

XI - MAYOTTE

A - LE CONTEXTE

1. Situation géographique

Située dans l'Océan Indien entre l'équateur et le tropique du Capricorne, à mi-distance de Madagascar et de l'Afrique, Mayotte est un archipel appartenant géographiquement aux Comores. D'une superficie totale de 375 km², Mayotte se trouve à 1 600 kilomètres de La Réunion et à 8 000 kilomètres de la métropole.

Le territoire est constitué de deux îles principales, Grande Terre (375 km²) et Petite Terre (10 km²). Une trentaine d'îlots sont parsemés dans un lagon de plus de 1 100 km² délimité par un récif corallien de 160 kilomètres.

L'archipel des Comores est d'origine volcanique. Mayotte, plus ancienne que ses voisines, présente une altitude moins élevée et culmine à 660 mètres. Le relief est cependant très accidenté et offre peu de place aux activités humaines.

Le climat est de type tropical humide, avec une saison chaude et pluvieuse d'octobre à mars et un hiver austral plus sec et avec des températures plus basses d'avril à septembre. La température annuelle moyenne s'élève à 25,6° C et la pluviométrie moyenne annuelle varie entre 1 000 et 2 000 millimètres.

2. Population

La population est concentrée dans les rares espaces plats, le plus souvent dans la mince bande littorale de l'île.

Le recensement de 2002 a compté 160 265 habitants dont 55 000 étrangers, en forte augmentation puisque le recensement de 1991 faisait apparaître une population de 94 410 personnes. Selon l'estimation de 2006, celle-ci s'élèverait à 191 000 habitants, soit un accroissement de plus de 30 700 habitants. La natalité élevée et l'immigration en provenance des îles voisines sont à l'origine de cette forte croissance démographique, qui ralentit cependant depuis 1997 en raison de la chute du solde migratoire. Le taux de croissance induit un doublement de la population tous les 17 ans.

Entre 1999 et 2006, la croissance annuelle moyenne de la population mahoraise, qui représente 0,3 % de la population française, est beaucoup plus élevée (4,3 %) qu'en métropole (1,5 %) et que dans les DOM, à l'exception notable de la Guyane (3,7 %). La densité est également la plus forte avec 428 habitants au kilomètre carré.

Mayotte est le plus jeune territoire français. Plus d'un habitant sur deux a moins de vingt ans (un sur quatre en métropole). La population des plus de soixante ans reste stable à 4 %. Les femmes représentent 51,4 % du total.

Concernant l'emploi, la population active recensée était de 44 558 personnes, soit 28 % de la population totale. Il convient cependant de souligner la difficulté d'appréhension de la notion d'actif à Mayotte. En effet, il subsiste une activité traditionnelle vivrière et les « agriculteurs » ne travaillent pas pendant la saison sèche, période pendant laquelle le recensement a lieu.

De plus, l'absence d'indemnités de chômage (seuls les licenciés économiques touchent une allocation depuis août 2006) rend difficile le dénombrement des demandeurs d'emploi. Selon les dernières estimations, le taux de chômage reste très élevé à 25,6 %.

3. Statut et organisation

Devenue colonie en 1841, Mayotte a été dotée en février 1976 d'un statut provisoire de Collectivité territoriale de la République française.

L'Accord sur l'avenir de Mayotte, signé à Paris le 27 janvier 2000, et la loi du 11 juillet 2001 relative à Mayotte transforment le territoire en Collectivité départementale.

La loi prévoit un programme d'actualisation et de modernisation du droit applicable à Mayotte. La loi constitutionnelle du 28 mars 2003 a inscrit Mayotte dans la Constitution en tant que Collectivité d'Outre-mer. Le gouvernement doit soumettre au Parlement un projet de loi portant sur l'avenir constitutionnel du territoire.

L'exécutif de la Collectivité départementale a été transféré du préfet au président du Conseil général de Mayotte.

Une consultation référendaire a eu lieu le 29 mars 2009 et a abouti à la départementalisation du territoire, qui sera officialisée en 2011. À l'issue, les institutions seront peu à peu rendues similaires à celles rencontrées dans un département métropolitain.

L'octroi du statut de Région ultrapériphérique de l'Europe (RUP) permettra des dérogations au droit communautaire, notamment en matière fiscale avec le maintien de l'octroi de mer, et donnera accès aux financements de la politique régionale européenne.

B - L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET SES ENJEUX

1. L'organisation du secteur de la santé

Les soins sont essentiellement dispensés par des structures publiques. Le système de santé repose sur quatre piliers complémentaires :

- le Centre hospitalier de Mayotte (CHM), situé à Mamoudzou et doté d'une antenne sur Petite Terre (hôpital de Dzaoudzi), dispose de l'essentiel du plateau technique et assure les consultations spécialisées, les hospitalisations et plus de la moitié des accouchements dans l'île ;

- un réseau d'une quinzaine de dispensaires médico-sociaux assure des soins primaires de proximité et des actions de prévention. La répartition géographique doit permettre l'accès à tous en moins d'une heure de marche. L'équipe de chaque dispensaire se compose d'un médecin, d'infirmiers, d'agents de santé, ainsi que de sages-femmes si la structure comporte une maternité ;
- quatre hôpitaux intercommunaux (cinq à très court terme), de niveau intermédiaire, assurent une permanence pour les premières urgences, fournissent des consultations avancées de médecine générale et spécialisée et disposent d'une « maison de naissance ». Ces sites posent la question de l'avenir des dispensaires, mutualisation des moyens ou redéploiement ;
- le secteur privé libéral est très limité et concentré sur Mamoudzou et la Petite Terre. La mise en place de l'assurance-maladie doit accélérer l'installation de professionnels. Un laboratoire d'analyses biologiques privé est opérationnel depuis 2002.

L'offre de soins reste très insuffisante, souffrant d'un déficit quantitatif comme d'une forte rotation du personnel soignant qui nuit à la qualité des soins malgré l'ouverture d'un Institut de formation aux soins infirmiers (IFSI) en 2001.

La Direction de la solidarité et du développement social (DSDS), financée par le Conseil général, a en charge plusieurs services de santé :

- Protection maternelle et infantile (PMI) ;
- service « actions de santé » (lutte contre les infections transmissibles, le SIDA et la tuberculose ; détermination de la dépendance des personnes âgées et des personnes handicapées) ;
- service d'éducation pour la santé ;
- Conseil et orientation familiale (COFAMIL) dans le domaine de l'éducation sur la planification familiale.

2. Les équipements sanitaires

Mayotte dispose en équipements sanitaires de 245 lits et places, capacité largement insuffisante au regard des besoins de la population. Le taux d'équipement en lits et places de médecine pour 1 000 habitants est près de sept fois inférieur à celui de la métropole. La réalisation du Plan directeur du CHM devrait cependant porter la capacité d'accueil à 401 lits et places à l'horizon 2010.

La durée moyenne d'hospitalisation est très courte, en particulier pour les services de maternité et de chirurgie, et ce en raison du manque de places.

Le secteur hospitalier a enregistré 122 812 consultations en 2006.

Les patients présentant des pathologies aiguës sont évacués vers La Réunion. En 2006, le nombre d'évacuations s'est établi à 531.

3. Des pathologies spécifiques

Le paludisme persiste sur un mode endémique, avec 565 cas pour la seule année 2006. Le non-remboursement par la Sécurité sociale des tests de dépistage et des médicaments anti-paludéens pénalise la lutte anti-vectorielle.

Alors que la lèpre a pratiquement disparu dans l'Outre-mer français, une cinquantaine de nouveaux cas est diagnostiquée chaque année sur l'archipel.

L'accès inégal à l'eau potable (20 % des foyers ne sont pas raccordés à un réseau) a un fort retentissement sur la morbidité liée aux gastro-entérites, surtout chez les enfants.

L'absence d'assainissement (seuls 20 % des foyers sont raccordés à un réseau) et les lents progrès en matière de gestion des ordures ménagères maintiennent le risque de typhoïde et de leptospirose.

Les mouvements de population internes et externes favorisent les risques de développement des maladies épidémiques.

La plupart des victimes du chikungunya n'ont pas consulté de médecin, alors même qu'une enquête de séroprévalence estime que l'épidémie a touché en 2006 38 % de la population.

Les problèmes de nutrition, largement généralisés, entraînent entre autres une forte prévalence du diabète.

4. Le financement du secteur de la santé

Les dépenses de santé à Mayotte sont en constante progression (21 % entre 2004 et 2005), les dépenses de fonctionnement de l'hôpital et des dispensaires représentant plus de 90 % du total. Fin 2008, le fichier des bénéficiaires de l'assurance maladie contenait 146 000 personnes, enfants compris, pour 80 000 assurés.

L'ordonnance du 12 juillet 2004 a modernisé en profondeur le régime de santé de Mayotte.

L'accès aux soins ainsi que les médicaments distribués dans le secteur public sont gratuits. Ce système de protection sociale a évolué en 2005 vers un système d'assurance maladie-maternité comparable à terme au système métropolitain.

La Caisse de prévoyance sociale (CPS) est devenue la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte (CSSM), dans l'attente de devenir une réelle Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS) sur le modèle des DOM. Le coût de la santé est en principe désormais assuré par les cotisations des affiliés. Les soins sont gratuits pour les assurés sociaux dans les dispensaires et le CHM, limitant le développement du secteur libéral (même si le conventionnement doit permettre de pallier cet obstacle). L'offre de médicaments par CHM et dans les

dispensaires freine l'expansion des officines pharmaceutiques privées. De nombreuses prestations n'existent pas à Mayotte : CMU, CMU complémentaire (même si un système de ticket modérateur à 50 % a été mis en place mais est très peu utilisé), AMU, RMI ou RSA, régime invalidité, régime décès, congé paternité.

Les consultations chez le médecin généraliste sont remboursées à hauteur de 70 %. Les personnes non affiliées au régime de Mayotte ou à ceux de la métropole et des DOM doivent déposer une provision financière pour bénéficier des soins des établissements publics de santé. Se pose le règlement des frais d'hospitalisation et de consultations externes des personnes en situation irrégulière.

C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME

1. Une offre de santé hospitalière en constante évolution

Le Centre hospitalier de Mayotte (CHM), dont la reconstruction est en voie d'achèvement, dispose dès aujourd'hui d'un plateau technique performant et bénéficie, grâce à ses quatre hôpitaux intercommunaux (cinq à court terme) et à ses quinze dispensaires dont les personnels appartiennent au CHM, d'un maillage du territoire apte à assurer à tous une porte d'entrée au système des soins.

La rationalisation qui a conduit à la réduction du nombre de dispensaires de dix-neuf à quinze ces dernières années semble avoir atteint ses limites, même si leur ouverture 24 heures sur 24 sera à court terme abandonnée. Seules les maternités rurales sont fermées peu à peu pour des raisons de sécurisation des patientes, les hôpitaux intercommunaux prenant le relais.

Avec son personnel de 1 690 agents dont 163 médecins, ses 258 lits et 24 places, le CHM assure 22 000 hospitalisations, 390 000 consultations et 8 000 accouchements, ce qui en fait la première maternité de France. Le site de Mamoudzou dispose d'un bloc, d'un service d'urgence et d'une offre étendue en Médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Les hôpitaux intercommunaux de référence se concentrent sur leurs maternités et leurs services de consultation et d'urgence.

Les projets de développement pour la période 2007-2012, qui bénéficient d'une enveloppe de 150 millions d'euros, visent au développement de l'activité dans une démarche de normalisation. Ainsi le passage de quatre à six blocs opératoires s'accompagne-t-il d'une mise aux normes. La mise en place des hôpitaux de référence se terminera avec la rénovation de Dzaoudzi et l'ouverture de Dzoumongne. Un centre de dialyse ouvrira prochainement et permettra de diminuer le nombre des évacuations sanitaires. Enfin, après une longue absence de personnel suffisamment formé, le CHM a ouvert en 2009 une unité de psychiatrie, ajoutant au système déjà existant des tournées régulières dans les

dispensaires une offre ambulatoire. Les six lits pour les crises aiguës ne rendront plus nécessaires les évacuations vers La Réunion.

Les projets s'attachent d'autre part à apporter une réponse aux spécificités locales. La recentralisation des actions en santé au 1^{er} janvier 2009 offre la possibilité de mieux lutter contre la lèpre, le paludisme ou les infections sexuellement transmissibles. Les vaccinations sont à nouveau assurées par le CHM, ceci permettant d'espérer une meilleure couverture vaccinale. Il en est de même pour les maladies vectorielles, avec une meilleure prophylaxie, concernant notamment le chikungunya et la fièvre de la vallée du Rift.

Enfin, le développement du CHM, qui dépasse ainsi son strict champ initial de compétences, passe par la réponse donnée à un certain nombre de carences du secteur médico-social. Ainsi en est-il, pour exemple, de l'intervention des équipes hospitalières, au travers d'une convention passée avec la DASS, dans le domaine du handicap.

2. Une politique volontariste de l'État

En l'absence de conférence de santé réunissant régulièrement l'ensemble des partenaires et des usagers, la DASS de Mayotte, service déconcentré de l'État, a mis en œuvre un projet de santé de territoire afin de travailler sur l'ensemble des axes prioritaires de la santé sur l'archipel.

La nécessité de la proximité des lieux de prise en charge a conduit la DASS à recommander de mettre fin à la fermeture de dispensaires du CHM en raison des difficultés de transport qui pourraient constituer un obstacle à l'accès aux soins. La DASS a d'autre part confié au CHM les actions de prévention en santé comme la réponse à certaines carences du secteur médico-social.

La mise en place d'une cellule de veille épidémiologique en partenariat avec le CHM et la Cellule régionale d'épidémiologie (CIRE) de La Réunion dans le cadre de la coopération régionale permet d'instaurer la veille sanitaire et d'imposer les déclarations obligatoires de certaines pathologies, avec pour base de travail le maillage des dispensaires.

Un renforcement des politiques est à l'étude et connaît déjà un commencement de mise en œuvre concernant certains thèmes de santé publique particulièrement prégnants : la psychiatrie, le dépistage des cancers permettant la pratique de la chirurgie et de la chimiothérapie à Mayotte et de la radiothérapie à La Réunion, la lutte anti-vectorielle et la lutte contre les maladies de civilisation, les pathologies des pays pauvres et des pays riches coexistant sur le territoire. La lutte contre le SIDA et la tuberculose a déjà été reprise par la DASS.

Une parfaite complémentarité est nécessaire entre Mayotte et La Réunion. Une agence interrégionale de santé, qui devrait prochainement voir le jour sur le modèle des agences régionales de santé bientôt mises en place en métropole et dans les DOM, permettra son développement. La création d'un Centre hospitalier universitaire pourrait compléter le dispositif, offrant à terme la possibilité de créer une réelle communauté hospitalière de l'Océan Indien.

Suite à la rencontre en 2008 à Paris des présidents des deux États, un groupe de travail de Haut niveau a été mis en place entre la France et les Comores. Pour ce qui touche à la santé, cinq axes ont été dégagés : la veille épidémiologique, la formation des professionnels, les parcours de soins, les évacuations sanitaires et le partage de campagnes d'intervention et de dépistage. Le CHM est déjà l'hôpital de référence des Comores, même si de nombreuses difficultés financières perdurent. Afin de prendre conscience de l'ampleur des problèmes à résoudre, il est utile de souligner que le budget du CHM s'élevait en 2008 à 105 millions d'euros, quand celui de l'ensemble de l'État des Comores se montait à 35 millions d'euros pour une population d'environ 930 000 habitants (400 000 à la Grande Comore ou Ngazidja, 380 000 à Anjouan ou Ndzouani et 150 000 à Mohéli ou Moili).

D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE

1. Une forte immigration illégale insuffisamment prise en compte par les politiques de santé

Si l'INSEE estimait en 2006 la population de Mayotte à 191 000 personnes, le nombre des affiliés sociaux auprès de la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte permet de déterminer précisément la population y résidant en situation régulière, seule condition à l'affiliation. Il se monte en début 2009 à 146 000 personnes (nombre total de bénéficiaires pour 80 000 assurés sociaux), soient environ 77 % des recensés. La population globale estimée à l'horizon 2015 se situe dans une fourchette comprise entre 270 000 et 320 000 personnes.

Il est aisé de réaliser que, face à cette démographie galopante et quels que soient les efforts d'investissement réalisés dans le domaine de la santé, les capacités restent en deçà des besoins réels de l'archipel. Ceci est largement dû au fait que les investissements sont calculés sur la base de la population résidente officielle et non sur la population réelle estimée.

De plus, cette absence de prise en compte des personnes en situation irrégulière crée un engorgement du système de santé. Si la gratuité des soins est totale pour les affiliés sociaux, les non affiliés, en l'absence de l'Aide médicale État à Mayotte, sont en principe redevables d'un forfait leur permettant un accès pour une certaine période aux hôpitaux et dispensaires et dont le montant et la durée sont fonction de la pathologie diagnostiquée. Cette pratique induit plusieurs effets pervers. D'une part, les médecins sont réticents à percevoir ces sommes et ne souhaitent pas se substituer aux services de l'immigration. Ils n'hésitent pas, pour des raisons déontologiques et face à des situations sociales et financières difficiles, à requalifier la pathologie en Affection grave et durable (AGD) qui permet de ne pas exiger le versement du forfait. D'autre part, les non affiliés bénéficiant d'une prise en charge forfaitaire pour une durée fixée multiplient les visites dans les lieux de soins, allongeant d'autant les files d'attente. Enfin, la provision financière demandée est rarement versée en

pratique faute de moyens des non assurés et en raison de l'absence d'état-civil et de résidence pour adresser les rappels.

Le phénomène est de grande ampleur. Les activités du CHM en faveur des irréguliers sont estimées en 2008 à 24 % pour l'ensemble de l'activité de soins, à 51 % pour les hospitalisations. Les naissances de non affiliés représentent 56 % des naissances en 2008, sans doute en diminution (68 % en 2005) du fait de l'augmentation des affiliations. Ces chiffres intègrent à la fois les personnes en situation irrégulière, les Mahorais non affiliés ou affiliés ne présentant leur papier lors de l'accès aux soins. Les problèmes liés à l'état civil et l'informatisation insuffisante des services de santé sont à prendre en compte.

Le CHM prend en charge sur ses fonds propres les non assurés sociaux grâce à une dotation de l'État. Mais cette subvention va diminuant et reste inférieure aux recommandations faites par le rapport de l'IGAS en 2005.

Cette situation conduit de nombreux Mahorais à porter un jugement négatif sur le système de soins et à ressentir une certaine forme d'exclusion. Pour eux, d'une part, les « clandestins » seraient prioritaires et feraient l'objet de toutes les attentions, au détriment de la population française subissant d'importants délais d'accès aux soins. D'autre part, ils pensent que le budget consacré par l'État aux irréguliers en matière de santé serait supérieur à celui consacré aux Français. Il leur apparaît également que le système de soins serait au final bien calibré et efficace si seuls les Mahorais y avaient accès.

Cela montre la nécessité de prendre en compte le contexte géographique, social et culturel local source de l'immigration clandestine.

La présence de nombreux irréguliers constitue également un problème en termes d'hygiène publique et d'épidémies potentielles. La peur des contrôles éloigne du système de soins cette population, qui s'y adresse souvent fort tard, en particulier les futures mères et les enfants. Ainsi, de nombreux enfants laissés seuls après la reconduite à la frontière de leurs parents ne sont que peu concernés par les systèmes scolaire et de santé. Une intervention récente de la défenseure des enfants rappelant les termes de la Charte des droits de l'enfant de l'ONU doit permettre leur meilleure prise en charge.

2. De fortes contraintes pesant sur l'hôpital

Ces contraintes portent en premier lieu sur les carences en termes de ressources humaines. Malgré la mise en œuvre d'un plan de formation visant notamment à la mahorisation des infirmiers, le manque de compétences locales, tant en matière administrative que paramédicale, est encore évident. De nombreux postes sont vacants. La densité médicale hospitalière est quant à elle trois fois inférieure à celle de l'île de La Réunion. Le peu d'attractivité et le fort turnover font qu'il est difficile de faire vivre les projets. Le défaut de spécialistes dans certains domaines, comme l'imagerie, la pédiatrie ou l'anesthésie induit des délais parfois très longs ainsi qu'un inconfort certain pour les populations. Ainsi aucune péridurale n'est-elle effectuée pour les accouchements à Mayotte. La

présence d'une seule assistante sociale au sein du CHM, au regard des besoins des populations locales, pose également problème.

À ceci s'ajoute un problème de ressources financières contraintes. La non mise en place de la tarification à l'activité (T2A) et le maintien en conséquence de la dotation globale de fonctionnement se traduisent par des lacunes en matière de stratégie et de cadrage. Les règles locales de rémunération des personnels, induisant indemnités pour les personnels non médicaux et sur-majorations pour les personnels médicaux, grèvent lourdement le budget. La prise en charge déjà évoquée précédemment des non assurés sociaux, y compris de leurs évacuations sanitaires (avec le refus de certains établissements réunionnais ou métropolitains de procéder aux interventions sans avoir au préalable de garanties de paiement), ajoute aux difficultés financières de l'établissement. Au final pèse en permanence sur la structure une incertitude en termes de financement, concernant la dotation annuelle de l'État pour les non assurés, l'adoption éventuelle de la T2A, les conséquences de la départementalisation, en particulier sur la mise en place à terme de l'aide médicale État pour les personnes en situation irrégulière.

Un chiffre pourrait à lui seul traduire la situation actuelle : les dépenses de santé ont été pour 2006 à Mayotte de 600 euros par habitant pour l'année, contre 3 318 euros en métropole.

3. Des réponses encore insuffisantes aux besoins de santé

Des carences constatées tant en termes de ressources humaines qu'en matière financière découlent un manque d'investissement et de présence sur des pathologies pourtant connues comme constituant autant de prévalences locales.

Peuvent ainsi être déclinés dans ce cadre :

- la prise en charge de l'hypertension ;
- les Accidents vasculaires cérébraux (AVC) ;
- le diabète ;
- l'asthme ;
- l'insuffisance rénale chronique.

Un déficit de la prise en compte de la santé de la mère et de l'enfant, malgré une prise de conscience du Conseil général en ce domaine se heurtant là encore au manque de moyens, conduit à une augmentation du risque, alors même que Mayotte, plus grande maternité de France comme il l'a déjà été souligné, connaît 8 000 accouchements par an.

Les coopérations, notamment avec La Réunion, sont également insuffisamment développées sur les pathologies pour lesquelles ressources locales et équipements font défaut (insuffisance rénale, radiothérapie, chirurgie cardiaque, rééducation...) ou dans les domaines dans lesquels les carences du secteur sanitaire libéral et du secteur médico-social sont les plus évidentes. Dans l'attente d'une amélioration du plateau technique du CHM et en particulier de la

mise en place d'un service d'IRM, les évacuations sanitaires des affiliés de la CSSM et les transferts sanitaires (concernant les non affiliés) programmés sont en augmentation constante : 201 en 2006, 459 en 2007, 975 en 2008.

La télémédecine n'a pas encore été explorée, l'absence de haut débit constituant un obstacle majeur à sa mise en place.

4. Un secteur libéral quasi-inexistant

L'idée développée par certains qu'en dehors des interventions ciblées du Conseil général le CHM serait le seul acteur de santé de l'archipel repose sur cette constatation chiffrée : seuls 16 médecins généralistes exercent à Mayotte et les spécialistes privés sont très peu nombreux (il n'y a ainsi qu'un ophtalmologiste et qu'un radiologue et aucun cardiologue). L'investissement et les études se concentrent de fait sur l'hôpital et les centres de référence.

Les infirmiers libéraux sont au nombre de 69. Le secteur est insuffisamment contrôlé alors que les prescriptions qu'ils effectuent sont nombreuses, au mépris parfois des règlements, comme c'est le cas en matière de diabète. La réalité de leurs actes échappe à toute évaluation. Un infirmier libéral a ainsi pu percevoir une rémunération de 500 000 euros en 2008. La CSSM ne dispose il est vrai que d'un médecin conseil pour l'ensemble des missions de contrôle sur l'île, ce qui est nettement insuffisant, d'autant que la départementalisation pourrait entraîner sans doute une progression de l'offre libérale. La création d'un syndicat d'infirmiers a permis de développer la collaboration et le dialogue avec la profession afin de réfléchir à l'élaboration d'un code de bonnes pratiques.

Les officines pharmaceutiques sont peu nombreuses. L'hôpital distribue directement et gratuitement les médicaments correspondant aux prescriptions, ce qui constitue un obstacle majeur au développement de ces officines.

Un seul laboratoire d'analyses biomédicales est présent à Mayotte.

Aucune clinique privée ne s'est installée dans l'archipel.

Il n'y a pas d'ambulanciers privés, ce qui ne permet pas d'améliorer l'organisation des transports sanitaires uniquement assurés par une seule équipe de SMUR (le Samu n'existe pas sur l'archipel, non plus que le Centre 15) et les pompiers. Les urgences multiples ne peuvent ainsi être prises en compte, en particuliers dans les maternités rurales pourtant dépourvues de pédiatres ou de réanimateurs comme de gynécologues.

5. Une politique de prévention et un système d'éducation à la santé déficients

Il faut avant tout signaler que l'état sanitaire des populations est très peu connu. Peu d'éléments sont par exemple disponibles sur les MST. Le SIDA ne toucherait que 100 personnes sur l'archipel. Une enquête de prévalence du diabète a été entreprise depuis un an.

Le changement d'alimentation avec l'arrivée de nouveaux produits mieux considérés induit des maladies de civilisation. Les nouvelles et nombreuses réglementations se sont parfois mises en place au détriment de la culture antérieure, nécessitant une information et une éducation des populations, et ce d'autant que la médecine moderne s'est largement substituée à un système traditionnel qui s'efface peu à peu.

Cependant, il n'existe pas à Mayotte de Schéma territorial d'éducation à la santé (STEPS).

Le Conseil général, au travers d'agents spécialisés, fait preuve d'une volonté incontestable dans le domaine de l'éducation à la santé, en partenariat avec des institutions et des associations et avec le soutien financier du Comité territorial d'éducation pour la santé (COTES) et de l'État. Il dispose d'un service d'éducation à la santé d'une trentaine d'agents, dont les priorités concernent les accidents domestiques (les brûlures domestiques touchant les enfants sont particulièrement fréquentes aux Comores), la nutrition, les grossesses précoces et la sensibilisation aux soins bucco-dentaires, et d'un service de planning familial, d'une trentaine d'agents également, dont l'objectif consiste à terme à créer des centres de planification familiale. Vingt-sept points de consultation existent en Protection maternelle et infantile (PMI).

La planification familiale bénéficie d'un investissement important, un service d'éducation se déplaçant dans les villages et les centres de PMI, en effectuant souvent un travail de terrain et de porte à porte afin de mener des actions individuelles et collectives de conseil et d'orientation familiale. Un plan triennal de nutrition a permis d'organiser des sessions d'information et de démonstration dans les communes. Mais les recommandations sont rarement mises en œuvre par les mères de famille, l'ensemble de la démarche se heurtant au niveau d'éducation général. 10 % environ des enfants restent victimes de malnutrition (le béribéri a tué vingt-neuf nouveau-nés en 2006). Un nouvel accompagnement, avec réunions de groupes de dix personnes dans les villages, est actuellement développé en liaison avec un nutritionniste de La Réunion. L'éducation du patient sur le diabète est inexistante malgré une forte prévalence de cette pathologie.

Le manque de moyens humains et financiers est également patent. Il est ardu de recruter des médecins et seuls douze postes sont pourvus sur les trente budgétés par le Conseil général. Les centres de la PMI sont débordés du fait de l'absence quasi-totale de médecine libérale et assurent 70 à 80 % de l'activité de PMI contre environ 20 % en métropole. Les produits pharmaceutiques sont achetés par le Conseil général au CHM et non financés par la CSSM. Jusqu'à présent, et même si cette pratique est amenée à disparaître en 2009, le CHM facturait au Conseil général, qui avait fait le choix de cette politique pour des raisons évidentes de santé publique, les frais de contraception ou de pose de stérilet après IVG et de vaccination pour les plus de six ans et pour les nouveau-nés concernant l'hépatite B. Pour ce qui touche aux examens

biologiques (65 % de l'activité de la PMI), le Conseil général joue le rôle de mutuelle pour les affiliés sociaux et prend en charge 100 % des dépenses pour les non affiliés. La CSSM lui doit plus de trois millions d'euros pour les affiliés sociaux et la demande de prise en charge par l'État pour les non affiliés n'a aujourd'hui pas reçu de réponse.

Le Comité territorial d'éducation à la santé (COTES) ne dispose pas de moyens suffisants en l'absence de subvention de l'État et du fait d'un soutien financier du Conseil général allant décroissant. Concentré sur l'éducation en milieu scolaire, il ne présente ni programme, ni procédures d'évaluation.

La CSSM ne développe quant à elle que peu la prévention. Le dépistage des IST et du VIH est budgété pour un montant de 700 000 euros par an. Le dépistage du cancer du sein est balbutiant, le CHM étant submergé et un seul cabinet de radiologie privé étant présent sur l'archipel.

Les mairies sont également peu présentes dans le domaine. Le manque de moyens financiers des communes leur interdit le plus souvent de compléter la prestation d'aide à la restauration scolaire pour les déjeuners ou collations versée par l'Établissement des allocations familiales de Mayotte, d'un montant de quatre millions d'euros en 2008 pour 35 000 élèves, ceci se traduisant par un retard de paiement des fournisseurs et une modification des menus élaborés au détriment de l'équilibre alimentaire.

L'Établissement des allocations familiales de Mayotte met en place en 2009 une charte qualité, en partenariat avec la DASS et les acteurs du secteur contrôle-éducation-prévention.

L'augmentation de la population irrégulière, notamment des jeunes insuffisamment scolarisés, obère lourdement les actions menées ou en développement.