. Les taux d'incidence, concernant le VIH-SIDA sont plus élevés qu'en métropole avec en Guyane, département le plus touché, un taux de séropositivité de 112

20 DREES, *Rapport sur l'état de santé de la population en France*, 2017, 436 pages, p. 258 et s.

21 Le « Plan Eau Mayotte », signé au ministère des Outre-mer le 27 février 2017, vise notamment à l'interconnexion des eaux brutes entre les retenues de Dzoumogné et Combani ; la prospection des eaux souterraines pour les forages ; l'amélioration des capacités de production, de stockage et de transfert des eaux brutes vers la station de l'Ourovéni.

pour 100 000 habitants, alors qu'il est de 52 en Guadeloupe et 16 en Martinique<sup>22</sup>. Par contraste, le taux en métropole (hors Île de France) est de 11 pour 100 000 et 39 en Île-de-France. Les infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes, comme l'infection à Chlamydia, constituent aussi un problème de santé publique du fait de leur grande fréquence, de leur transmissibilité, de leurs complications, de leurs séquelles (infertilité...) et parce qu'elles sont aussi des cofacteurs de transmission du VIH.

Enfin, les taux de tuberculose sont aussi plus élevés dans certains territoires qu'en métropole. Les taux de déclaration de la maladie restent plus élevés en Guyane avec 18,3 cas pour 100 000 habitants, 25,9 à Mayotte, 14,5 en Île-de-France et 7,1 cas pour 100 000 habitants pour le reste de l'Hexagone<sup>23</sup>.

## **B. Des populations particulièrement exposées et vulnérables qui révèlent des inégalités sociales de santé**

### **Les femmes et jeunes filles en âge de procréer et leurs enfants à naître**

La CNCDH est particulièrement attentive au respect des droits sexuels et reproductifs des femmes et des jeunes filles<sup>24</sup>. Elle rappelle que la santé sexuelle et reproductive constitue l'objet d'un droit internationalement garanti par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, comme l'a souligné le Comité des droits économiques, sociaux et culturels<sup>25</sup>. Il lui paraît intolérable au regard du droit à la vie prôné par l'OMS et autres instances onusiennes que deux à trois fois plus de femmes en âge de procréer soient exposées, sur le territoire de la République, à un risque fatal lors de l'accouchement, et que les enfants à naître soient exposés à des risques de mortalité prématurée, mortalité néonatale ou infantile avant la première année.

Par ailleurs, les grossesses non désirées et les grossesses précoces sont une préoccupation car, en dépit de la disponibilité théorique des méthodes de contracep-

22 Santé publique France, *Découverte de séropositivité VIH et de sida. Point épidémiologique*, 23 mars 2017, p. 4

23 InVS/Santé publique France : données année 2015 sur les déclarations de la tuberculose.

24 CNCDH, *Avis sur les violences de genre et les droits sexuels et reproductifs dans les Outre-mer*, adopté le 21 novembre 2017, cf. infra Chapitre VI.

25 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale no 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative* (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), adoptée le 8 mars 2016, E/C.12/GC/22

tion, on constate un nombre nettement plus élevé de grossesses précoces et de grossesses non désirées avec recours à l'IVG. Celles-ci hypothèquent les projets d'avenir des femmes et des jeunes filles et peuvent avoir un impact sur leur santé morale et physique.

### Les adolescents : des comportements à risques mal contrôlés

Les grossesses précoces des adolescentes et le taux élevé des IVG chez les jeunes filles de quinze à dix-sept ans interpellent sur la mise en œuvre effective du droit à la santé sexuelle et reproductive alors que les plans régionaux de santé ont intégré depuis longtemps cet objectif. Cela laisse supposer que la prévention en matière de comportements à risques est peu audible pour les jeunes, alors même qu'ils sont pourtant concernés au premier chef par l'éducation à la santé sexuelle et reproductive et par l'accès à la contraception d'urgence.

Par ailleurs, si les pathologies pèsent peu en général sur l'état de santé des adolescents, la violence et les accidents ont en revanche un poids important et représentent un tiers des décès avant 25 ans (contre 7 % pour l'ensemble de la population.)<sup>26</sup>

L'adolescence est aussi marquée, pour certains jeunes, par des addictions, des troubles alimentaires (obésité) et des conduites routières dangereuses : tous ces comportements peuvent avoir des conséquences sur leur santé à l'âge adulte, allant de la marginalisation sociale aux risques de maladies et de troubles psychiques. Enfin, s'agissant du risque de suicide, les données disponibles mettent en évidence la vulnérabilité des adolescentes de quinze à dix-huit ans<sup>27</sup>. Les suicides chez les jeunes Amérindiens de Guyane sont particulièrement inquiétants<sup>28</sup>.

26 DRESS, Santé publique France, *L'état de santé de la population en France. Rapport 2017*, mai 2017.

27 C'est dans cette tranche d'âge que la prévalence des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge est de très loin la plus élevée (2,6 %). DRESS : Santé publique France, *L'état de santé de la population en France. Rapport 2017*, mai 2017.

28 Suicides des jeunes Amérindiens en Guyane française : 37 propositions pour enrayer ces drames et créer les conditions d'un mieux-être, Rapport issu de la mission parlementaire qui a confiée à Aline Archimbaud, sénatrice de Seine-Saint-Denis, et Marie-Anne Chapdelaine, députée d'Ille-et-Vilaine, par le Premier ministre en mai 2015 relatif à la situation des populations amérindiennes de Guyane, publication 15 décembre 2015. <http://alinearchimbaud.fr/wp-content/uploads/2015/12/Suicide-des-jeunes-amerindiens-rapport-parlementaire-2.pdf>

Voir également, CNCDH, *La place des peuples autochtones dans les territoires ultramarins français : la situation des Kanaks de Nouvelle-Calédonie et des Amérindiens de Guyane*, 23 février 2017, JORF n°0061 du 12 mars 2017, texte n°33, cf. supra Chapitre III.

## Les populations en situation de grande précarité

L'avis de la CNCDH sur la pauvreté et l'exclusion dans les départements d'Outre-mer révèle l'impact des inégalités sociales sur la santé. En effet, la santé n'échappe pas aux gradients et aux inégalités qui affectent les sociétés outre-mer. Fait paradoxal, la France occupe la quatrième place des pays de l'OCDE pour la part du PIB consacrée à la santé tout en présentant une mortalité prématurée importante et de notables inégalités de santé<sup>29</sup>. Si la France a développé, depuis la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998,<sup>30</sup> des stratégies sanitaires à l'égard des populations les plus précaires, il n'en demeure pas moins que les Outre-mer ont peu bénéficié de ces programmes régionaux pour l'accès à la prévention et à la santé des populations défavorisées (PRAPS). Habitat précaire et non disponibilité de l'eau potable sont pourtant des déterminants de santé sur lesquels il conviendrait d'agir. Les populations précaires voient leur santé affectée par un environnement insalubre et une hygiène alimentaire défailante. Les taux de surpoids et d'obésité sont plus élevés chez ces populations avec une incidence sur le diabète et les maladies cardio-vasculaires.

Le taux d'allocataires de 70,2 % toutes prestations sociales confondues, confirme la pauvreté et la précarité des populations dans l'ensemble des DROM contre 42,9% dans l'hexagone. S'agissant plus particulièrement de la CMU-C et du RSA, les DROM qui ne regroupent que 2,8% du total de la population représentent respectivement 11,9% et 10% de leurs bénéficiaires. Cette situation économique difficile s'accompagne d'un accès aux soins dégradés pour ces populations, voire d'un renoncement pour les plus vulnérables, souvent mal informés de leurs droits ou isolés géographiquement. En Guyane, l'accès géographique aux soins est problématique. Il faut parfois trois jours de pirogue pour se rendre à l'hôpital. C'est particulièrement le cas pour les populations autochtones de l'intérieur de la Guyane. L'accès aux soins est par ailleurs très restreint pour les personnes étrangères en situation irrégulière et vivant dans des bidonvilles.

Parmi ces populations, on note un pourcentage important de femmes précaires et parmi elles 85 % de chefs de familles monoparentales. De façon générale, les

29 Adam Christophe, Faucherre Vincent, Micheletti Pierre, Pascal Gérard, *La santé des populations vulnérables* ; Ed. Ellipses, 2017. p : 44

30 Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

femmes en situation de précarité sont plus nombreuses à renoncer aux soins<sup>31</sup>. Le déficit de suivi gynécologique entraîne un moindre recours au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus.

Si on constate souvent que la prévention et la promotion de la santé ne sont pas des préoccupations prioritaires pour les personnes en situation de précarité, il convient justement de contourner les difficultés en impliquant des professionnels formés aux effets psychosociaux de la précarité. Il s'agit de remobiliser les capacités d'un individu pour qu'il devienne acteur principal de sa santé et des siens<sup>32</sup>. Dans la logique de la démocratie sanitaire, les populations précaires doivent être mieux intégrées dans les politiques de réductions des inégalités sociales de santé et être mieux associées au diagnostic de leurs besoins.<sup>33</sup>

### Les personnes migrantes

Mayotte et la Guyane sont particulièrement concernées par des mouvements migratoires importants qui entraînent des conséquences importantes en matière d'accès aux soins<sup>34</sup>.

À Mayotte, la vulnérabilité liée à une situation administrative irrégulière. Avant leur départ pour le centre de rétention administrative (CRA), les personnes appréhendées dès leur arrivée sont soumises à un examen médical sommaire effectué par les autorités en lien avec le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM). Si un problème médical est identifié, la personne n'est pas, en principe, placée en CRA et elle est transférée à l'hôpital. Il semblerait toutefois que ces transferts soient rares et réservés aux femmes sur le point d'accoucher ainsi qu'aux personnes très malades ou gravement blessées. Selon les officiers de la police aux frontières (PAF), de nombreuses personnes malades ou blessées feraient la traversée dans le seul but d'être prises en charge médicalement. Sont alors organisés les retours vers les Comores

31 Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, *La santé et l'accès aux soins ne doivent plus être un luxe pour les femmes en situation de précarité*, 7 juillet 2017 : les femmes représentent 64% des personnes qui reportent des soins ou y renoncent (métropole et Outre-mer).

32 Adam Christophe, Faucher Vincent, Micheletti Pierre, Pascal Gérard, *La santé des populations vulnérables* ; Ed. Ellipses, 2017.

33 Bruno de Goer et al., « Croisement des savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions », in *Santé Publique* 2008/2 (Vol. 20), p. 163-175.

34 CNCDH, *Avis sur les droits des étrangers et le droit d'asile dans les Outre-mer. Le cas particulier de la Guyane et de Mayotte*, adopté le 26 septembre 2017, JORF n°0276 du 26 novembre 2017, texte n° 41, cf. infra Chapitre VII.

en « kwassa sanitaires »<sup>35</sup> pour les cas dont la prise en charge n'est pas jugée urgente. Ce déni d'accès aux soins est renforcé par l'absence de dispositif d'aide médicale d'État (AME) à Mayotte. Une part importante de la population étrangère vivant à Mayotte (de l'ordre de 40%) a ainsi tendance à renoncer aux soins par crainte de contrôle policier et d'éloignement du territoire<sup>36</sup>. Compte tenu de la gravité de la situation sanitaire, la CNCDH recommande que soit évaluée la perspective de mettre fin au régime dérogatoire excluant du bénéfice de l'aide médicale de l'État les étrangers éligibles au dispositif à Mayotte. Elle invite à s'inspirer des mesures adoptées au profit des mineurs isolés étrangers (MIE), des femmes enceintes et des enfants à naître pour lesquels une ordonnance du 31 mai 2012 a mis en place l'affiliation directe à la caisse de sécurité sociale<sup>37</sup>.

En Guyane, si l'accès aux soins n'est pas soumis à un régime dérogatoire comme à Mayotte, celui-ci est soumis à des contraintes liées en partie au contexte de migration. Si le département est vaste, la population relativement peu nombreuse, d'environ 300 000 habitants, subit une forte pression démographique et migratoire. Dans ce contexte, la Guyane doit faire face à un certain nombre de défis sanitaires : ceux qui proviennent de sa situation équatoriale, de la grande pauvreté et des affections résultant de l'occidentalisation du mode de vie. Les indicateurs démontrent en effet une situation très dégradée par rapport à la moyenne nationale et aux départements des Antilles. Plus spécifiquement, les personnes migrantes en Guyane représentent à peu près 30% de la population. Si l'immigration transfrontalière pendulaire en Guyane est un phénomène de longue date, le nombre d'étrangers en situation irrégulière vivant dans une grande précarité a tendance à augmenter dans un climat de tensions socioéconomiques et de lutte contre l'immigration irrégulière, les pratiques de contrôle irrégulières et abusives conduisent à un renoncement aux soins et à toutes démarches administratives d'accès aux soins par crainte d'être interceptés et éloignés du territoire<sup>38</sup>. Parmi ces personnes peuvent se trouver des personnes vulnérables porteuses de pathologies lourdes

---

35 *Ibidem*.

36 *Ibidem*.

37 Ministère des Affaires sociales, Ordonnance n°2012-785 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation du code de l'action sociale et des familles au Département de Mayotte. Cette ordonnance est restée inappliquée jusqu'à l'adoption fin novembre 2015 d'une note interne au CHM donnant consigne d'appliquer la gratuité. Ainsi depuis 2016, la gratuité pour les enfants et les femmes enceintes s'applique dans les dispensaires et à l'hôpital.

38 *Ibidem*.

telles que le VIH-SIDA et qui mériteraient pourtant une prise en charge et un suivi thérapeutique sans délai. Par ailleurs, les femmes migrantes sont exposées aux complications de la grossesse et de l'accouchement et à la mortalité périnatale.

### Les personnes en situation d'handicap

Comme le soulignent le CESE dans un avis du 25 juin 2014<sup>39</sup> et le rapport de la Cour des comptes, l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation d'handicap est inégal selon les territoires. Elles ne bénéficient pas des mêmes réponses dans les Outre-mer qu'en métropole. Même si l'offre se développe progressivement, elles souffrent toujours d'un retard important par rapport à la métropole. Les taux d'équipements, en 2010, étaient de 4,5 places pour 1000 adultes à la Réunion et de 2,80 en Guyane contre 9,3 places en métropole. Des études statistiques plus récentes doivent être développées afin de mieux appréhender la situation des personnes en situation d'handicap. La pleine application de la loi du 11 février 2005 relative au handicap est loin d'être effective dans l'ensemble des territoires. Les conditions et les montants des aides sont toujours très en-dessous de ceux appliqués en métropole.

### Les personnes détenues

La situation des personnes détenues dans les Outre-mer révèle de graves atteintes aux droits, lesquelles ont déjà été dénoncées tant par la CNCDH<sup>40</sup> que par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)<sup>41</sup>. Les travaux menés par la CNCDH sur la situation dans les prisons l'ont en effet conduite à souligner les défaillances du système de santé en prison. Ces dernières affectent de façon discriminante les personnes détenues dans la majorité des prisons ultramarines. Tous les territoires sont concernés par les conditions d'exercice du droit à la protection de la santé dans les établissements pénitentiaires, une telle protection étant conforme au principe de la continuité des soins entre la prison et le monde extérieur, posé par la loi du 18 juillet 1994. En vertu de ce principe, la prise en charge

39 CESE, Avis du 25 juin 2014, *Mieux accompagner et inclure les personnes en situation d'handicap : un défi, une nécessité*.

40 CNCDH, *Avis sur la question pénitentiaire dans les Outre-mer*, adopté le 18 mai 2017, JORF 0138 du 14 juin 2017, texte n°77, cf. infra Chapitre VIII.

41 CGLPL, *Recommandations relatives au centre pénitentiaire du Nouméa (Nouvelle-Calédonie)*, 30 novembre 2011 ; *Recommandations communes au centre de rétention à la maison d'arrêt de Mayotte*, 30 juin 2010.



sanitaire des détenus relève de la responsabilité du ministère de la santé dans les DOM comme en métropole, avec un pilotage par les ARS. Les soins sont dispensés dans les Unités sanitaires dépendantes d'un établissement public de santé lié par un protocole à un établissement pénitentiaire. Ces unités fonctionnent comme des dispensaires avec des horaires d'ouverture.

L'état des lieux de la prise en charge sanitaire des détenus dans l'ensemble des établissements pénitentiaires Outre-mer révèle de graves lacunes alors que les populations carcérales sont à risques. Il est à cet égard fréquent que certaines pathologies n'aient jamais été soignées avant le placement en détention. De surcroît, la sur-occupation des locaux et leur vétusté sont des facteurs aggravants de risques infectieux. Les rapports précités du contrôleur général des lieux de privation de liberté ont en ce sens dénoncé les conditions indignes d'incarcération et des conditions inadéquates pour l'offre de soins. Que ce soit pour les soins somatiques ou pour ceux en psychiatrie, force est de constater la carence des prises en charge faute de moyens et de personnels qualifiés.<sup>42</sup> Au-delà des DOM, la situation à Nouméa est particulièrement critique et révèle de graves atteintes au droit à la santé<sup>43</sup>

Et pourtant, la santé en milieu pénitentiaire n'est pas jugée prioritaire et ne fait donc pas l'objet d'une action spécifique dans la stratégie santé Outre-mer, ce que la CNCDH déplore vivement.

---

<sup>42</sup> *Rapport Cour des comptes 2014*, annexe 16 : accès à la santé des personnes détenues.

<sup>43</sup> *Ibidem*.

## Partie II. Des systèmes de santé en grandes difficultés : un obstacle à l'accès aux soins

L'étude des systèmes de santé existants dans les Outre-mer montre combien il reste à faire pour permettre un accès équitable à la santé de tous les ultramarins. Bien que les situations soient contrastées, l'organisation des systèmes de santé demeure à la peine dans certains territoires, ce qui entrave l'efficacité des prises en charge. En effet, tandis que les Antilles et la Réunion sont dans une « *dynamique de convergence* » avec l'hexagone, la Guyane et Mayotte accusent des retards très importants.

On trouve ainsi dans le constat de la Cour des comptes une analyse des défaillances dans la permanence des soins. La CNCDH évoquera certains obstacles à l'accès aux soins tels que révélés par les auditions et le rapport précité et tentera de comprendre la fragilité des dispositifs de santé existants, tout en gardant à l'esprit que des améliorations issues de la nouvelle stratégie santé dans les Outre-mer, qui n'est pas encore entrée en œuvre, sont espérées.

### A. Les obstacles à l'accès aux services de santé

Barrières géographiques d'accès aux soins, barrières financières, barrières linguistiques et numériques, dysfonctionnement structurel du dispositif de santé, déficit des actions classiques de prévention, retards difficiles à combler dans la disponibilité et la formation des acteurs de santé sont des déterminants qui impactent sévèrement le droit à la santé.

#### Les barrières géographiques de l'accès aux soins

L'isolement de nombreuses îles ou régions de ces territoires complique l'accès aux soins et la réponse aux urgences, alors surtout que l'évacuation des malades est fréquemment imposée<sup>44</sup>. La caractéristique géographique est donc une donnée importante dans l'accès aux soins car l'isolement est un facteur d'aggravation des pathologies s'il n'existe pas de dispositifs d'accès aux soins adaptés au contexte<sup>45</sup>. Les populations autochtones de l'intérieur de la Guyane sont particulièrement

44 Audition de Mme Laurence Bonnac-Théron, Directrice générale de la Santé en Polynésie française.

45 Exemple de cliniques mobiles mises en place pour pallier l'isolement et l'initiative récente de centres délocalisés de prévention et de soins.

exposées aux risques sanitaires faute de structures adaptées pour leur prise en charge. Ainsi, les risques de perte de chances résultant de lacunes dans la permanence des soins sont plus élevés qu'en métropole.

### **Les barrières financières ou administratives faisant obstacle à l'accès aux soins**

Les barrières financières sont aussi des obstacles à l'accès aux soins avec pour conséquence le renoncement aux soins face, par exemple, au coût des transports ou les contraintes administratives trop lourdes et le manque d'accompagnement social. Un pourcentage non négligeable de bénéficiaires du RSA ultramarins ne demande pas son droit à l'ouverture de la CMU-C faute de connaissance du dispositif et de la complexité administrative et renonce aux soins pour raison financière.

### **Des professionnels de santé en médecine libérale inégalement répartis et un déficit flagrant de spécialistes**

Selon les chiffres recueillis par la Cour des comptes en 2012, quelques 7000 médecins exercent dans les territoires ultramarins. Ce chiffre recouvre des densités très différentes. Ainsi, dans les DROM, la Guyane avait soixante-et-onze praticiens libéraux actifs dont la moitié de spécialistes pour 100 000 habitants, deux fois et demi moins que la Réunion seule à approcher (180) la moyenne nationale (201). La Guyane et Mayotte (18) sont donc particulièrement défavorisées. Il faut également retenir de ce constat le fait que ces moyennes recouvrent des densités localement très différentes, le plus souvent au détriment des populations les plus éloignées et défavorisées. Les problèmes de répartition des professionnels de santé, aggravés par l'insularité, prennent une acuité particulière rendant difficile l'accès aux soins ambulatoires et entraînant la saturation du système hospitalier et des urgences. Faute de médecine libérale, « *l'hospitalo-centrisme y est de fait renforcé avec de grands ensembles hospitaliers souffrant de sous-dimensionnement, de sous-effectif en personnel formé et trop souvent de gestion hasardeuse*<sup>46</sup>».

Le déficit de spécialistes est particulièrement inquiétant dans certains territoires puisqu'il entrave le dépistage de certaines pathologies et leur prise en charge dans un délai favorable. C'est le cas en gynécologie obstétrique, en santé mentale et prise en charge de certains cancers. Le déficit de spécialistes procède

---

<sup>46</sup> Rapport Cour des comptes 2014.

également de la vacance de certains postes, qui ne sont pas pourvus, en raison parfois de leur manque d'attractivité. En Guyane, la faiblesse du secteur psychiatrique est manifeste. Il repose en effet uniquement sur l'hôpital et le seul praticien de pédopsychiatrie vient de partir sans être remplacé. Ces carences sont un lourd sujet d'inquiétude pour les responsables locaux, lesquels, et malgré de récents et importants efforts financiers, sont conscients de n'avoir pas encore trouvé la bonne réponse à la question du suicide des jeunes. Le suicide concerne surtout les jeunes en déshérence morale issus des populations amérindiennes.

Des programmes de prévention peu performants dans certains DOM

La CNCDH constate qu'à la source de bien des failles se trouvent principalement la relégation au second plan de la prévention. Alors même que des politiques de prévention bien conduites sont en général moins coûteuses et plus respectueuses du droit à la protection de la santé, on constate que les systèmes de santé misent encore trop souvent sur les seules stratégies curatives. La déficience des politiques de prévention est en effet manifeste dans bien des domaines et en particulier dans le cadre des programmes de protection maternelle et infantile et celui de la santé sexuelle et reproductive<sup>47</sup>.

## **B. Une efficacité très relative des dispositifs de santé en Guyane et à Mayotte**

Sans nier la valeur dans le temps des efforts accomplis pour améliorer le niveau de la situation sanitaire dans les territoires et départements ultramarins, il demeure que continuent à s'y présenter des difficultés très sérieuses, auxquelles les systèmes de santé ne répondent qu'imparfaitement. La CNCDH souhaite ainsi attirer spécialement l'attention sur la situation dégradée de la protection maternelle et infantile et sur les graves difficultés qui affectent le fonctionnement des centres hospitaliers en Guyane et à Mayotte.

### **Périnatalité et Protection maternelle et infantile : de graves insuffisances**

L'évolution des indicateurs de la mortalité périnatale et néonatale démontre une dégradation du suivi des grossesses et/ou la non observance des recomman-

---

<sup>47</sup> CNCDH, *Avis sur les violences de genre et les droits sexuels et reproductifs dans les Outre-mer*, adopté le 21 novembre 2017. Cf. infra chapitre VI.

dations. Il est pourtant du ressort de l'Etat et du ministère de la santé de porter une attention toute particulière à cette problématique qui classe la France en mauvaise position au niveau européen et qui est dénoncée par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels et le Comité pour l'élimination des discriminations à l'égard des femmes dans leurs observations<sup>48</sup>.

La périnatalité est une préoccupation forte pour l'ensemble des départements et particulièrement ceux de l'océan Indien. Les accouchements représentent la part la plus importante de l'activité du centre hospitalier de Mayotte et cette activité est à la hausse. Cependant, les missions de la Protection maternelle et infantile (PMI) sont confrontées à de graves difficultés récurrentes. Depuis 2016, des mouvements de grèves sont réguliers au sein des structures de prévention et de soins et les personnels ont fait appel à leur droit de retrait<sup>49</sup>. Par ailleurs, dans une lettre ouverte datée du 26 juin 2017 adressée aux responsables politiques et à la population, des agents territoriaux de la PMI de Mayotte, déplorent la dégradation des conditions de travail et des effectifs et alertent : « *si rien n'est fait pour assurer la continuité des soins, nous risquons de voir une augmentation de la morbi-mortalité maternelle et infantile imputable à la mauvaise gestion et organisation des services de santé* ». Face à ce constat alarmant, les agents territoriaux de la PMI « *exigent une mise en tutelle provisoire et immédiate des services pour assurer la continuité des soins* ».

### Des centres hospitaliers sous pression et exsangues, dans un contexte de crise sociale

La pression sur les équipements sanitaires qui est le lot commun des politiques de santé est particulièrement sensible dans les Outre-mer. Deux départements ont été récemment affectés par une profonde crise sociale, qui a révélé de graves dysfonctionnements.

<sup>48</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observations finales concernant le quatrième rapport périodique de la France*, adopté le 24 juin 2016, E/C.12/FRA/CO/4.

Comité sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, *Observations finales concernant le rapport de la France valant septième et huitième rapports périodiques*, adopté le 8 juillet 2016, CEDAW/C/FRA/CO/7-8.

<sup>49</sup> D'avril à septembre 2016, 133 réservistes de l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) ont été mobilisés à Mayotte en périnatalité et obstétrique. (Sudre 2017)

En Guyane, l'offre hospitalière ne parvient pas à compenser le déficit de médecins, le nombre de lits par habitant étant proche de la moitié de ceux constatés en métropole. Plus gravement, ces taux ne se sont pas améliorés avec le temps et ne suivent pas la croissance de la population. La situation des hôpitaux en Guyane était au cœur de la crise sociale de mars 2017. Parmi les revendications de ce mouvement social d'une ampleur exceptionnelle, se trouvait la question des déficits du Centre médico-chirurgical de Kourou et du Centre hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne (CHAR). Alors que de plus en plus de malades se retrouvent en situation de précarité, le CHAR ne bénéficiait pas de la dotation « Mission d'intérêt général précarité »<sup>50</sup>. Parmi les revendications figuraient la rénovation du bâtiment et l'achat de nouveaux matériels médicaux. Les praticiens alertaient également sur « *la mise en danger des patients, les conditions inacceptables de leur prise en charge et les difficultés d'exercice du métier de soignant* »<sup>51</sup>. Des requêtes ont été adressées à la ministre de la santé. Les personnels lui demandaient de renforcer la sécurité de l'hôpital<sup>52</sup>, de corriger les malfaçons du nouveau pôle mère-enfant et la radio protection. Avait également été évoquée la révision du système de tarification à l'acte qui ne serait pas adaptée à la Guyane, en raison du nombre important de personnes précaires

À Mayotte, l'offre de soins est principalement fournie par le Centre Hospitalier de Mayotte, aussi bien pour l'hospitalisation, la maternité que pour les soins externes, du fait de la faiblesse de l'offre libérale, alors même que le niveau de natalité à Mayotte est très élevé (près de 9000 naissances en 2016 pour une population « officielle » de 235 000 habitants). Le système hospitalier assume des tâches qui dépassent souvent les missions habituelles de l'hôpital public. L'offre de soins repose donc sur un réseau de dispensaires pour le niveau de premier recours, puis sur l'appui de quatre centres de référence plus outillés et enfin sur le site principal de Mamoudzou qui comporte un plateau technique supposé complet. Il est clair que le fonctionnement d'un tel ensemble exige une certaine capacité à adapter la législation hospitalière et notamment un mode de tarification dérogatoire au T2A. Par ailleurs, tenter d'accélérer la mise en place de la CMU-C permettrait aux

---

50 Une étude interne, concernant l'impact de la précarité sur le budget du CHAR de 2015 à 2017, indique 7 millions d'euros de sous-dotations de l'État en lien avec une trop faible prise en compte de la précarité au CHAR.

51 Collectif Pour Lagwiyann dékolé, mars 2017.

52 Le décès d'un patient calciné dans sa chambre à la suite d'un incendie a mis en évidence les graves carences du système de sécurité du centre hospitalier de Cayenne.

assurés sociaux d'accéder aux soins dans de meilleures conditions. En l'état, les autorités locales font état d'une situation critique et chronique de saturation. Les événements de mars 2016 sont la manifestation récente d'une crise d'une ampleur exceptionnelle. Des émeutes xénophobes d'une grande violence ont enflammé le territoire et il est courant d'entendre dire que les Mahorais ne peuvent se soigner à Mayotte, l'hôpital de Mamoudzou étant submergé par les soins destinés aux étrangers<sup>53</sup>.

À la lueur de ces situations de crises, la conscience de ces difficultés conduit dans tous les territoires les acteurs à être relativement ouverts à des pratiques innovantes, pourtant souvent récusées par les professionnels ailleurs. Les suggestions concernent aussi bien les modes d'exercice que la recherche de solutions à la crise de recrutement. En particulier l'idée que la formation des futurs médecins puisse se développer au plus près des populations concernées et ouvrir la voie à des vocations locales est explorée tant à la Réunion que dans les Antilles.

---

53 Ces propos ont aussi été tenus par un député de Mayotte qui souhaitait traduire l'idée que certains défendent qu'il ne faut pas que le développement économique de Mayotte soit trop rapide car cela intensifierait les vagues migratoires constituant « une pompe d'aspiration à l'immigration »

## Partie III. La stratégie santé Outre-mer 2016-2023 : une ambition à mettre en œuvre

La loi de modernisation du système de santé comporte un volet spécifique à l’Outre-mer visant à prendre en compte les déterminants de santé propres à chaque territoire et des accompagnements spécifiques pour les populations les plus vulnérables. Il est important de rappeler que la stratégie santé Outre-mer présentée en mai 2016 résulte de la complémentarité des politiques menées par le Ministère de la Santé et le Ministère des Outre-mer qui conduit aussi certaines actions dans le domaine de la santé. La CNCDH ne peut qu’approuver ce « *changement de paradigme* »<sup>54</sup> qui annonce une rupture assumée par rapport au plan santé Outre-mer 2009 et de ceux qui suivirent. Elle résulte d’une démarche ouverte au dialogue et soucieuse de croiser les visions régionales et nationales.

La CNCDH a pris connaissance des priorités définies à travers les cinq axes de cette stratégie :

- Améliorer l’état de santé, renforcer la prévention, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé
- Améliorer la veille, l’évaluation et la gestion des risques sanitaires
- Mieux répondre aux besoins des citoyens dans le champ de l’autonomie (vieillesse et handicap)
- Viser l’excellence et l’efficacité du système de santé dans les Outre-mer et répondre aux défis majeurs du XXI<sup>e</sup> siècle
- Réduire les inégalités d’accès aux soins et améliorer les prises en charge

La CNCDH approuve pleinement certains points forts de ce document. Ainsi, alors qu’elles sont souvent oubliées, une priorité est accordée aux actions de prévention. Celles-ci sont bien déclinées à travers les différents objectifs de l’axe 1 du projet, qu’il s’agisse d’améliorer l’état de santé de la mère et de l’enfant, de renforcer les missions de la protection maternelle et infantile, de réduire l’incidence du diabète ou d’agir en amont des comportements nocifs pour la santé. De même, à

<sup>54</sup> Termes employés en introduction dans le document « stratégie santé Outre-mer 2016 ».



la lumière des récents événements dramatiques dans les Antilles, on notera que les auteurs de ce document stratégique avaient bien à l'esprit la vulnérabilité particulière des territoires aux catastrophes naturelles ainsi qu'à certaines maladies infectieuses et qu'ils plaidaient pour un dispositif d'anticipation à la gestion des situations de crises.

Sur le plan de la réponse du système de soins aux particularités des Outre-mer, le document fait appel sans ambages à des solutions pertinentes, qu'il s'agisse de la formation des professionnels, de l'allocation des ressources aux établissements ultramarins ou de conditions d'installations en maisons médicales peu pratiquées en métropole.

La CNCDH regrette en revanche certaines insuffisances. Il faut évoquer à cet égard le manque de prise en compte des maladies professionnelles et des problématiques liées à la santé mentale ou la santé en milieu carcéral.

L'aspect plus intéressant de la procédure en cours est sa seconde phase puisqu'elle entend privilégier une réponse locale aux orientations nationales et qu'elle prévoit sous l'impulsion des agences régionales de santé l'établissement de feuilles de routes régionales. Ces documents, récemment rendus disponibles, sont le reflet d'une concertation locale qui a eu l'intérêt de mettre en lumière les enjeux d'une politique sanitaire. Là où il existe une ARS, c'est-à-dire, dans les départements et régions d'Outre-mer, la CNCDH a pu se pencher sur la manière dont les acteurs locaux s'approprièrent le diagnostic et concevaient les efforts à réaliser. Cette volonté d'élargir la concertation aux populations d'Outre-mer devrait en principe se poursuivre lors des ajustements en cours de la stratégie de santé nationale. La CNCDH soutient le recours à une approche plus participative qui doit permettre aux associations et aux citoyens les plus concernés de s'approprier les actions de la politique de santé.

## Un diagnostic des vulnérabilités sanitaires propres à chaque territoire se précise

Si ces territoires apparaissent comme des îlots privilégiés dans leur environnement régional, plusieurs indicateurs attestent cependant d'une situation sociale très difficile, qui constitue un déterminant de santé important pour les populations concernées. Celles-ci doivent en effet faire face à une pauvreté extrêmement importante, à des niveaux de chômage parmi les plus élevés de France, à des mutations démographiques auxquelles elles sont insuffisamment préparées et à des problèmes chroniques d'insalubrité des infrastructures. Si les Antilles et la Réunion s'inscrivent dans une dynamique de rattrapage et de rapprochement sensible avec l'hexagone, Mayotte et la Guyane rencontrent toujours de très grandes difficultés.

S'il est possible d'avoir une image un peu plus précise des vulnérabilités dans les territoires soumis au même régime juridique que la métropole et sous administration d'une Agence régionale de santé (ARS), le diagnostic de santé, par contre, est plus difficile à réaliser avec rigueur dans les collectivités territoriales du fait du transfert de compétences et du manque de données actualisées.

### A. La Martinique, le département d'Outre-mer le plus proche des indicateurs hexagonaux

La santé maternelle et infantile constitue la première priorité fixée par les autorités sanitaires de la Martinique dans leur stratégie de santé. Le document vise l'objectif de réduction de la mortalité maternelle, et préconise le développement d'actions classiques autour de la protection maternelle et infantile. L'obésité est aussi au premier rang des préoccupations, ainsi qu'une action ciblée pour que les cancers les plus courants soient pris en charge suffisamment tôt et par les moyens les plus modernes. Outre la drépanocytose, il semble qu'un sujet d'inquiétude particulier soit la manière de lutter contre les violences et de prévenir les suicides. Sans doute, une prise de conscience croissante des perspectives du vieillissement pousse les autorités martiniquaises à développer assez précisément les obligations que leur impose un dépistage plus précoce des handicaps et à initier une réflexion sur la manière de perpétuer des réponses fondées sur le maintien à domicile, qui deviennent plus difficiles du fait de l'évolution des attitudes.

## **B. La Guadeloupe doit faire face toujours à certains défis**

Les autorités sanitaires mettent aussi l'accent sur les niveaux élevés de la mortalité infantile et de la mortalité prénatale. La prévalence importante des maladies chroniques a des effets délétères sur le bon déroulement des grossesses. Le programme régional de lutte contre la mortalité infantile envisagé par les acteurs locaux cherche à cerner les multiples aspects de la question. Par exemple, il évoque un dispositif destiné à améliorer l'accès aux soins des parturientes isolées en leur procurant un hébergement. Est ainsi tentée une réponse aux problèmes nés à la fois de l'insularité et de la précarité des personnes concernées.

Une attention particulière doit être accordée au problème de la surcharge pondérale, qui affecte plus de la moitié de la population. Par ailleurs, le rapport de l'ARS signale l'importance des maladies chroniques – diabète (8,1% de la population est sous traitement), une personne adulte sur trois est hypertendue, 12% des guadeloupéens sont porteurs du trait drépanocytaires, le cancer de la prostate est – de manière inexpliquée – 1,5 fois plus fréquent qu'en métropole et 2,25 fois plus meurtrier. Par conséquent, agir pour réduire ce type de mortalité prématurée devient un des objectifs prioritaires.

Enfin, la corrélation des déficits en matière d'habitat avec les questions environnementales propres à la région ouvre tout un champ de priorités spécifiques et particulièrement en matière de lutte contre les maladies vectorielles.

## **C. La Guyane : une situation sanitaire dégradée, de graves difficultés d'offres et d'accès aux soins**

Les priorités prises en charge localement sont d'abord tout ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant et les soins de santé primaires dispensés dans des centres de santé délocalisés. Le sujet semble susciter une vraie mobilisation, reliant les questions d'accès à la contraception et de prévention des grossesses précoces aux actions les plus classiques. Le diabète et l'ensemble des maladies cardio-vasculaires sont aussi un sujet de préoccupation majeure.

C'est donc sur les questions de prévention et d'éducation à la santé qu'il convient de se mobiliser en intégrant les déterminants économiques, sociaux et culturels dans les outils élaborés à cette fin.

C'est à l'hôpital de Cayenne (CHAR) que repose désormais une mission d'intérêt général<sup>55</sup>. Il dispose en effet d'un budget dédié depuis la crise qui a secoué la Guyane. L'offre de soins s'appuie sur un réseau de centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) dispensant des soins gratuits de premier recours et qui sont destinés à se développer. Huit de ces centres sont totalement isolés. Ce système associé à un développement de la télémédecine semble être un début de réponse au déficit de médecins dans les régions les plus isolées.

En tout cas, le renforcement de ces centres de soins délocalisés est une manière de prendre en compte les critiques sévères faites par le Défenseur des droits en ce qui concerne l'accès aux services publics en Guyane<sup>56</sup>. Comme l'a révélé un collectif de médecins lors des mouvements sociaux de mars, il existe bien en Guyane un corps médical concerné par l'avenir de leur profession et la formation des personnels paramédicaux peut répondre aux besoins à condition d'augmenter les promotions, de valoriser leur savoir-faire et rendre attractive leur fonction.

Par ailleurs, la direction de l'ARS, est consciente du déficit en matière de prévention des suicides qui affectent particulièrement les populations amérindiennes<sup>57</sup> et du déficit de spécialistes en santé mentale pouvant répondre au problème. Elle préconise, par ailleurs, une approche interministérielle pour mieux appréhender cette problématique.

La pression de l'immigration sur le système de santé est une donnée incontournable. S'il apparaît que, de part et d'autre des frontières, des efforts existent entre professionnels pour résoudre des cas concrets, les pays voisins sont, eux-mêmes, assaillis de trop de problèmes pour que puissent être négociées de véritables coopérations officielles.

---

55 Les résultats d'une étude menée selon la méthodologie EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) prévoit pour 2017 un manque à gagner de plus de 3 millions d'euros, qui devrait être pris en charge par l'État via un financement de « Mission d'Intérêt Général ».

56 Défenseur des droits, *Accès aux droits et aux services publics en Guyane*, Rapport établi par Yvette Mathieu, décembre 2016.

57 *Suicides des jeunes Amérindiens en Guyane française : 37 propositions pour enrayer ces drames et créer les conditions d'un mieux-être*, Rapport issu de la mission parlementaire confiée à Aline Archimbaud, sénatrice de Seine-Saint-Denis, et Marie-Anne Chapdelaine, députée d'Ille-et-Vilaine, par le Premier ministre en mai 2015 relatif à la situation des populations amérindiennes de Guyane, publication 15 décembre 2015.

## **D. La Réunion et Mayotte : une situation contrastée pour ces deux départements de l’océan indien**

Les deux départements placés sous la responsabilité commune de l’ARS océan Indien révèlent des situations très différentes et le diagnostic tel qu’il est confirmé par les analyses locales tient évidemment compte de ces spécificités. Bien plus, parce que la réponse du système des soins y est fort différente, les responsables semblent à même de tirer parti des leçons de ces expériences.

Les acteurs locaux s’interrogent sur cette situation. À la Réunion, il est reconnu qu’il existe un bon maillage des maternités, une proportion de sages-femmes importante et que le déficit en obstétriciens ou pédiatres peut être comblé. Des études sont donc en cours pour suivre de façon précise le parcours des femmes enceintes et identifier les facteurs de prédisposition, qu’il s’agisse de l’hypertension, de l’obésité ou des pratiques d’alimentation. Par ailleurs, un plan de prévention des conduites addictives est décliné avec un focus particulier sur la consommation abusive d’alcool et un plan d’action a été mis en œuvre pour contrecarrer l’alcoolisation fœtale.

La périnatalité est donc une priorité bien reconnue par les autorités qui semblent tant à Mayotte qu’à la Réunion décidées à planifier leurs efforts, dans une conception large de la prévention qui inclut les risques sexuels et les grossesses précoces. Mais on mesure les difficultés lorsqu’est mise en avant une action destinée à contrecarrer l’hémorragie du post partum, à sécuriser à Mayotte le fonctionnement des maternités périphériques, à améliorer les transferts sanitaires 24h/24, à développer les réponses en néonatalogie. Par ailleurs, la mission de la protection maternelle et infantile (PMI) à Mayotte est jugée très préoccupante telle que révélée dans une lettre ouverte par des agents territoriaux de la PMI.

Si sur les points précédents, l’analyse des acteurs locaux coïncide largement avec ce qui pouvait résulter des études disponibles, l’audition des responsables de l’ARS conduit à mettre l’accent sur une autre question jugée essentielle. Il s’agit du retard constaté dans le domaine des maladies chroniques maladies cardiovasculaires, diabète, même dans certains cas cancers qui ont un impact nettement plus grave qu’en métropole. À la Réunion, les professionnels comme la population semblent préparés à prendre cet enjeu à bras le corps. Estimant que

le système de santé est en capacité pour y répondre, ils se mobilisent sur une approche originale. Celle-ci envisage de donner sens à des méthodes d'éducation thérapeutique et pour cela une conférence de consensus large a été organisée sur le diabète. Elle regroupe au-delà des professionnels les éléments concernés de la population. Elle doit notamment déboucher sur une ambitieuse étude portant sur l'ensemble d'un quartier, qui devrait au bénéfice de tous progresser sur la connaissance des facteurs à l'origine de ces maladies.

Par-delà ces questions importantes, les deux départements sont fortement concernés par les enjeux sanitaires propres aux zones tropicales, qu'il s'agisse de pathologies spécifiques ou de perturbations climatiques. Et c'est bien de droit à la santé dont il est question lorsque les infrastructures de traitement de l'eau potable sont insuffisantes ou que l'eau potable n'accède pas à toutes les habitations. Ce problème particulièrement aigu à Mayotte a justifié l'élaboration d'un « Plan eau Mayotte » dont la mise en œuvre sera à évaluer<sup>58</sup>.

Lorsque l'analyse se porte sur les réponses possibles du système de soins, les différences entre les deux départements sont extrêmes et conduisent à s'interroger sur le fait que ceci soit possible entre deux départements soumis au même régime juridique.

Concernant la Réunion, les objectifs paraissent atteignables. Le système de santé doit cependant être renforcé par des spécialités et mettre en œuvre face au vieillissement attendu de sa population des investissements et des services propres à assurer l'autonomie des personnes. Des développements précis figurent dans les objectifs locaux concernant le handicap. Par ailleurs, de sérieuses carences existent en psychiatrie. Mais, fort de son Centre hospitalier universitaire (CHU) récemment mis en place, ce département semble pouvoir mobiliser sa population autour de son droit à la santé.

À Mayotte, au contraire, tout repose sur le continuel effort d'adaptation du système hospitalier. Il n'est pas étonnant que les responsables locaux le décrivent comme étant totalement débordé. Or, il assume les soins gratuits dispensés à une

---

58 Le « Plan Eau Mayotte », signé au ministère des Outre-mer le 27 février 2017, vise notamment à l'interconnexion des eaux brutes entre les retenues de Dzoumogné et Combani ; la prospection des eaux souterraines pour les forages ; l'amélioration des capacités de production, de stockage et de transfert des eaux brutes vers la station de l'Ourovéni.

population tant locale qu'étrangère dont la prise en charge n'est pas stabilisée. Son financement dérogatoire par une dotation de l'État ne semble pas pour le moment évoluer vers une solution pérenne<sup>59</sup>. Toutes ces difficultés ne l'ont pas empêché de trouver des réponses à des situations dont il n'a pourtant pas la maîtrise. Mais, tant que la précarité des moyens éducatifs et l'insécurité dissuaderont les jeunes médecins de s'installer à Mayotte, on ne voit pas qui pourrait prendre le relais du système actuel. On ne peut dans ce contexte que saluer l'esprit d'initiative qui a conduit à rechercher le moyen d'implanter de petites unités hospitalières aux Comores<sup>60</sup>, pour tenter de canaliser les mouvements d'immigration directement liés au besoin de soins médicaux.

## E. Les collectivités ultramarines

S'agissant des collectivités d'Outre-mer, la CNCDH comme d'autres institutions s'est trouvée devant un dilemme. Elle n'est pas outillée pour recueillir des informations structurées sur la situation de ces territoires. Les compétences en matière de santé y ont été pour l'essentiel transférées aux autorités locales. L'État y est partenaire, accompagnant les exécutifs locaux. Mais cette difficulté n'empêche pas de réaffirmer que les populations de Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon, la Polynésie française, les îles de Wallis et Futuna et Nouvelle-Calédonie ont droit que s'applique à elles le Préambule de la Constitution. La Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, la protection de la santé.* »

La CNCDH a consulté un des rares documents d'ensemble, le rapport de la Cour des comptes sur la santé Outre-mer, dont les données se situent autour de 2012. À la date de son rapport, le constat de la Cour était particulièrement inquiétant : une espérance de vie inférieure à celle de la métropole qui aurait même reculé à Wallis et Futuna, des épidémies touchant plusieurs milliers de personnes en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française ont montré leur vulnérabilité aux infections à transmission vectorielle. La prévalence du risque de surpoids et de diabète est aussi constatée par la Cour qui s'inquiète du retard à prendre en charge ces pathologies.

59 A Mayotte : la PUMA, la CMU-C et l'AME n'existent pas.

60 Programme Opérationnel FEDER, Coopération Territoriale Européenne Programme transfrontalier Mayotte-Comores- Madagascar 2014-2020. La santé est le domaine dans lequel la coopération régionale est la plus structurée au sein de la zone du Canal du Mozambique et tout particulièrement entre Mayotte et Les Comores. Les principaux projets recensés ces dernières années ont été soutenus par le CHM, l'AFD et l'ARS avec l'appui du FCR.

Les remarques propres à chacun de ces territoires sont souvent inquiétantes. De façon récurrente sont mises en lumière les inégalités de situation à l'intérieur des territoires, qui font que les progrès ne se diffusent que lentement. Ainsi en est-il des actions de prévention engagées tardivement ou sujettes à des aléas de financement entre 2008 et 2012. De très nombreuses critiques sont formulées sur la manière dont ont été conduits les investissements hospitaliers à Papeete ou à Nouméa. La Cour s'inquiète des questions d'évacuation des malades graves de Nouméa ou de Papeete et en vient même à envisager que soit affirmée en la matière une obligation de service public.

Dans ce contexte plutôt négatif, il faut toutefois relever quelques améliorations. De manière générale, la situation de ces territoires en matière de santé est souvent meilleure que celle de territoires placés dans les mêmes conditions géographiques. Les autorités territoriales sont décidées à prendre en charge les questions de santé. Ainsi, Saint-Pierre-et-Miquelon disposerait d'une infrastructure sans équivalent, au point que le problème serait plutôt que de tels moyens seraient sous utilisés.

La directrice générale de la santé en Polynésie française a rappelé les difficultés auxquelles sont confrontées les autorités sanitaires de cette collectivité dont la population est dispersée sur cent-trente-huit îles dont certaines sont très peu peuplées. Les autorités ne semblent pas avoir été directement associées, aux travaux menés dans le cadre de la stratégie nationale, contrairement aux DOM. Mais, les autorités locales ont adopté en 2016 un document stratégique, dont la lecture donne une idée des difficultés et des réponses mises au point sur place. Il est reconnu qu'il existe des retards à combler et des difficultés graves dues au sous équipement, à l'insuffisance de médecins et aux inégalités aggravées par la dispersion des populations. Au-delà des développements concernant les questions de pilotage et de gouvernance, il transparaît dans ce document la volonté de prendre en charge les questions les plus sensibles. La prévention est au nombre de celles-ci, priorité reconnue d'autant plus qu'il y aurait eu des hésitations dans le passé. Il en est particulièrement question pour confronter l'enjeu qui semble, comme à la Réunion, être sur le devant de la scène, à savoir la lutte contre les maladies chroniques, liées à l'hypertension ou à l'obésité. Sans occulter les problèmes concernant la santé de la mère et de l'enfant, les autorités locales semblent vouloir faire face à un danger croissant lié à des facteurs alimentaires.



Des campagnes spécifiques de sensibilisation dans le domaine de la nutrition sont en cours, de même que le territoire envisage des mesures pour limiter la consommation de sucre.

Par ailleurs, c'est en Polynésie Française que se sont développées des expériences de télémédecine qui font jouer à ce territoire un rôle précurseur. Face à la pénurie de médecins et à la dispersion des malades, la réponse est pertinente puisqu'il s'agit de recourir à un corps d'auxiliaires médicaux proches de la population qui ont bénéficié d'une formation associée à la télémédecine. Celle-ci est en pleine expansion, et devrait pallier certaines conséquences de l'insularité. Il reste vrai cependant qu'une grossesse à risques ne trouve pas de solution sur place et que les femmes concernées doivent se rapprocher de l'hôpital de Papeete dès le 7ème mois de grossesse.

A Wallis et Futuna, sont constatées les mêmes carences. Elles sont aggravées par l'extrême isolement de ces territoires et l'insuffisance reconnue d'un recueil de données fiables. Les quelques 12000 habitants de ces territoires connaissent de graves insuffisances de la médecine d'urgence. Il est demandé localement que soit pérennisé le poste de médecin urgentiste et que l'île de Futuna soit dotée d'un médecin formé aux urgences.

De ces quelques indications, la CNCDH tire deux conclusions importantes. Il n'est pas acceptable que les données de santé soient aussi mal connues pour ces territoires, et lorsque ceux-ci n'ont pas les moyens techniques pour remédier à cette situation, l'État doit y remédier. Ce dernier doit rendre compte aux instances internationales de la manière dont ses ressortissants accèdent à leurs droits. Par ailleurs les particularités de l'organisation institutionnelle ne peuvent servir d'excuse. Il en est ainsi lorsqu'interviennent des retards dans la transposition des textes signalés par la Cour des comptes. De même, de nombreuses améliorations énoncées dans la Stratégie nationale dans les départements d'Outre-mer, attendent une négociation ou un accord avec les gouvernements locaux pour s'appliquer dans les collectivités. Or il n'est guère de trace des initiatives qui auraient pu être prises pour les y inciter.

## Conclusion

L'insuffisance des données relatives à la santé est un frein très largement reconnu. De ce fait, il est parfois très difficile Outre-mer d'évaluer ce qui a pu être fait ou d'assurer la continuité des politiques. Ceci est source de découragement malgré des progrès constatés dans le passé ou la comparaison parfois favorable avec les pays voisins. Il est clair, par ailleurs, que des risques de santé propres à ces territoires ou aggravés compte tenu de leur situation sont parfaitement identifiés. Gagner les années d'espérance de vie ou protéger aussi bien qu'en métropole la mère ou l'enfant, faire qu'Outre-mer un malade ait devant les progrès médicaux, les mêmes chances qu'en métropole, sont les objectifs qu'il convient de se fixer en termes de droits de l'homme

En effet, la santé est un droit et la CNCDH a pour mandat de le rappeler. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme vise à ce que l'ensemble des politiques, des stratégies et des programmes de santé soient conçus de façon à améliorer peu à peu la jouissance par chacun du droit à la protection de la santé. Une telle approche détermine les relations entre les différents acteurs afin de donner à la population les moyens de faire valoir ses droits et d'encourager les décideurs et les prestataires de service à respecter leurs obligations de respecter et de protéger ce droit, et de mettre en œuvre des systèmes de santé plus adaptés, accessibles et de qualité.

La CNCDH incite donc les pouvoirs publics à intégrer dans leur stratégie une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme. C'est le principe même de la « *démocratie en santé* » à laquelle se réfèrent, dans leur préambule, les auteurs de la stratégie santé Outre-mer. Or, la démocratie sanitaire implique à la fois l'association des usagers du système de santé à la prise de décision en matière sanitaire et le respect de leurs droits fondamentaux. En ce sens, garantir l'effectivité de la protection de la santé et de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire est une composante essentielle de la démocratie sanitaire et, au-delà, du pacte social républicain.

## Recommandations

**Recommandation n°1 :** Afin de pouvoir mieux appréhender la situation sanitaire de chaque territoire et les disparités existantes à l'intérieur de ceux-ci, la CNCDH recommande que soient renforcés les outils permettant une collecte de données fiables (y compris à Mayotte). La création du comité de pilotage « données Outre-mer » doit être pleinement soutenue afin d'évaluer l'évolution des indicateurs et la pertinence des actions menées. La CNCDH recommande aux pouvoirs publics d'en faire bénéficier les collectivités territoriales avec leur consentement.

**Recommandation n°2 :** La CNCDH encourage les autorités à poursuivre les efforts de coordination et d'approche transversale afin de tendre vers le modèle souhaité de démocratie en santé. Les objectifs stratégiques doivent être à la fois établis et affinés au plus près des situations locales et avec le concours des populations concernées et des acteurs locaux. Cependant, l'État conserve sa responsabilité, en tant que partenaire, et doit soutenir ou engager de façon pérenne des actions dans les territoires ayant leur propre régime de protection de la santé.

**Recommandation n°3 :** Eu égard aux faiblesses constatées en matière de politiques de prévention et aux conséquences sur l'état de santé des populations, la CNCDH recommande que soit accordée une place centrale aux programmes de prévention avec un renforcement des ressources tant au niveau humain que financier. L'ensemble des dispositifs de prévention doit être adapté méthodologiquement au contexte socioculturel et à la diversité des situations locales ainsi qu'aux risques sanitaires liés à l'environnement propres à chaque territoire.

**Recommandation n°4 :** Eu égard aux taux de mortalité maternelle et infantile dans la majorité des territoires, la CNCDH recommande une mobilisation d'ampleur exceptionnelle sur l'ensemble des programmes et actions définis dans les feuilles de route. Une évaluation régulière de ces programmes doit permettre d'en vérifier l'incidence et d'en modifier éventuellement les modalités d'action.

**Recommandation n°5** : Puisque l'obésité et les maladies chroniques sont une préoccupation majeure, la CNCDH insiste sur la nécessité d'allier la prise en charge de ces pathologies avec des campagnes de sensibilisation adaptées afin de réduire l'impact délétère des comportements à risques en matière de nutrition.

**Recommandation n°6** : Face à la pénurie de médecins qui compromet l'accès aux soins, la CNCDH encourage les autorités sanitaires à prendre des initiatives innovantes visant à aider l'installation de professionnels prêts à exercer sur place et rendre leur mission attractive. Des formations spécifiques à la prise en charge des pathologies liées au contexte géographique doivent être développées. La mise en place à terme de maisons de santé pluridisciplinaires doit également être envisagée afin d'encourager l'exercice de la médecine libérale.

**Recommandation n°7** : Dans le prolongement de la recommandation n°6, lorsqu'il existe une pénurie de médecins comme en Guyane ou à Mayotte, la CNCDH recommande aux pouvoirs publics de soutenir, d'étendre et de pérenniser l'offre de soins de premier recours autour des centres hospitaliers de la Guyane et de Mayotte par le renforcement et la création de centres de soins délocalisés sous la responsabilité des centres hospitaliers. Ces centres de soins délocalisés auraient ainsi vocation à les désengorger.

**Recommandation n°8** : Afin de pallier la pénurie de médecins dans les contextes d'isolement et de désert médical, la CNCDH encourage autant que faire se peut, le développement de la télémédecine qui pourrait permettre de dupliquer des expériences jugées positives notamment en Guyane et en Polynésie française. Face aux défis géographiques et au manque de transports en commun, il est nécessaire de porter une attention particulière au maillage du territoire par le service public de santé.

**Recommandation n°9** : La CNCDH regrette qu'aucun objectif dans l'axe 1 de la stratégie ne soit dédié à améliorer les offres de soins en psychiatrie ou santé mentale. Pourtant, des besoins sont clairement identifiés notamment en direction de certains adolescents développant des tendances suicidaires ou en situation d'addiction. La CNCDH recommande qu'une évaluation des besoins dans le domaine de la psychiatrie fasse l'objet d'une mission spécifique.

**Recommandation n°10** : Considérant les inégalités sociales d'accès aux soins en Outre-mer, la CNCDH recommande aux pouvoirs publics de renforcer la sensibilisation et l'aide à l'acquisition des droits aux populations les plus vulnérables par un dispositif innovant et incitateur.

**Recommandation n°11** : Concernant les droits des étrangers à Mayotte, la CNCDH recommande que soit évaluée la perspective de mettre fin au régime dérogatoire excluant du bénéfice de l'aide médicale d'Etat les étrangers éligibles au dispositif. Une telle évaluation permettrait de définir les besoins financiers du centre hospitalier de Mayotte pour y répondre par des moyens adaptés.

**Recommandation n°12** : Si la CNCDH reconnaît que l'attraction des hôpitaux sur de nombreux malades venus des pays limitrophes est une question difficile à régler avec des pays qui sont eux-mêmes en difficulté, elle a constaté que la coopération régionale et internationale en matière de santé a donné lieu à quelques expérimentations. Des recherches dans cette voie mériteraient d'être encouragées par les pouvoirs publics.

**Recommandation n°13** : La CNCDH invite les pouvoirs publics à intégrer dans leur stratégie une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme, conformément au principe de la démocratie sanitaire.

## Liste des personnes auditionnées

**Jacques CARTIAUX**, Directeur Général, Agence Régionale de Santé Guyane, 27 septembre 2017 ;

**Sylvaine GAULARD**, Chargée de mission auprès du secrétaire général, Pôle Santé Agence Régionale de Santé, 10 octobre 2017 ;

**Mme Laurence BONNAC-THERON**, Directrice générale de la Santé de Polynésie, 25 septembre 2017 ;

**François MAURY**, Directeur Général, Agence Régionale de Santé Océan Indien.





Créée en 1947 sous l'impulsion de René Cassin, **la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)** est l'Institution nationale de promotion et de protection des droits de l'homme française, accréditée de statut A par les Nations unies.

L'action de la CNCDH s'inscrit dans une quadruple mission :

- Conseiller les pouvoirs publics en matière de droits de l'homme ;
- Contrôler l'effectivité des engagements de la France en matière de droits de l'homme et de droit international humanitaire ;
- Assurer un suivi de la mise en oeuvre par la France des recommandations formulées par les comités de suivi internationaux et régionaux ;
- Sensibiliser et éduquer aux droits de l'homme.

L'indépendance de la CNCDH est consacrée par la loi. Son fonctionnement s'appuie sur le principe du pluralisme des idées. Ainsi, seule institution assurant un dialogue continue entre la société civile et les experts français en matière de droits de l'homme, elle est composée de 64 personnalités qualifiées et représentants d'organisations non gouvernementales issues de la société civile.

La CNCDH est le rapporteur national indépendant sur la lutte contre toutes les formes de racisme depuis 1990, et sur la lutte contre la traite et l'exploitation des êtres humains depuis 2014. Elle est l'évaluateur de nombreux plans nationaux d'action.

20 avenue de Ségur, TSA 40 720  
75 334 PARIS Cedex 07  
Tel : 01.42.75.77 .09  
Mail : [cncdh@cncdh.fr](mailto:cncdh@cncdh.fr)  
[www.cncdh.fr](http://www.cncdh.fr)

