



STRATÉGIE
NATIONALE
DE SANTÉ

La stratégie de santé pour les outre-mer

État de santé

État de l'offre de soins
et de prise en charge

Milieux de vie



1 - L'état de santé : des maladies et risques spécifiques en outre-mer

L'ESPÉRANCE DE VIE constitue un indicateur synthétique des problèmes de santé les plus graves auxquels est confrontée une population. L'inégalité sociale face à la mort est la plus marquante des inégalités sociales et territoriales et l'espérance de vie est ainsi un indicateur essentiel pour étudier l'état de santé en outre-mer.

La situation est très différente selon les territoires. En 2013, en Martinique, l'espérance de vie à la naissance est semblable à la métropole pour les hommes comme pour les femmes. Les espérances de vie à 60 ans et à 65 ans sont supérieures à celles de métropole.

En Guyane, Guadeloupe et à la Réunion, l'espérance de vie à la naissance est un peu moins élevée que la moyenne métropolitaine, pour les hommes comme pour les femmes (mais supérieure à celle de certains départements métropolitains, comme le Pas-de-Calais). En Guadeloupe, les espérances de vie à 60 ans et à 65 ans sont supérieures à celles de métropole, pour les hommes comme pour les femmes. Pour la Guyane, elles sont en revanche plus faibles et pour Mayotte¹, l'écart reste particulièrement important.

LA MORTALITÉ INFANTILE ET MATERNELLE : UN ENSEMBLE DE FACTEURS CONDUISANT À UN TAUX LARGEMENT PLUS ÉLEVÉ QU'EN MÉTROPOLE

Si l'espérance de vie à la naissance a fortement progressé en outremer ces dernières années pour se rapprocher de celle observée en métropole, la mortalité infantile et périnatale reste en revanche beaucoup plus forte. Les conditions sociales plus défavorables dans les territoires ultramarins contribuent à la surmortalité infantile qui y est observée. La précarité, les addictions, les pathologies chroniques (hypertension, diabète) entraînent une vulnérabilité de certaines femmes enceintes. Les grossesses précoces sont plus nombreuses.

La mortalité maternelle est particulièrement élevée aux Antilles, en Guyane et en Océan Indien : sur la période 2007-2009, elle concerne 32 mères pour 100 000 naissances vivantes, contre 9,4 en France métropolitaine. Le taux de mortalité infantile, la prématurité et le nombre d'enfants de petit poids restent encore 2 à 3 fois plus élevés dans les outre-mer qu'en métropole.

1- Pour Mayotte, le manque de données est dû au fait du décalage dans la construction d'un système d'observation ; ce problème est néanmoins en voie de résolution et fait partie du plan d'actions de la stratégie

Par exemple, en 2013, le taux de mortalité infantile était de 3,3 pour 1 000 naissances en métropole contre 8,8 en Guyane, 7,5 à la Réunion, 7,6 en Martinique, 8,7 en Guadeloupe. Le différentiel de mortalité infantile est surtout marqué dans la période néo-natale précoce. Le taux de mortinatalité est par ailleurs plus élevé dans les départements français d'Amérique (Guadeloupe, Martinique, Guyane) qu'à La Réunion (16,3 ‰ versus 11,4 ‰), et reste très éloigné de celui de la métropole (8,7‰). La situation de Mayotte est encore plus difficile.

Cette surmortalité maternelle et infantile n'a pas trouvé d'amélioration notable malgré le développement de l'offre de soins dans les outre-mer et en dépit d'actions de prévention soutenues. Dès lors il apparaît indispensable de porter un plan d'action spécifique impliquant les niveaux national et régional pour réduire les écarts constatés entre les outre-mer et la métropole.

SURPOIDS, OBÉSITÉ, MALNUTRITION ET MALADIES ASSOCIÉES

Dans les départements et la plupart des collectivités d'outre-mer, la prévalence de l'obésité et des pathologies associées (diabète, hypertension artérielle, maladies cardio-vasculaires) est plus élevée qu'en métropole. En métropole, dans le baromètre santé 2014², 41 % des individus de 15 à 75 ans déclarent être en surpoids (indice de masse corporelle supérieur ou égal à 25), avec plus d'hommes (47 %) que de femmes (36 %). Parmi les personnes en surpoids, 12 % hommes comme femmes déclarent être obèses (indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30).

Selon le baromètre santé DOM 2014 portant sur les DFA et la Réunion (15-75 ans)³:

- **En Guadeloupe**, près d'un adulte sur deux (48 %) est en surpoids, dont 17 % de personnes obèses. Les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes par l'obésité (22 % contre 11 %). La corpulence apparaît sensiblement plus importante qu'en France hexagonale parmi les femmes, ceci quelque soit l'âge.
- **En Martinique**, la moitié des adultes (51 %) est en surpoids, dont 17 % de personnes obèses. Comme en Guadeloupe, les écarts avec la métropole sont le fait de la plus forte obésité des femmes. L'écart le plus important entre Martinique et métropole s'observe parmi les personnes âgées de 15 à 30 ans (10 % vs 6 %) et parmi celles âgées de 31 à 45 ans (19 % vs 10 %).

2- Créés au début des années 90, les Baromètres santé permettent à la fois l'étude des déterminants des comportements de santé, et de les envisager eux-mêmes comme des déterminants de l'état de santé de la population. Pour la première fois en 2014, une extension a été mise en œuvre dans les départements d'outre-mer.

3- Le département de Mayotte n'a pas été couvert par le Baromètre de santé 2014, mais sera pris en compte dans le cadre de la prochaine étude.

- **En Guyane**, la moitié des adultes (52 %) est en surpoids, dont 18 % de personnes obèses. Comme dans les Antilles, les femmes sont bien plus concernées que les hommes par l'obésité (23 % vs 13 %). Au cours de la vie, l'écart le plus important s'observe parmi les 15-30 ans (14 % des Guyanais sont touchés par l'obésité, contre 6 % en métropole).

- **A la Réunion**, 38 % des adultes sont en surpoids, dont 11 % de personnes obèses. Les femmes sont plus touchées que les hommes par l'obésité. Comparativement à la métropole, l'obésité concerne une part équivalente de la population féminine, mais se révèle moins fréquente parmi les hommes (8 % vs 12 %). Parmi les moins de 25 ans, l'obésité touche 9 % des Réunionnais, presque deux fois plus qu'en métropole (5 %).

Le surpoids et l'obésité sont particulièrement élevés dans les autres territoires d'outre-mer : A Mayotte, en 2008, 52 % des hommes et 79 % des femmes de 30 à 69 ans sont en surpoids, selon des mesures anthropométriques. A Wallis et Futuna, selon des mesures anthropométriques, en 2009 87 % de la population souffre de surcharge pondérale ou d'obésité, et 60 % d'obésité. En 2010, en Polynésie française, selon des mesures anthropométriques, 70 % de la population adulte est en surpoids ou obèse, et 40 % est atteinte d'obésité. La prévalence de l'obésité en Polynésie française se situe bien au-dessus des 17 % d'obèses relevés en France métropolitaine dans l'étude ENNS 2006-2007.

Une prévalence du diabète très marquée

outre-mer. Le diabète est en progression constante depuis plus de 20 ans en outre-mer. Il s'agit très majoritairement de diabète de type 2 (« diabète acquis »), associé à la progression de l'obésité, au manque d'activité physique et au vieillissement de la population. Les données récentes soulignent d'importantes inégalités territoriales.

Ainsi dans les DFA et à la Réunion, en 2013, la prévalence du diabète traité variait entre 3,3 % (Guyane) et 8,1 % (Guadeloupe), La Réunion, la Guadeloupe et la Martinique ayant les taux les plus élevés des départements de France. A l'estimation de la fréquence du diabète traité pharmacologiquement, il faut ajouter la prévalence du diabète non diagnostiqué et/ou non traité pharmacologiquement, ce qui est peut-être davantage le cas en Guyane, où le nombre de patients diabétiques traités est en augmentation. Il est également nécessaire de tenir compte des structures par âge de la population différentes selon le territoire, la prévalence du diabète augmentant avec l'âge. Avec des taux standardisés par l'âge et le sexe, la Guyane atteint une prévalence proche des autres départements ultramarins (7,5 %).

Les complications liées au diabète sont particulièrement fréquentes dans les outre-mer : AVC, infarctus du myocarde, cécité, amputation d'un membre supérieur, insuffisance rénale terminale.

À Mayotte, 10,5 % des 30-69 ans sont diabétiques en 2008, selon des mesures biologiques. À Wallis-et-Futuna, 17,1 % de la population est diabétique. En Polynésie française, en 2010, 10 % des enquêtés déclarent être diabétiques.

Maladies cardiovasculaires et morbidités

associées. Pour les maladies cardio-vasculaires, La Réunion présente la plus forte mortalité des régions de France sur la période 2008-2010. Les DFA et la Réunion présentent une mortalité par accidents vasculaires cérébraux élevée. L'hypertension artérielle (HTA) est l'une des principales causes de risques vasculaires. Elle est dans les DFA l'une des premières causes d'admission en ALD. De façon générale, comme dans les quelques régions de métropole présentant une surmortalité par pathologie cardiovasculaire, on retrouve dans les DFA et à La Réunion les plus fortes prévalences d'individus bénéficiant de traitements pharmacologiques pour hypertension artérielle (HTA), diabète et/ou dyslipidémie.

En 2010, en Polynésie française, 10,0 % des personnes interrogées ont déclaré souffrir d'HTA. Cependant, la mesure de la pression artérielle réalisée lors de cette étude met en évidence l'existence d'une HTA chez 26,7 % de la population qui concerne davantage les hommes que les femmes (31,1 % versus 22,2 %), et elle augmente significativement avec l'âge. Par ailleurs, 74,2 % des personnes hypertendues ne sont pas traitées.

En 2009, à Wallis-et-Futuna, 39,1 % des hommes et 29,6 % des femmes présentent une hypertension artérielle. Le pourcentage d'hypertendus augmente progressivement avec l'âge chez les femmes ; chez les hommes, c'est parmi la tranche d'âge des 45-54 ans que l'on trouve le plus d'hypertendus.

En 2007, en Guadeloupe, dans l'étude Consant, la prévalence de l'HTA est de 33,1 % chez les hommes et 37,3 % chez les femmes. Au contraire de la métropole, les femmes sont donc plus atteintes que les hommes.

Selon l'ENNS 2006, la prévalence de l'hypertension artérielle s'élevait à 31,0 % des 18 à 74 ans vivant en France métropolitaine, avec 34,1 % des hommes et 27,8 % des femmes.

L'insuffisance rénale chronique, particulièrement sa phase terminale, est une charge croissante. Son association à d'autres maladies, notamment le diabète, aggrave l'écart avec la métropole, en morbidité, mortalité et accès au traitement. Le diagnostic est généralement tardif, comme l'est ensuite la mise en dialyse.

En 2013, l'incidence et la prévalence de l'IRC terminale (IRCT), respectivement de 208 et de 1610 par M d'hab., est significativement supérieure à celle de la métropole (données REIN 2013), y compris en taux standardisés (prévalence et incidence respectives de 290 et 2145 pour 1M d'hab). Elle survient pour des patients plus jeunes, plus souvent atteints de diabète et d'HTA (principales causes d'IRC chez l'adulte) et d'obésité. Le taux d'IRCT est 3 fois supérieur à la moyenne nationale à la Réunion. La dialyse démarre plus souvent en urgence qu'en métropole, en raison d'une prise en charge insuffisante des patients en amont. L'hémodialyse en centre reste la modalité la plus usitée sauf en Nouvelle Calédonie. L'accès à la greffe reste moindre avec de fortes disparités régionales, la Guyane, la Polynésie Française et la Nouvelle Calédonie ayant les taux de greffe les plus bas.

LES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES

Les outre-mer sont confrontés à :

- des risques épidémiques infectieux latents (maladies entériques, parasitoses intestinales, maladies vectorielles, zoonoses) favorisés par les conditions climatiques ou à des retards d'équipements en certaines infrastructures,
- des risques sanitaires à diffusion rapide et à une évolution de situations endémiques ou à des extensions de zones d'implantation de vecteurs potentiels pouvant favoriser la propagation de maladies à transmission vectorielle.

Les échanges avec la métropole et les pays voisins ou plus lointains dans l'ensemble des outre-mer français, induisant de nombreux mouvements de population, sont favorables à la propagation de risques épidémiques.

Pour tous ces risques infectieux, une animation des réflexions et du partage de connaissance entre territoires ultramarins, pays riverains de ceux-ci en lien avec les réseaux d'expertise nationaux sont indispensables. Techniquement, ce sont des méthodes de type « Une santé » (one health) préconisées par l'OMS intégrant l'ensemble des acteurs de la recherche, de la veille et de la réponse que ce soit en santé animale ou en santé humaine qui doivent être mises en œuvre grâce à des stratégies intersectorielles.

Plus particulièrement, depuis de nombreuses années,

les collectivités d'outre-mer (Antilles, Guyane, La Réunion, Mayotte, Polynésie Française et Nouvelle Calédonie) sont régulièrement confrontées à des épidémies de maladies à transmission vectorielle, notamment d'arboviroses comme la dengue, le chikungunya ou le Zika. De surcroît, plusieurs institutions internationales dont l'OMS soulignent les difficultés de la France dans la mise en œuvre d'une lutte efficace contre le paludisme en Guyane, ce qui contribue à favoriser l'émergence de résistance du plasmodium.

Ces épidémies peuvent entraîner des incapacités temporaires coûteuses et perturber profondément le système de soins d'un territoire (saturation de l'offre de soins, incapacité frappant également les professionnels de santé) provoquant des décès, notamment parmi les populations les plus fragiles (nourrissons, personnes âgées, femmes enceintes, personnes atteintes de maladies chroniques ou immunodéprimées, etc.) et affecter le tissu socio-économique (tourisme, transport aérien, etc.).

D'autres maladies tropicales parfois « dites négligées par l'OMS » sévissent dans les outre-mer comme la leptospirose qui entraîne une mortalité sans doute supérieure à celle consécutive aux arboviroses, la lèpre à Mayotte ou encore la maladie de Chagas et la leishmaniose en Guyane. Ces phénomènes ne peuvent que s'exacerber en raison des changements climatiques observés, de la déforestation, de l'urbanisation mal contrôlée et de l'accroissement des flux migratoires de population (émigration, tourisme). Les risques d'émergence sont donc nombreux, notamment en Guyane dans la zone amazonienne où circulent de nombreux agents infectieux et où la déforestation favorise le contact des réservoirs naturels avec l'Homme.

CANCERS : SPÉCIFICITÉS OUTRE-MER

Les cancers demeurent la première cause de mortalité en France, ils sont responsables de quelques 150 000 décès chaque année entre 2005 et 2010. La mortalité par cancer affecte moins les habitants des DFA et de l'Océan Indien que ceux de la métropole (22,6 % des décès contre 28,4 % des décès sur l'ensemble du territoire français), même s'il y demeure la première cause de mortalité.

Cependant, il faut souligner la situation atypique du cancer de la prostate en regard de la situation des autres localisations cancéreuses, dont la mortalité est importante dans les DFA avec des taux parmi les cinq plus élevés des régions françaises. Ainsi, le surplus de mortalité par rapport au niveau national pour cette localisation s'élève à 80 % en Guyane et à plus de 100% pour les deux départements des Antilles.

DRÉPANOCYTOSE

Les drépanocytoses sont des maladies génétiques hémolytiques chroniques (anomalie génétique de l'hémoglobine) susceptibles d'engendrer plusieurs types d'accidents aigus surajoutés (anémies, infections, accidents ischémiques vaso-occlusifs) ainsi que diverses complications. La drépanocytose est une pathologie fréquente dans les départements et régions OM (DROM), avec des fréquences variables d'un territoire à l'autre. L'incidence des syndromes drépanocytaires majeurs à la naissance est de 1/4551 à la Réunion, 1/633 à Mayotte, 1/343 en Martinique, 1/297 en Guadeloupe et 1/227 en Guyane. La fréquence des porteurs du trait drépanocytaire est de 5,2% pour l'ensemble des DROM versus 2,7% pour la métropole pour la période 2006-2010.

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

En 2013, le **taux d'IVG** dans les DROM est globalement plus élevé qu'en métropole : le recours à l'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans était de 21,1 à La Réunion, 25,6 à la Martinique, 26,2 en Guyane et 39,6 en Guadeloupe contre 15,3 en France métropolitaine. Chez les mineures plus particulièrement, le recours à l'IVG est plus important : 9,7 pour 1000 femmes de 15 à 17 ans à La Réunion, 18,8 en Martinique, 20,2 en Guadeloupe, 28,7 en Guyane contre 8,5 en métropole.

Les DROM sont très touchés par le **VIH**. En 2013, les taux de découvertes de séropositivité étaient très élevés : 908 par million d'habitants en Guyane, 239 en Guadeloupe, 225 en Martinique contre 95 dans l'ensemble de la France. Les personnes domiciliées dans les départements d'outre-mer représentaient près de 10 % de l'ensemble des personnes ayant découvert leur séropositivité pour le VIH en France en 2007-2008 (4 % en Guyane, 3 % en Guadeloupe, 1 % en Martinique et à La Réunion). En 2012, la situation semble inchangée (9 % des nouveaux cas sont dans les DFA).

Le nombre de découvertes de séropositivité VIH dépend notamment du recours plus ou moins régulier de la population au dépistage. Selon une modélisation de l'InVS, l'incidence du VIH en 2009-2010 est estimée en France à 18 nouvelles contaminations pour 100 000 personnes. Dans les DROM, elle est plus élevée en Guyane (147 nouvelles contaminations pour 100 000 personnes) et en Guadeloupe (56). Dans ces deux départements, les taux standardisés de personnes prises en charge sont les plus élevés de France : 13,0 pour 1 000 en Guyane, 4,8 pour 1 000 en Guadeloupe.

Rapporté à la population française, le nombre de diagnostics de **sida** était en 2013 de 18 cas par million d'habitants. Ce taux était de 34 en Île-de-France, 35 dans les DROM et 13 en métropole hors Île-de-France.

Les collectivités ultra-marines étudiées présentent des différences importantes entre elles. D'une part, la Guadeloupe et la Guyane qui ont un profil épidémiologique proche avec prédominance de la transmission hétérosexuelle (et donc proportion importante de femmes), forte proportion de personnes étrangères et proportion élevée de diagnostics tardifs (au stade sida) et, d'autre part, la Martinique et la Réunion où les caractéristiques des personnes infectées se rapprochent de celles des régions métropolitaines hors Île-de-France.

Les données épidémiologiques concernant Mayotte sont partielles. Le VIH touche essentiellement des femmes et des personnes étrangères dans un contexte d'immigration illégale et de forte natalité. Les flux de personnes entre Mayotte et le reste de l'archipel ou vers l'Afrique, Madagascar, La Réunion et la métropole, ont connu une forte croissance. L'augmentation de ces flux migratoires est susceptible d'engendrer une augmentation de la prévalence de la séropositivité au VIH à Mayotte. Or, la prise en charge des PVVIH à Mayotte se situe dans un contexte insulaire particulier avec une centralisation des soins sur un seul hôpital à Mamoudzou et un poids de la stigmatisation important.

PRATIQUES À RISQUE : CONDUITES ADDICTIVES, SUICIDES ET ACCIDENTOLOGIE

La part de population déclarant consommer quotidiennement de l'alcool est significativement inférieure dans les DOM par rapport à la métropole, selon le Baromètre santé 2014 et l'enquête Escapad 2011 (Guadeloupe, Martinique, Réunion). Cependant, la part de jeunes de 15 à 30 ans résidant dans les DFA et déclarant consommer quotidiennement de l'alcool est supérieure à celle des jeunes de métropole.

Les différences sont marquées entre ces départements pour la mortalité par pathologies liées à l'alcool (cancer des voies aérodigestives supérieures, psychose alcoolique et cirrhose alcoolique) : sous-mortalité en Martinique et Guyane de 30 % par rapport au niveau national (respectivement 22 décès pour 100 000 habitants et 31 décès pour 100 000 habitants), situation comparable à celle de la métropole en Guadeloupe (31 décès pour 100 000 habitants), classement de la Réunion au deuxième rang des régions françaises (50 décès pour 100 000 habitants) derrière le Nord-Pas-de-Calais.

En 2014, selon le Baromètre Santé DOM, 35 % des Réunionnais, 25 % des Martiniquais et Guyanais et 21 % des Guadeloupéens de 15 à 75 ans déclaraient avoir déjà consommé du cannabis, contre 41 % des métropolitains. Leur consommation au cours des douze derniers mois était plus proche de celle des métropolitains (11 %) : 11,6 % des Réunionnais, 8,3 % des Guyanais, 7,6 % des Martiniquais et 6,0 % des

Guadeloupéens avaient consommé du **cannabis** dans l'année. En Guyane, les gros consommateurs (au moins dix fois au cours du dernier mois) représentent 3,8 % de la population, contre 3,2 % en métropole et moins de 3 % dans les trois autres DOM étudiés. Les gros consommateurs au sein de la population des jeunes (17 ans) sont cependant bien plus nombreux à la Réunion (6,9 %) que dans les Antilles (5 % en Martinique, 4,7 % en Guadeloupe), comme en métropole (6,5 %). En 2010, 39 % de la population adulte de Polynésie française était consommatrice de cannabis.

Les Antilles et l'Océan Indien apparaissent moins concernés par **le suicide** que la métropole, quel que soit l'indicateur retenu : les tentatives de suicide déclarées au cours de la vie comme au cours de l'année précédente, les pensées suicidaires au cours des douze derniers mois et la mortalité par suicide y sont moins fréquentes. Les résultats varient néanmoins selon le département. La part des personnes déclarant avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie est significativement plus faible dans les départements français d'Amérique qu'en métropole.

Ainsi, dans les départements de Martinique, Guadeloupe et Guyane, respectivement 4,7 %, 4,3 % et 5,1 % des habitants déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie, contre 7,1 % en métropole. Cette plus faible déclaration de tentatives de suicide concerne aussi bien les femmes que les hommes. La fréquence des tentatives de suicide déclarées à La Réunion n'est pas significativement différente de la métropole (7,0 %) : une fréquence plus élevée chez les femmes est compensée par des tentatives de suicide plus rares chez les hommes. Par ailleurs, c'est aux Antilles que l'écart entre femmes et hommes est le plus élevé. Cependant, les jeunes de moins de 25 ans de certains territoires ou communautés (Amérindiens en Guyane, jeunes Polynésiens) présentent également des risques élevés de suicide ou d'intention suicidaire.

Par ailleurs, on constate une surmortalité par **accidents de la circulation** (11,2 décès pour 100 000 habitants versus 7,0 en métropole). Le constat est valable pour chacun des quatre DROM étudiés, la situation la plus proche de la métropole étant observée, là encore, à La Réunion.

2 - L'offre de soins et de prise en charge : des décalages constatés

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : UN MANQUE DE MÉDECINS MAIS UNE SITUATION PLUS FAVORABLE POUR LES AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ

Les outre-mer souffrent du cumul d'une démographie médicale insuffisante en général. Il faut cependant noter une exception pour La Réunion où la densité des professionnels de santé est satisfaisante, par comparaison avec la métropole, avec notamment une présence de médecins généralistes supérieure en proportion.

- **Pour les médecins exerçant en libéral ou en mixte :** la densité (rapportée à la population) en médecins généralistes et spécialistes et en chirurgiens-dentistes est très faible dans les DROM. A La Réunion, c'est particulièrement le cas pour les médecins spécialistes (66,4 médecins spécialistes pour 100 000 habitants contre 94,3 médecins en métropole).

- **La prise en compte de l'ensemble des modes d'exercice** et non pas seulement des médecins exerçant en libéral ou de manière mixte ne change pas le constat (à l'exception de La Réunion pour les médecins généralistes). Lorsque la densité totale de médecins en métropole s'élève à près de 340 pour 100 000 habitants, elle n'est plus que de 255 en Guadeloupe, 221 en Guyane, 308 à La Réunion, 268 en Martinique et 81 à Mayotte.

Les densités sont particulièrement faibles en Guyane (51,1 généralistes et 26,8 spécialistes exerçant en libéral ou en mixte et 26,4 chirurgiens-dentistes exerçant en libéral exclusivement pour 100 000 habitants) et surtout à Mayotte (11,8 généralistes et 4,2 spécialistes exerçant en libéral ou en mixte et 4,2 chirurgiens-dentistes exerçant en libéral exclusivement pour 100 000 habitants).

En revanche, à La Réunion, la densité en chirurgiens dentistes et en médecins généralistes se rapproche du niveau de métropole ou le dépasse (51,7 chirurgiens dentistes libéraux exclusifs et 121,2 médecins généralistes libéraux ou mixtes pour 100 000 habitants, contre 53,2 et 105,1 en métropole). Au total, la densité de médecins, généralistes et spécialistes exerçant en libéral ou en mixte, à la Réunion est inférieure (187,6 pour 100 000 habitants) à celle constatée en métropole (199,5 pour 100 000 habitants).

Les DROM (hors Mayotte) ne sont pas non plus homogènes du point de vue de la pyramide des âges de ces professionnels de santé. En Martinique et en Guyane, la part de médecins généralistes âgés de 55 ans ou plus est supérieure à la moyenne nationale. La Guyane est classée zone déficitaire en médecins généralistes libéraux : densité très inférieure à la moyenne ; 25 % de médecins de plus de 60 ans ; temps d'exercice en cabinet limité (la plupart des professionnels cumulant du fait de leur rareté plusieurs responsabilités).

Pour les spécialistes, libéraux ou salariés, les DROM ont une densité très faible en regard de la moyenne nationale et, hormis La Réunion, ils comptent une part importante de 55 ans ou plus. En Guyane, 67 % des médecins spécialistes ont 55 ans ou plus en 2015.

Les densités en professionnels de santé sont les plus faibles dans les cantons les plus défavorisés de Guyane et du sud-est de La Réunion, et les plus fortes dans les plus favorisés, notamment les Antilles et la moitié ouest de La Réunion. Sur l'ensemble des DROM, huit cantons ont une densité de généralistes libéraux plus importante que la moyenne nationale.

- **Pour les sages-femmes** : dans le domaine de la santé périnatale, le constat est plus positif. Quel que soit le mode d'exercice, le nombre de sages-femmes pour 100 000 habitantes en âge de procréer (15-49 ans) est de 145 en métropole en 2015, il s'élève à 204 à Mayotte, 199 à La Réunion, 171 en Guadeloupe, 191 en Martinique, et 284 en Guyane. La moyenne DOM-COM pour l'ensemble des modes d'exercice (libéraux exclusifs, mixtes, salariés hospitaliers et autres salariés) s'élève à 203.

- **Pour les Pharmaciens** : la densité des pharmaciens pour l'ensemble des modes d'exercice (pour 100 000 habitants) est de 113,7 pour la France métropolitaine contre 81,1 pour la moyenne DOM-COM. Si la Guadeloupe (92,6), la Martinique (91,0) et La Réunion (91,8) sont plus proche de la moyenne nationale (112,6), il faut noter une très faible densité pour la Guyane (55,5) et encore plus Mayotte (29,2).

Les pharmaciens d'officine participent du premier recours en soins : la densité de pharmacies (pour 100 000 habitants) est de 36,5 pour la France métropolitaine. La Guadeloupe et la Martinique sont proportionnellement mieux dotées avec une densité de pharmacies supérieure (respectivement de 44,6 et 45) à la moyenne observée en métropole, mais cette densité est inférieure pour La Réunion (31,6), la Guyane (20,1) et Mayotte (10).

- **Pour les professionnels paramédicaux** : Pour les infirmiers libéraux ou en exercice mixte, la situation dans les DFA et La Réunion est meilleure que pour les autres professionnels de santé puisque trois d'entre eux ont une densité supérieure à la moyenne

nationale, la Guyane et Mayotte faisant exception avec une densité moindre. Cette plus grande présence d'infirmiers libéraux ou mixtes ne correspond pas pour autant à une densité générale (tous modes d'exercice confondus) plus élevée dans toutes les régions ultra-marines.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes, la situation est plus contrastée au sein des quatre DROM avec, d'un côté, la Guyane et Mayotte qui présentent les densités la plus faibles des régions de France et, de l'autre, La Réunion l'une des plus fortes. Quant aux Antilles françaises, chacune se situe au-dessus de la densité nationale.

Les pédicures-podologues sont faiblement présents dans chacun des DOM.

LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

L'offre hospitalière, en établissements publics comme privés, n'est pas uniforme en outre-mer. Les deux CHU des Antilles en lien avec l'hôpital de Cayenne, celui de La Réunion pour l'Océan Indien permettent à la fois d'organiser la formation universitaire, promouvoir la recherche et d'offrir des soins spécialisés de recours. L'offre en psychiatrie est couverte soit par des CHS, soit dans les CHU/CH. Les cliniques privées complètent l'offre publique.

Trois questions majeures concernent cette offre, sa quantité insuffisante dans certains territoires (Mayotte et en partie la Guyane), la continuité des filières de soins (du fait du manque de certaines spécialités, il faut organiser des transferts soit entre DOM soit avec la métropole, voire avec d'autres pays comme c'est le cas à Saint-Pierre et Miquelon) et son efficience (avec les problématiques des deux CHU des Antilles notamment).

Par ailleurs, les DROM sont peu dotés en structures d'accueil d'urgences : une seule à Mayotte, de 3 à 7 dans les autres.

La situation de l'offre de soins est très contrastée suivant les territoires :

- **En Guadeloupe, Saint-Barthélemy et Saint-Martin**, l'offre hospitalière est comparable à celle de la métropole en MCO, psychiatrie et SSR pour l'hospitalisation complète et partielle, au-dessus de la moyenne nationale en HAD (le nombre de lits en HAD pour 100 000 habitants est plus de 3 fois plus élevé en Guadeloupe que la moyenne nationale). Elle est au-dessus de la moyenne et dans le quart des régions les mieux dotées en lits dédiés aux accouchements.

La situation des établissements publics de santé, et tout particulièrement des 3 établissements MCO, est pour 8 sur 10 d'entre eux déficitaire et nécessite la

poursuite des efforts de gestion et d'organisation tout en prenant en compte les particularités des prises en charge liées au contexte géographique et populationnel. Elle conduit à une qualité de prise en charge souvent problématique posant un enjeu d'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité entre la population guadeloupéenne ou des îles du nord et la population de l'hexagone.

Chacune des collectivités de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin dispose de dispensaires ou de maison de la Solidarité et des familles pour les actions Protection Maternelle et Infantile.

- **En Guyane**, globalement, l'offre hospitalière en MCO, psychiatrie et SSR est moins élevée qu'en métropole mais elle est au-dessus de la moyenne nationale en capacité de lits pour les accouchements et particulièrement pour l'HAD, un moyen de pallier l'étendue de son territoire. L'offre hospitalière est restreinte : en 2013, le taux d'équipement en lits en médecine est de 1,8 pour 1 000 habitants contre 2,3 en France métropolitaine, en chirurgie il est de 0,7 pour 1 000 contre 1,5 en Métropole. Ce taux diminue au rythme de l'accroissement de la population, entre 1990 et 2011, les capacités d'accueil hospitalières pour des courts séjours ont progressé de 31 % alors que sur la même période la population a doublé.

Par ailleurs, les hôpitaux guyanais garantissent un accueil médico-chirurgical général, mais l'offre de service spécialisé n'est pas exhaustive. Cela conduit à un recours important à l'évacuation sanitaire urgente ou programmée vers des hôpitaux métropolitains ou antillais.

Dans les communes isolées, la permanence des soins est assurée par 18 centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) qui dépendent du Centre Hospitalier de Cayenne. Ces CDPS ayant réalisé en 2013 170 000 consultations, présentent une situation dégradée en termes d'infrastructures, d'équipements et de logement pour leur personnel. De plus en raison des difficultés de recrutement, la plupart des centres sont tenus par des infirmiers et sages-femmes sans la présence de médecins.

La couverture aérienne du service Mobile d'Urgence et de Réanimation de Cayenne est tributaire des conditions météorologiques et de la possibilité technique des requérants de pouvoir appeler les secours. Pour pallier ces insuffisances, la Région travaille depuis une dizaine d'années sur le développement d'un réseau de télémedecine entre les CDPS et les hôpitaux de Cayenne et entre les hôpitaux de Guyane et ceux des Antilles (deux projets d'envergure ont vu le jour : imagerie et expertise neuro-vasculaire).

Enfin, les omnipraticiens en Guyane exercent dans un contexte marqué par l'insécurité ressentie dans

certaines communes, des difficultés d'accessibilité, un isolement en dehors du littoral, alors même que s'observe une croissance constante de la population. Les soins dans les communes isolées reposent sur les centres ou postes de santé gérés par l'hôpital de Cayenne, sans présence médicale à temps plein.

- **La Martinique** : l'offre hospitalière est supérieure à la moyenne nationale en termes de lits pour les accouchements. Globalement le taux d'équipement en MCO, psychiatrie et SSR est proche du taux métropolitain en hospitalisation complète, plus faible en hospitalisation partielle. Il est plus élevé pour l'HAD.

La Martinique dispose de 11 hôpitaux publics dont un CHU, 9 CH et 1 établissement de psychiatrie (CH Colson à Fort de France). Elle comporte 14 hôpitaux privés dont 2 établissements de soins de courte durée, un établissement de lutte contre les maladies mentales, 9 autres établissements privés (centres de dialyse notamment), et 2 établissements de soins de suite et de réadaptation.

- **Mayotte** : l'offre hospitalière, en 2013, est de 372 lits ou places pour le court séjour et de 10 pour la psychiatrie, soit un taux d'équipement par habitant très inférieur au taux métropolitain. En 2013, le taux d'équipements pour 1 000 personnes handicapées de moins de 20 ans est de 2,6 ‰, bien en dessous de la moyenne nationale (9,1 ‰).

Au 1^{er} janvier 2013, aucun équipement spécifique à l'accueil des personnes âgées n'est comptabilisé dans la région. L'accueil des adultes handicapés est assuré par un établissement contenant 12 lits. Nombre de rapports d'inspection ont souligné l'absence d'un système de santé équilibré entre soins de premier recours et prise en charge hospitalière, dont le centre hospitalier assure seul la presque-totalité.

En gynécologie obstétrique, néonatalogie et pédiatrie, près de 50 % des postes hospitaliers sont occupés par des remplaçants, souvent pour de courtes durées. Cette instabilité est due en grande partie au manque d'attractivité de Mayotte.

Le Centre Hospitalier de MAYOTTE (C.H.M.) est le principal offreur de soins du territoire, aussi bien pour les soins hospitaliers que pour l'activité externe et compense la faiblesse de l'offre libérale de premier recours. Un nouveau bâtiment sur Petite Terre est en construction et permettra, notamment, l'ouverture d'une unité de soins de suite et réadaptation (SSR)

L'organisation territoriale du C.H.M. a été pensée dans une logique de gradation des soins. Elle repose sur trois types de structures :

- les dispensaires : au nombre de 13, ouverts du lundi au vendredi de 7H00 à 14H00, répartis dans toute l'île, constituent le niveau de premier recours,

ils assurent des consultations de médecine générale, des consultations infirmières, le suivi des sorties d'hospitalisation, la dispensation des médicaments ;

- les centres de référence : 4 centres (Nord, centre, Sud et Petite Terre) assurent les mêmes missions que les dispensaires mais sur des horaires élargis, et disposent en plus de lits d'hospitalisation de gynécologie-obstétrique (68) pour la réalisation des accouchements physiologiques ;

- le site principal de Mamoudzou qui comprend un plateau technique et d'hospitalisation complet : urgences, SMUR et centre de régulation 15, réanimation, blocs opératoires, scanner et IRM, laboratoire de biologie, caisson hyperbare, et 313 lits et 49 places de MCO, mais seulement 10 lits de psychiatrie et aucune capacité de SSR.

- **A La Réunion**, la capacité en lits d'hospitalisation rapportée à la population est inférieure à la moyenne métropolitaine en médecine, chirurgie, gynécologie, obstétrique et odontologie (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie. L'île est plus dotée en nombre de lits d'hospitalisation à domicile (HAD) pour 100 000 habitants, sans que ce suréquipement compense le déficit en MCO, SSR et psychiatrie.

24 établissements de santé délivrent les soins hospitaliers, dont 4 publics et 20 privés, avec une répartition géographique satisfaisante, et l'emploi de 11 200 professionnels dont 1 500 personnels médicaux.

Depuis 2012, La Réunion est dotée d'un CHU implanté sur 2 sites (Nord et Sud), dont le projet médical est structuré par la réponse aux maladies infectieuses, aux pathologies métaboliques et à leurs conséquences, à l'accroissement de la qualité de la prise en charge périnatale, et au développement de la recherche et de la santé publique sur ces thématiques. Il faut noter qu'un CHU dessert aussi Mayotte.

- **Wallis-et-Futuna**, en l'absence de sécurité sociale et de tout professionnel libéral, le système de santé repose exclusivement sur l'agence de santé (ADS), répartie sur les deux îles de la façon suivante : à Wallis, l'hôpital de Sia, d'une capacité de 51 lits, doté d'un plateau technique et de services médico-techniques; trois Centres de Soins de Proximité, situés dans les trois districts de l'île : Hihifo, Hahake et Mua. À Futuna, l'Etablissement annexe de Kaleveleve, comprenant un hébergement de 8 lits, un service d'urgence et un plateau technique réduit.

L'ADS prend en charge les urgences, assure l'hospitalisation en médecine et en chirurgie, accueille les futures mères dans sa maternité ; elle assure les soins ambulatoires en dentisterie et en rééducation fonctionnelle ; elle est aussi en charge de la médecine générale et de la pharmacie. Pour l'ensemble de ses missions, elle emploie sur les deux îles environ 200

personnes dont 8 médecins généralistes (5 sur Wallis et 3 sur Futuna), 5 médecins hospitaliers et un radiologue à l'hôpital de Sia, 3 chirurgiens-dentistes (2 à Wallis et un à Futuna), un pharmacien et un biologiste.

- **A Saint-Pierre-et-Miquelon**, un centre hospitalier emploie environ 200 personnes dont une vingtaine de personnels médicaux. La Caisse de prévoyance sociale gère, depuis 2007 un centre de santé. Sur l'île de Miquelon, il existe un poste médical doté d'un médecin. Des investissements ont été effectués dans le domaine de la télé-médecine, qui constitue une réponse à l'éloignement, et permet des pré-consultations en cancérologie, en dermatologie, permettant des réponses plus précoces dans des domaines variés.

Certaines prises en charge nécessitent une coopération développée avec des hôpitaux canadiens et métropolitains.

LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

Il convient de souligner des contextes différents entre les 5 DOM et les 2 COM qui nécessitent de traiter différemment les territoires :

- en terme de démographie : des territoires qui connaissent une démographie dynamique - Mayotte et Guyane, Saint-Martin dans une moindre mesure - et d'autres qui vieillissent de façon accélérée - Martinique, Guadeloupe, Réunion, Saint-Barthélemy. Ceci a un impact fort en matière d'équipement à Mayotte et en Guyane ainsi qu'à Saint-Martin ;

- en terme culturel : une acceptabilité du handicap et de la personne âgée dépendante plus grande notamment en Guyane et à Mayotte, mais qui tend à rejoindre le contexte national aux Antilles et à la Réunion.

Les taux d'équipement des DROM pour les personnes handicapées et les personnes âgées les situent nettement en-dessous de la moyenne nationale. Toutefois, pour les personnes âgées, l'écart à la moyenne nationale est un peu moins marqué pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) que pour les autres établissements d'hébergement pour personnes âgées (maisons de retraite, foyers-logement) à la Réunion, en Martinique et en Guadeloupe, et tout particulièrement à la Réunion. L'écart est par ailleurs nettement plus faible pour les services de soins infirmiers à domicile. La Guadeloupe et la Guyane sont même mieux dotées que la moyenne en places de services de ce type.

Certains cas d'absence de prise en charge institutionnelle. Au 1^{er} janvier 2014, la Réunion disposait d'environ 1 500 places d'hébergement permanent pour personnes âgées, dont près des trois quarts en EHPAD, et de 530 places dans les services

de soins infirmiers à domicile. Les établissements accueillant des personnes handicapées de la Réunion proposent notamment aux adultes environ 1 000 places en établissements et services d'aide par le travail (ESAT), 1000 places en foyer d'hébergement (dont 300 en accueil de jour et 40 en hébergement temporaire), et 500 dans les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS et SAMSAH), et aux enfants environ 1 500 places d'hébergement (dont environ deux-tiers en institut médico-éducatif - IME) et 740 places en services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). Les établissements pour enfants et adultes disposent d'un agrément déficiences intellectuelles ou psychiques pour plus de la moitié des places installées.

Parmi les 1 600 places d'hébergement dans les établissements pour personnes âgées de Martinique, 1 300 environ, soit 80 %, sont ouvertes en EPHAD. L'offre est complétée par 430 places en services infirmiers à domicile. Environ 500 places sont ouvertes en ESAT. Les taux d'équipement de la **Martinique** en foyers d'accueil médicalisé (FAM) et en maisons d'accueil spécialisé (MAS) sont proches de la moyenne nationale, chaque catégorie d'établissement proposant environ 130 places d'hébergement, mais la région est faiblement dotée en foyers de vie, qui ne proposent que quelques dizaines de places, principalement en accueil de jour. Services de soins infirmiers à domicile pour adultes handicapés (SSIAD) et services d'accompagnement à la vie sociale pour adultes handicapés (SAVS et SAMSAH) offrent une petite centaine de places. Comparativement à la moyenne nationale, la Martinique est bien équipée en services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) avec près de 300 places sont disponibles. Elle compte par ailleurs environ 730 places d'hébergement pour enfants handicapés, dont plus de 500 en instituts médico-éducatifs (IME).

Les personnes âgées vivant en **Guadeloupe** disposent de 660 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD et SPASAD), d'une cinquantaine de places en accueil de jour et d'environ 1 050 places d'hébergement permanent, dont 720 en EPHAD, dans les établissements qui leur sont dédiés. Un peu moins de 400 places d'hébergement, plus d'une centaine de places en accueil de jour, près de 600 places en ESAT et 240 places dans les services de soins infirmiers à domicile et les services d'accompagnement à la vie sociale (SSIAD, SAVS et SAMSAH) sont destinées aux adultes handicapés. Pour les enfants handicapés, en Guadeloupe, on comptabilise 620 places d'hébergement, dont les trois quarts en instituts médico-éducatifs et 660 places en services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

En **Guyane**, un peu moins des deux tiers des 315 places d'hébergement en établissements pour personnes âgées sont ouvertes en EPHAD. Environ 120 places en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD et SPASAD) viennent compléter cette offre. La Guyane compte une centaine de places en maison d'accueil spécialisé (MAS), c'est-à-dire autant que la moyenne nationale, proportionnellement à sa population handicapée. En revanche, l'offre d'hébergement pour adultes handicapés dans les autres catégories d'établissement est inexistante : la trentaine de places en foyer de vie correspond à une prestation d'accueil de jour. Les ESAT peuvent accueillir environ 180 adultes et les services de soins infirmiers (SSIAD) ou d'accompagnement à la vie sociale (SAVS ou SAMSAH) un peu plus de 150. Les trois quarts des 200 places offertes aux enfants handicapés le sont dans les instituts médico-éducatifs. Enfin, environ 470 places sont ouvertes dans les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

Mayotte ne compte pas d'établissement d'hébergement pour personnes âgées. Une maison d'accueil spécialisé offre 6 places aux adultes handicapés, tandis que les enfants disposent d'une centaine de places d'hébergement (dont environ 70 en instituts médico-éducatifs) et de 180 places dans les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

3 - Les milieux de vie (environnement et modes de vie)

Le cadre de vie constitue un déterminant clé de la santé. Il est en conséquence important que la stratégie de santé pour les outre-mer prenne en compte les risques sanitaires spécifiques liés aux caractéristiques des environnements ultramarins afin de préserver le capital santé, faire face aux maladies et réduire les inégalités de santé.

Les contextes géographique et climatique sensibles de ces territoires, leur vulnérabilité aux aléas naturels majeurs réguliers et appelés à gagner en fréquence et en ampleur dans les latitudes concernées selon les différents rapports du GIEC (cyclone, volcanisme), ou à plus long terme les conséquences du changement climatique, la densité de population, l'intensification des activités agricoles, l'augmentation de la production de déchets liée à l'accroissement de la consommation, créent des conditions favorables à la dégradation des milieux.

EAU/HABITAT/AIR/POLLUTION

L'approvisionnement en eau potable, un assainissement sain et la pratique de l'hygiène comptent parmi les mesures qui contribuent le plus à l'amélioration de la santé publique et à l'expansion de la vie sociale et économique. Or, toutes les populations des collectivités ultramarines ne disposent pas d'un accès continu et sûr à de l'eau potable, ainsi qu'à un dispositif d'assainissement adapté. L'accès à l'eau potable demeure un enjeu sanitaire fort et une préoccupation prioritaire du ministère chargé de la santé. Le domaine des eaux constitue et demeure un problème sanitaire d'actualité pour maintenir les acquis. Des défis subsistent pour parfaire la qualité, protéger les milieux, lutter contre les pollutions chroniques ou accidentelles, éviter le recours obligé au développement de traitements curatifs.

Les territoires ultra-marins sont confrontés à un parc résiduel **d'habitat insalubre** relativement important, voire à la persistance de véritables bidonvilles. La lutte contre l'habitat indigne nécessite de dresser leur cartographie et leur documentation. L'asthme est une pathologie exacerbée dans les outre-mer et une meilleure connaissance des facteurs environnementaux allergènes, reste à bâtir et à partager pour proposer des actions de prévention pertinentes.

Les outre-mer, riches réservoirs de ressources naturelles et de biodiversité, sont parfois confrontés à des problèmes de **pollution environnementale** qui ont un impact direct sur la santé des populations. « Les outre-mer, riches réservoirs de ressources naturelles et de biodiversité sont parfois confrontés à des problèmes de pollution environnementale qui dans certaines situations et expositions par diverses voies (eau, sol, aliment, air...) peuvent avoir un impact sur la santé des populations, par exemple les risques liés à une pollution par le chlordécone aux Antilles, le mercure et le plomb en Guyane.

Diverses expositions variées ou cumulées à des polluants de l'air, des eaux et des sols sont à résorber préventivement dans certaines zones ultramarines. Les leviers en ce domaine et les actions sur l'environnement relèvent également d'autres secteurs que le sanitaire, qu'il conviendra donc de mobiliser.

