

N° 1371

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 7 mai 2025.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA PROPOSITION
DE LOI *visant à étendre l'aide médicale de l'État à Mayotte*,

PAR MME ESTELLE YOUSOUFFA,

Députée.

Voir le numéro : 1239.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	7
I. L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT N'EST PAS APPLICABLE À MAYOTTE ALORS QUE C'EST LE DÉPARTEMENT QUI EN AURAIT LE PLUS BESOIN	8
A. À MAYOTTE, LA DYNAMIQUE DE L'IMMIGRATION IRRÉGULIÈRE EST SANS ÉGALE SUR LE TERRITOIRE DE LA RÉPUBLIQUE	8
1. Une proportion toujours grandissante de la population de Mayotte est étrangère, très largement en situation irrégulière.....	9
2. Les facteurs de cette migration sont pluriels.....	9
B. LES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE ONT ACCÈS AUX SOINS DANS DES CONDITIONS DÉROGATOIRES	10
1. Des dispositions ont été adoptées pour exclure Mayotte de l'application de l'aide médicale de l'État.....	10
2. L'accès aux soins des étrangers sans papiers est prévu exclusivement dans le cadre de l'hôpital public.....	11
II. L'ABSENCE D'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT ENTRAÎNE DES EFFETS DÉLÉTÈRES SUR LES PLANS SANITAIRE, SOCIAL ET BUDGÉTAIRE	12
A. UNE EMBOLIE COMPLÈTE DU CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE, PRINCIPAL ACTEUR DE L'OFFRE DE SOINS	12
1. Une proportion très importante de l'activité des structures de soins est tournée vers les étrangers en situation irrégulière.....	12
2. Une activité essentiellement axée sur les urgences et l'obstétrique, au détriment de tout autre soin.....	14
3. Une dotation qui est loin d'incorporer le poids des soins aux non-affiliés.....	15
B. UN DÉVELOPPEMENT EMBRYONNAIRE DES SOINS DE VILLE FACE À UNE PATIENTÈLE NON SOLVABLE	16
1. Les soignants libéraux prennent en charge gratuitement les étrangers irréguliers avec des moyens très limités.....	16
2. L'absence de solvabilité d'une part très importante de la population constitue un frein récurrent au développement des soins de ville.....	16

C. UN SCANDALEUX EFFET D'ÉVICTION DES MAHORAI, POURTANT SEULS À COTISER.....	17
1. Considérés non prioritaires au regard de leur état de santé pourtant dégradé, les Mahorais n'ont pas accès aux soins	17
2. Le phénomène des évacuations sanitaires est emblématique de cette éviction	19
III. IL APPARAÎT URGENT DE FAIRE ENTRER MAYOTTE DANS LE DROIT COMMUN DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT	20
A. RENDRE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT APPLICABLE À MAYOTTE, UN IMPÉRATIF DE COHÉRENCE, DE TRANSPARENCE ET DE JUSTICE	20
1. L'objectif de la proposition de loi : faire entrer Mayotte dans le droit commun de l'aide médicale de l'État.....	20
2. Un impératif de cohérence	21
3. Un impératif de transparence	22
4. Un impératif de justice pour l'accès aux soins des Mahorais	22
B. LES CRAINTES ATTISÉES CONTRE L'APPLICATION DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT À MAYOTTE DOIVENT ÊTRE RELATIVISÉES.....	22
1. La théorie de l'appel d'air migratoire apparaît peu crédible.....	22
2. L'argument d'une incapacité des structures mahoraises à intégrer ce dispositif doit être résolument combattu	23
3. Il ne saurait être donné crédit à l'argument de l'insuffisance de l'offre de ville	24
COMMENTAIRE DES ARTICLES.....	25
<i>Article 1^{er}</i> : Étendre l'application de l'aide médicale de l'État à Mayotte	25
<i>Article 2</i> : Gage de recevabilité financière	29
TRAVAUX DE LA COMMISSION	31
ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LA RAPPORTEURE	55
ANNEXE N° 2 : NOTE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS) MAYOTTE – LES CONSÉQUENCES DE L'ABSENCE D'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT À MAYOTTE	57
ANNEXE N° 3 : CONTRIBUTION DU CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE (CHM) ET DE L'ARS MAYOTTE.....	59
ANNEXE N° 4 : CONTRIBUTION COMPLÉMENTAIRE DU CHM ET DE L'ARS MAYOTTE.....	69
ANNEXE N° 5 : CONTRIBUTION DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS (DGOS) ET DE LA DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (DSS)	73

ANNEXE N° 6 : CONTRIBUTION DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DES OUTRE-MER (DGOM).....	83
ANNEXE N° 7 : CONTRIBUTION N° 1 DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE	87
ANNEXE N° 8 : CONTRIBUTION N° 2 DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE..	91
ANNEXE N° 9 : NOTE DE L'ARS MAYOTTE – 5 PRIORITÉS POUR REBÂTIR LE SYSTÈME DE SANTÉ À MAYOTTE	101
ANNEXE N° 10 : TÉMOIGNAGES D'ASSURÉS SOCIAUX MAHORAI.....	127
ANNEXE N°11 : TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI..	141

AVANT-PROPOS

L'aide médicale de l'État (AME) a été mise en place le 1^{er} janvier 2000 dans le but de permettre aux étrangers en situation irrégulière d'accéder à des soins sous conditions de ressources et de résidence. Face à la réalité de l'immigration clandestine, ce dispositif a été créé avec une quadruple motivation :

– éthique et humanitaire, toute personne malade devant être soignée indépendamment de son statut administratif ;

– sanitaire, afin de lutter contre la propagation des maladies contagieuses ;

– financière, pour solvabiliser une patientèle en besoin de soins primaires auprès de la médecine de ville, des laboratoires d'analyses, des centres d'exams médicaux et des pharmacies d'officine ;

– budgétaire, partant de l'idée que l'absence d'accès aux soins primaires pour ces personnes risquait de conduire la société à devoir assumer des dépenses plus importantes à terme, notamment hospitalières.

Au-delà des critiques émises sur le dispositif tel qu'il existe aujourd'hui, la validité de ces trois motivations n'a jamais été remise en cause. Elles justifient d'ailleurs aussi l'existence de systèmes spécifiques de prise en charge des soins aux étrangers en situation irrégulière chez l'ensemble de nos voisins européens.

Pourtant, dans l'un des territoires de la République française, il n'a pas été jugé nécessaire de prévoir un tel dispositif. À Mayotte, 101^{ème} département français, en vertu de l'article L. 542-5 du code de l'action sociale et des familles, l'AME n'est pas applicable. Paradoxalement, cette terre, qui est un désert sanitaire, est aussi celle sur laquelle s'exerce la pression migratoire est la plus importante – entre un tiers et la moitié des habitants de Mayotte sont en situation irrégulière. Ce serait donc logiquement le territoire où ce dispositif serait le plus nécessaire.

Pour les mêmes raisons qui ont présidé à la création de l'AME dans le reste du pays, son absence à Mayotte induit des conséquences sanitaires graves et prévisibles : les étrangers en situation irrégulière se tournent massivement vers l'unique centre hospitalier de l'île, souvent dans un état de santé très dégradé, induisant des surcoûts majeurs, une embolie totale du système sanitaire mahorais et une éviction de fait des Français de Mayotte, dont la condition est jugée relativement moins préoccupante – donc non prioritaire.

L'absence d'AME est aussi à l'origine de la survenue, à Mayotte, d'épidémies de maladies importées, disparues depuis longtemps du territoire national : choléra, tuberculose...

Cette situation conduit enfin à « invisibiliser », au niveau comptable, le poids financier des soins prodigués aux étrangers en situation irrégulière à Mayotte. En effet, le financement de ces soins prodigués aux non assurés sociaux est, en toute opacité, prélevé sur la dotation globale dédiée au Centre Hospitalier de Mayotte. En d'autres termes, les coûts de la santé des étrangers en situation irrégulière soignés à l'hôpital de Mayotte – dont ils représentent 40 % de l'activité – sont directement déduits de l'enveloppe prévue pour la santé des assurés sociaux.

Devant ce constat d'une inégalité de droits dans l'accès aux soins pour les assurés sociaux de Mayotte, la nécessité d'une évolution est reconnue, mais aucune décision n'est prise, aucune action n'est engagée. Lors des auditions qu'elle a menées au cours de ses travaux préparatoires, la rapporteure a dû constater qu'aucune étude d'impact n'avait été conduite ou même envisagée sur les coûts de l'absence d'AME à Mayotte, ou sur les modalités éventuelles de mise en place d'un dispositif de ce type.

Le législateur ne saurait tolérer que le principe d'égalité d'accès aux soins se trouve ainsi réduit à néant dans un territoire de la République. L'immobilisme et l'invisibilisation ne sont pas des solutions acceptables. Lors de son discours de clôture devant le conseil départemental de Mayotte, en avril dernier, le Président de la République a souligné que le processus de convergence sociale de Mayotte devait, au plus vite, devenir une réalité, sans attendre l'échéance établie en 2031.

La présente proposition de loi s'inscrit précisément dans cette perspective en prévoyant d'inscrire Mayotte dans le dispositif de droit commun pour la prise en charge des dépenses de santé des étrangers en situation irrégulière.

I. L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT N'EST PAS APPLICABLE À MAYOTTE ALORS QUE C'EST LE DÉPARTEMENT QUI EN AURAIT LE PLUS BESOIN

A. À MAYOTTE, LA DYNAMIQUE DE L'IMMIGRATION IRRÉGULIÈRE EST SANS ÉGALE SUR LE TERRITOIRE DE LA RÉPUBLIQUE

Depuis plusieurs décennies, Mayotte connaît une pression migratoire sans commune mesure avec le reste du territoire national et toujours croissante, très majoritairement en provenance des Comores.

1. Une proportion toujours grandissante de la population de Mayotte est étrangère, très largement en situation irrégulière

La pression migratoire très importante à Mayotte est attestée par la détection croissante de kwassa-kwassa, ces embarcations de pêcheurs utilisées par les passeurs pour franchir les 70 kilomètres qui séparent Mayotte de l'île d'Anjouan, territoire de l'Union des Comores. Le rapport déposé par la commission des affaires étrangères en mai 2023 faisait ainsi état d'environ **30 000 détections à l'entrée ou sur le territoire de Mayotte en 2022**, avec des flux en hausse en 2023 ⁽¹⁾.

Les Comoriens constituent, de très loin, la première nationalité détectée (96 %). Le rapport précité relevait néanmoins l'émergence d'une immigration malgache et issue de l'Afrique des grands lacs. Cette composante demeure néanmoins résiduelle par rapport au flux venu des Comores.

S'il n'existe pas de statistiques fiabilisées sur la présence des étrangers en situation irrégulière à Mayotte, il est possible d'en acquérir une vision approximative en rapprochant la population des assurés sociaux de celle des habitants de l'île. D'après les données communiquées par la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM), le département compte actuellement 218 000 assurés sociaux. Au 1^{er} janvier 2024, L'institut national de la statistique et des études économiques (Insee) estimait la population de Mayotte à 321 000 habitants. Cependant, cette évaluation est, de l'avis des acteurs locaux, probablement assez largement en-deçà de la réalité. En tout état de cause, **la population de Mayotte est constituée d'au moins un tiers d'étrangers en situation irrégulière**, et ce taux pourrait en réalité être **plus proche de 50 %**, avec une population totale qui se situerait aux alentours des 450 000 habitants.

2. Les facteurs de cette migration sont pluriels

- Les flux migratoires à destination de Mayotte sont encouragés par les autorités comoriennes, qui y voient comme un levier au service de la revendication de souveraineté de l'Union des Comores sur Mayotte. Cette instrumentalisation des flux migratoires est classée par l'OTAN comme une menace hybride qui se caractérise, entre autres, par la saturation des services publics. Selon le discours officiel des dirigeants comoriens, les citoyens des Comores « sont chez eux à Mayotte ». On peut ainsi voir dans ces flux **une politique de colonisation de peuplement de la part des Comores**.

(1) Rapport d'information n° 1295 de Laurent Marcangeli et Estelle Youssouffa à la commission des affaires étrangères de l'Assemblée nationale sur les enjeux migratoires aux frontières Sud de l'Union européenne et dans l'océan indien, 31 mai 2023.

- Omettant la revendication territoriale comorienne sur Mayotte, les gouvernements successifs ont répété que l’immigration clandestine issue des Comores était principalement motivée par la différence importante de niveau de vie avec Mayotte. Le produit intérieur brut (PIB) par habitant de Mayotte était ainsi estimé près de huit fois supérieur à celui des Comores dans le cadre du rapport de la commission des affaires étrangères précité.

Cet argument a été battu en brèche par les évènements suivant le passage du cyclone Chido, qui a largement détruit Mayotte sans affecter les Comores : les flux migratoires ont alors augmenté, profitant de la destruction des radars de surveillance de la frontière et des moyens nautiques. Alors que plus aucun service public ne fonctionnait normalement à Mayotte et que l’hôpital était largement inopérant, les migrants comoriens, qui ne pouvaient pas ignorer cette situation, ont continué à débarquer sur les rives du département.

- De manière générale, les études sur les causes de la migration clandestine en France tendent à relativiser l’importance du **motif sanitaire**, sans toutefois le nier. Ainsi, pour la France entière, le motif de séjour pour soins est globalement estimé à 10 % chez les étrangers en situation irrégulière.

À Mayotte, ce motif est également d’ores et déjà présent, même en l’absence d’aide médicale de l’État, comme en atteste le **phénomène des kwassa-kwassa sanitaires**, chargés de malades et directement pris en charge à l’hôpital à leur arrivée.

B. LES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE ONT ACCÈS AUX SOINS DANS DES CONDITIONS DÉROGATOIRES

1. Des dispositions ont été adoptées pour exclure Mayotte de l’application de l’aide médicale de l’État

Mayotte est le seul département de France où l’AME n’est pas applicable. Cette situation résulte de dispositions dérogatoires introduites par l’**ordonnance du 31 mai 2012** portant extension et adaptation du code de l’action sociale et des familles à Mayotte ⁽¹⁾. Cette ordonnance prévoit que les dispositions des livres I^{er} à IV dudit code sont applicables à Mayotte sous réserve des modifications qu’elle apporte.

Or, l’**article L. 542-5** du code de l’action sociale et des familles, introduit par ladite ordonnance, dispose que les modalités de prise en charge des soins à destination des étrangers en situation irrégulière sont dérogatoires au droit commun à Mayotte, où elles sont régies non par le livre V relatif à l’aide médicale de l’État, mais par un article spécifique du code de la santé publique : l’**article L. 6416-5**.

(1) 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.

2. L'accès aux soins des étrangers sans papiers est prévu exclusivement dans le cadre de l'hôpital public

L'absence d'AME ne signifie pas que les étrangers en situation irrégulière ne sont pas soignés à Mayotte.

● Selon l'article L. 6416-5 du code de la santé publique, ils sont bien pris en charge, et même **gratuitement, au sein de l'hôpital public de Mayotte**, dès lors que :

– « *le défaut de soins peut entraîner une altération grave et durable de leur état de santé* » ;

– ou que leur situation présente un enjeu en termes de lutte contre les maladies transmissibles ;

– ou encore qu'il s'agit de mineurs ou d'enfants à naître.

Théoriquement, le bénéfice de ces soins gratuits est soumis à **des conditions de ressources**. Celles-ci sont en réalité difficiles à contrôler – et très peu vérifiées.

Il convient de noter qu'en vertu d'une décision de Mme Dominique Voynet, alors directrice générale de l'agence régionale de santé, en 2020, les accouchements sont entièrement gratuits. Dans le contexte de forte natalité étrangère à Mayotte, cette mesure est dénoncée localement par les élus, syndicats et collectifs citoyens pour son effet d'appel d'air.

● Par ailleurs, l'accès aux soins non urgents est en principe conditionné au **versement d'une provision financière**, de l'ordre de 10 euros pour une consultation. Dans les faits, il appartient aux médecins de juger si l'état de santé de la personne répond aux critères susmentionnés, leur permettant d'être exonérés dudit versement.

En pratique, l'ensemble des interlocuteurs auditionnés par la rapporteure a estimé que toute personne malade se présentant à l'hôpital ou dans l'un de ses dispensaires était prise en charge, indépendamment de sa situation administrative.

Au total, les provisions financières facturées aux patients non assurés sociaux n'ont pas permis de rapporter plus d'un million d'euros à l'hôpital en 2024, bien loin des 123 millions d'euros de coûts estimés en lien avec leur prise en charge.

● Il convient enfin de noter que l'accès aux soins n'est **pas conditionné à une durée préalable de résidence** sur le territoire français, comme c'est le cas avec l'aide médicale de l'État.

II. L'ABSENCE D'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT ENTRAÎNE DES EFFETS DÉLÉTÈRES SUR LES PLANS SANITAIRE, SOCIAL ET BUDGÉTAIRE

L'absence d'aide médicale de l'État produit **des conséquences systémiques** à Mayotte, qui vont bien au-delà de la question de l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière.

Une note du directeur général de l'agence régionale de santé, annexée au présent rapport, souligne ainsi que l'absence d'AME « *génère une situation structurellement déséquilibrée qui met en péril la pérennité du système de santé local, limite son développement et compromet l'égalité d'accès aux soins* » des Français de Mayotte.

A. UNE EMBOLIE COMPLÈTE DU CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE, PRINCIPAL ACTEUR DE L'OFFRE DE SOINS

En vertu de l'article L. 6416-5 précité, les étrangers en situation irrégulière ne peuvent être pris en charge **qu'au sein du centre hospitalier de Mayotte**. Seul établissement de l'île, cet hôpital se répartit entre un site principal situé à Mamoudzou, quatre centres médicaux de référence qui assurent la permanence des soins médicaux et une activité d'obstétrique, et dix centres de consultation périphériques – les anciens dispensaires.

Cet établissement, qui assure 72 % de l'offre de soins à Mayotte, est en réalité complètement saturé par la prise en charge non programmée des étrangers en situation irrégulière qui se présentent souvent dans un état de santé dégradé. Dans un contexte de très faible développement de la médecine de ville, cette surcharge de l'hôpital conduit à faire de l'île un désert médical pour le reste de la population.

1. Une proportion très importante de l'activité des structures de soins est tournée vers les étrangers en situation irrégulière

● D'après les informations communiquées par le centre hospitalier et l'agence régionale de santé, **au moins 40 % de l'activité du centre hospitalier** de Mayotte concerne les soins aux non affiliés sociaux – c'est-à-dire aux étrangers en situation irrégulière – pour un montant estimé à **123 millions d'euros en 2023**, sur une dotation annuelle de fonctionnement de 321 millions d'euros (*cf.* tableau ci-après).

Cette estimation repose sur une comptabilité analytique ; elle est effectuée en rapprochant les fiches des patients ne comportant pas de numéro de sécurité sociale du coût moyen estimé d'une journée d'hospitalisation dans un service donné. Elle n'englobe pas le coût des médicaments distribués gratuitement par le centre hospitalier de Mayotte et, s'agissant de la protection maternelle et infantile (PMI), le conseil départemental. En effet, en l'absence d'AME, les étrangers en situation irrégulière ne peuvent pas s'approvisionner directement auprès des officines de ville.

**ESTIMATION DES DÉPENSES EFFECTUÉES
EN FAVEUR DES NON-ASSURÉS SOCIAUX À L'HÔPITAL DE MAYOTTE**

Libellé	Nature de l'unité	Total
Chirurgies autres	Journée d'hospitalisation	7 140 165,88 €
Gynéco-obstétrique	Journée d'hospitalisation	26 798 468,50 €
Médecine pédiatrique	Journée d'hospitalisation	5 279 497,36 €
Médecines autres	Journée d'hospitalisation	9 397 981,67 €
Réanimation adulte	Journée d'hospitalisation	4 317 982,73 €
Réanimation néonatale/pédiatrique	Journée d'hospitalisation	4 620 709,04 €
Soins intensifs en néonatalogie	Journée d'hospitalisation	1 540 884,37 €
Soins surveillance continue adulte	Journée d'hospitalisation	2 057 331,36 €
Soins surveillance continue en néonatalogie	Journée d'hospitalisation	3 572 949,98 €
Soins surveillance continue pédiatrique	Journée d'hospitalisation	621 157,16 €
UHCD Adulte	Journée d'hospitalisation	2 364 276,54 €
CONSULTATION_MCO	Consultation	27 645 408,60 €
Accueil et Traitement des Urgences - Structure des Urgences Décret 2006-577	Passage	8 208 299,24 €
Total par champ : MCO		103 565 112,43 €
Hospitalisation à temps plein (hors UMD, UHSA) adultes	Journée d'hospitalisation	1 422 387,10 €
Centre médico-psychologique (CMP)	Journée d'hospitalisation	3 076 152,55 €
Total par champ : PSY		4 498 539,65 €
Soins de suite et de réadaptation indifférenciés ou polyvalents: Adulte, âge supérieur ou égal à 18 ans	Journée d'hospitalisation	4 441 039,06 €
Ateliers d'appareillage et de confection	Nb actes	244 127,60 €
Total par champ : SSR		4 685 166,66 €
HAD	Journée d'hospitalisation	1 112 274,98 €
Total par champ : HAD		1 112 274,98 €
SMUR terrestre et aérien	nb sorties	8 625 258,80 €
Dialyse		1 104 836,85 €
Total autres		9 730 095,65 €
Total Général		123 591 189,36 €

Source : données transmises par le centre hospitalier de Mayotte.

- Il convient d'ajouter à ces montants les crédits mobilisés par la **PMI dont l'activité est tournée à 78 % vers des non-assurés sociaux**. Plus de 90 % des consultations en PMI concernent ainsi des femmes qui ne sont pas assurées, et 85 % des enfants dans cette même situation, dans un contexte où la fécondité des mères nées à l'étranger est près de deux fois supérieure à celle des mères nées à Mayotte (6 enfants par femme contre 3,5). Au total, le coût de la prise en charge des étrangers en situation irrégulière au sein des PMI est estimé à 21 millions d'euros. Alors que la PMI relève en principe de la compétence du département, il convient de noter qu'à Mayotte, l'État compense, en partie, ce coût exorbitant.

- S'y ajoutent **les montants mobilisés par l'agence régionale de santé (ARS= dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR)**, notamment pour la vaccination des enfants non affiliés (1,5 million d'euros par an) et les transports sanitaires (près d'un million d'euros par an).

2. Une activité essentiellement axée sur les urgences et l'obstétrique, au détriment de tout autre soin

La prise en charge quasi exclusive à l'hôpital d'une population non assurée nombreuse entraîne un engorgement de la structure hospitalière de Mayotte et **une déformation de son activité** au profit des urgences médicales et obstétricales ainsi que du soin de premier recours, au détriment de toute autre forme de soin programmé et spécialisé.

En effet, le centre hospitalier est **prestataire de premier recours pour les étrangers en situation irrégulière**, qui ne peuvent se tourner vers la médecine de ville. Lors de son audition, le préfet de Mayotte, M. François-Xavier Bieuville, a souligné que l'hôpital de campagne mis en place pour soulager les structures hospitalières après le cyclone Chido avait essentiellement accueilli des étrangers en situation irrégulière pour des soins de premier recours, mettant en évidence la prééminence de ce besoin.

Par ailleurs, les interlocuteurs auditionnés par la rapporteure ont décrit des patients étrangers arrivant à Mayotte avec un état de santé général souvent dégradé, des pathologies plus lourdes et plus avancées faute de prévention, de dépistage précoce ou de soins. De fait, ces étrangers se présentent donc souvent au centre hospitalier de Mayotte **dans un état grave qui impose une prise en charge en urgence complexe et longue, parfois une évacuation sanitaire**, monopolisant ainsi les lits et les soignants.

Enfin, la maternité de l'hôpital de Mayotte – sur le site principal de Mamoudzou, mais aussi sur les quatre centres périphériques – connaît une activité hypertrophiée au regard de la dimension de la structure. Avec environ 10 000 accouchements par an, il s'agit de **la plus grosse maternité d'Europe**, dans le contexte d'une natalité très dynamique à Mayotte (4,5 enfants par femme en moyenne), particulièrement chez la population comorienne.

Une enquête de l’Insee parue en 2024 révélait ainsi que, sur 10 280 naissances enregistrées cette année à Mayotte, 6 880 étaient issues de mères de nationalité comorienne et seulement 2 580 étaient de mères françaises ⁽¹⁾.

3. Une dotation qui est loin d’incorporer le poids des soins aux non-affiliés

Le directeur général du centre hospitalier de Mayotte, M. Jean-Mathieu Defour, a estimé lors de son audition que le coût des soins aux étrangers en situation irrégulière était, de fait, intégré dans la dotation annuelle de fonctionnement de l’hôpital, prenant comme argument à l’appui de ce constat l’augmentation régulière de son montant au cours des dernières années.

ÉVOLUTION DE LA DOTATION ANNUELLE DE FINANCEMENT DU CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE

Année	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Montant DAF (en M€)	184	201	221	213	259	253	277	298	322

Source : contribution écrite DGOS-DSS

En l’absence de toute facturation séparée des actes réalisés à destination des patients non assurés sociaux, cette dotation annuelle, qui est destinée aux soins des assurés sociaux, se trouve en réalité amputée par cette charge. De facto, les assurés sociaux de Mayotte se voient privés de 40% des montants qui leur sont alloués, au bénéfice des étrangers en situation irrégulière. Pour mémoire, en octobre 2017, M. Xavier Montserrat, alors directeur de la délégation mahoraise de l’agence régionale de santé (ARS) Océan Indien, avait indiqué que le coût annuel des dépenses de santé par habitant à Mayotte s’élevait à 900 euros, contre 3 000 euros à La Réunion et 3 300 euros en métropole ⁽²⁾.

De fait, l’hôpital de Mayotte accuse, **depuis une décennie, un déficit qui se creuse et qui atteint 14 millions d’euros** dans l’état prévisionnel des dépenses et des recettes (EPRD) pour 2024. Comme le souligne le document établi pour 2025, « *cette situation limite considérablement les marges de manœuvre pour répondre à la demande croissante de soins et l’entretien régulier de certaines infrastructures* ».

(1) « Bilan démographique 2023 à Mayotte, premiers éléments sur 2024 », Insee flash Mayotte n° 182, décembre 2024.

(2) <https://la1ere.francetvinfo.fr/habitant-mayotte-coute-900-euros-depenses-sante-an-contre-3300-euros-hexagone-521087.html>

B. UN DÉVELOPPEMENT EMBRYONNAIRE DES SOINS DE VILLE FACE À UNE PATIENTÈLE NON SOLVABLE

L'absence d'AME entretient l'hypertrophie de l'hôpital public au sein du système de santé mahorais au détriment des soins de ville, qui ne peuvent se développer faute de patients solvables.

1. Les soignants libéraux prennent en charge gratuitement les étrangers irréguliers avec des moyens très limités

Bien que la prise en charge des étrangers en situation irrégulière à Mayotte ne soit prévue qu'au sein de l'hôpital public, les soignants de ville peuvent être conduits à suivre, de manière résiduelle, cette patientèle en demande de soins. Ils le font dans ce cas sans moyens dédiés, à titre gratuit.

Lors de leur audition, les docteurs Jean-Marc Roussin et Mohamed Sophian Jaouadi, représentants de l'union régionale des professionnels de santé pour les médecins à Mayotte, ont estimé que **les médecins généralistes libéraux mahorais suivaient entre 3 % et 15 % de leur patientèle à titre gratuit**. Outre la perte financière que cela implique, le docteur Jaoudi a souligné les limites très importantes du suivi possible dans cette situation, dans la mesure où « *une partie de la patientèle a souvent des maladies chroniques, qui nécessitent le recours à des examens complémentaires* » que le patient n'est pas en mesure de financer. En conséquence, l'absence d'AME **induit des ruptures de soins** pour ces patients, qui finissent aux urgences, faute d'avoir été pris en charge suffisamment tôt.

De même, Mme Sidi Madi, présidente du Syndicat national des infirmiers et infirmières libéraux de Mayotte (Sniil 976), a rapporté soigner des étrangers en situation irrégulière **avec les médicaments et pansements destinés aux assurés sociaux**, de façon à « *garantir la continuité des soins, conformément à notre devoir* ».

2. L'absence de solvabilité d'une part très importante de la population constitue un frein récurrent au développement des soins de ville

Étant donnée la proportion considérable d'étrangers en situation irrégulière, les médecins n'ont **pas la garantie d'une file active suffisante** s'ils s'installent à Mayotte⁽¹⁾. La présence massive d'une population non solvabilisée par l'AME constitue ainsi un frein puissant au développement des soins de ville, en même temps qu'elle génère des besoins de traitements très importants pour l'hôpital.

À l'heure actuelle, l'ARS ne dénombre qu'une trentaine de médecins généralistes installés à Mayotte, qui représentent seulement une vingtaine d'équivalents temps plein, et 38 sages-femmes, ainsi qu'une dizaine de médecins spécialistes.

(1) La file active correspond au nombre de patients différents vus en consultation au moins une fois dans l'année.

De même, le développement du secteur hospitalier privé et des officines de ville demeure limité et très en-deçà des besoins de santé. Le territoire ne compte actuellement que 25 officines. L'activité hospitalière privée se résume à un centre de dialyse – par ailleurs financé par le centre hospitalier de Mayotte.

C. UN SCANDALEUX EFFET D'ÉVICTION DES MAHORAIS, POURTANT SEULS À COTISER

1. Considérés non prioritaires au regard de leur état de santé pourtant dégradé, les Mahorais n'ont pas accès aux soins

• Du fait de l'absence d'AME à Mayotte, les soins aux personnes en situation irrégulière sont **effectués en prélevant sur l'enveloppe destinée aux assurés sociaux locaux**. Le système de soins n'étant **pas dimensionné** pour prendre en charge une population aussi nombreuse, cette situation entraîne **un effet d'éviction des assurés sociaux**, dont l'état de santé est jugé relativement moins dégradé ou moins urgent que celui des étrangers irréguliers qui arrivent à l'hôpital.

La rapporteure a reçu le témoignage de nombreux assurés sociaux mahorais qui rapportent une impossibilité d'obtenir des rendez-vous spécialisés, des soins programmés sans cesse reportés du fait de l'engorgement du plateau technique. Ainsi que l'a souligné lors de son audition la docteure Ramlati Ali, médecin et ancienne députée de Mayotte, cette situation est **l'un des facteurs majeurs de l'important renoncement aux soins** constaté dans le département ⁽¹⁾.

Il existe ainsi un sentiment très largement partagé à Mayotte : **les soins sont plus faciles d'accès aux étrangers en situation irrégulière qu'aux cotisants**. Comme le souligne une note de l'ARS communiquée à la rapporteure, l'engorgement des services hospitaliers pour la prise en charge des non assurés *« dégrade la qualité ainsi que la sécurité des soins pour l'ensemble de la population mahoraise »*.

• Cette situation apparaît particulièrement préjudiciable et injuste alors que **l'état de santé des Mahorais est globalement très dégradé** par rapport à la moyenne des Français. L'enquête « Unono Wa Maore » conduite par Santé publique France en 2019 a fourni un état des lieux alarmant de la santé publique sur le territoire. Elle révèle notamment :

– la **prévalence élevée des maladies chroniques**. Le diabète frappe 12,1 % des adultes, dont seuls 40 % ne connaissent pas leur maladie. 38,5 % des Mahorais sont hypertendus. Seuls 20 % d'entre eux ont une tension artérielle maîtrisée ;

– une **situation nutritionnelle préoccupante**. L'obésité touche près d'un adulte sur deux, et l'on observe en parallèle une insécurité alimentaire structurelle ;

(1) « Près de la moitié des habitants de Mayotte ayant eu besoin d'un soin ont dû le reporter ou y renoncer », Enquête santé Dom en 2019, Insee Analyses Mayotte n° 29, juillet 2021.

– une forte **exposition à des risques infectieux majeurs**, liés à la géographie et au climat tropicaux ainsi qu’aux conditions sanitaires souvent précaires, et véhiculés par les flux migratoires importants qui se traduisent par des maladies importées : fièvre typhoïde, hépatite A, leptospirose, diphtérie, tuberculose, virus de l’immunodéficience humaine, choléra...

Près de la moitié des habitants de Mayotte ayant eu besoin d’un soin ont dû le reporter ou y renoncer

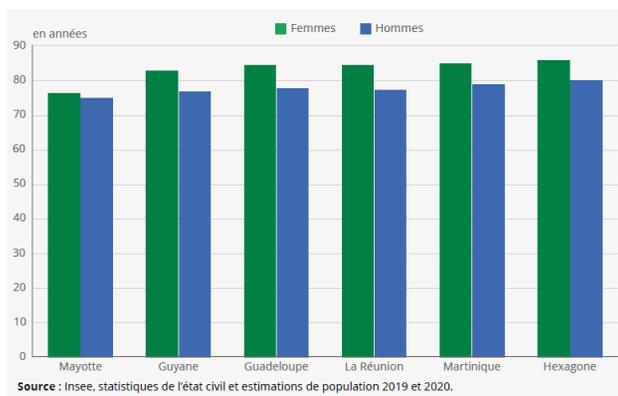
« À chaque âge, les habitants de Mayotte déclarent plus souvent une santé dégradée. Ainsi, parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 5 % sont dans ce cas contre 1 % dans l’Hexagone. À partir de 65 ans, 47 % des habitants de Mayotte se disent en mauvaise ou très mauvaise santé, soit trois fois plus qu’au niveau national (14 %). À structure de population par âge comparable à celle de la métropole, 21 % des habitants de Mayotte seraient alors concernés. Mayotte serait ainsi le Drom le plus touché.

Cette perception d’un état de santé plus dégradé fait écho à une réalité : à chaque âge, la mortalité est plus élevée que dans l’Hexagone. La différence s’intensifie avec l’avancée en âge. De 20 à 39 ans, il y a ainsi près de deux fois plus de décès pour 1 000 habitants que dans l’Hexagone. **Aussi, l’espérance de vie à la naissance est nettement plus faible à Mayotte : elle s’élève à 75 ans en 2019, soit huit ans de moins qu’en métropole.**

De plus, 5 % des habitants de Mayotte se trouvent très fortement limités dans leurs activités quotidiennes en raison d’un problème de santé ; c’est moins qu’en métropole (9 %). Mais 15 % des personnes éprouvent aussi des difficultés à marcher, contre 9 % en métropole. »

Source : Enquête Santé DOM en 2019 INSEE ANALYSES MAYOTTE No 29 Paru le : 29/07/2021

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE EN 2019 SELON LE TERRITOIRE



• Les études décrivant cet état de santé dégradé général à Mayotte **ne prennent pas en compte l’impact médical du cyclone Chido** sur la population. Les blessures physiques et psychiques immédiates et avec effet retard sont massives et encore difficiles à complètement mesurer. La destruction des services de santé et

la continuité des soins assurée « en mode dégradé », sur le mode de la médecine de guerre ou médecine humanitaire, dans des conditions extraordinairement difficiles, ont entraîné des ruptures de soins et des retards de diagnostics.

Ainsi que le souligne l'ARS de Mayotte dans la note annexée au présent rapport, « *le passage du cyclone Chido a parachevé la fragilisation du système de santé mahorais* » en détériorant une partie importante des structures de soins, en accentuant les retards de prise en charge et en majorant les risques épidémiques.

Dans ce contexte d'une (re)Construction de Mayotte qui n'a pas démarré, cinq mois après le cyclone Chido, **les médecins ont, lors de leur audition, rapporté un état inquiétant d'épuisement, de morosité et d'angoisse dans l'ensemble de la population mahoraise, qui survit dans des conditions sanitaires, économiques et quotidiennes particulièrement difficiles.**

Les Mahorais supportent de moins en moins la rupture d'égalité vécue au quotidien par les difficultés d'accès à l'eau potable, aux soins, à l'éducation. La cherté de la vie, les pénuries et la suspension partielle de nombreux services publics comme l'école ont poussé de nombreuses familles à s'installer hors de Mayotte : l'éclatement familial et l'adaptation forcée sont autant de facteurs de souffrance, qui se traduisent par une augmentation des burn-outs, dépressions, AVC et maladies liées au stress, observable sur place.

La rapporteure alerte ainsi ses collègues sur la montée en puissance d'un « ras-le-bol » social dans l'île, **qui impose au législateur d'apporter des réponses de manière urgente.**

2. Le phénomène des évacuations sanitaires est emblématique de cette éviction

Les évacuations sanitaires sont révélatrices de l'injustice à laquelle sont confrontés les Mahorais dans leur accès aux soins. La saturation du plateau technique et le caractère très limité de l'offre de soins impose de recourir aux évacuations sanitaires dans de nombreuses situations, soit en urgence soit de manière programmée, parfois simplement pour consulter un médecin spécialiste auquel les Mahorais n'ont pas accès sur leur territoire.

Ces évacuations sanitaires ont concerné **près de 1 800 patients en 2024**, très majoritairement orientés vers La Réunion (environ 1 700 patients). Elles sont effectuées par des vols spécialement affrétés ou par des vols commerciaux. Or, il apparaît que **seuls 60 % des patients transférés à La Réunion sont affiliés à la sécurité sociale.**

Pour les 40 % restants, des étrangers en situation irrégulière, une organisation a été mise en place entre le centre hospitalier de Mayotte et l'ARS de la Réunion, pour systématiser l'ouverture de droits à l'AME dès l'arrivée sur le sol réunionnais. Il est difficile de comprendre dans quelle mesure l'administration s'assure que ces patients étrangers en situation irrégulière en provenance de Mayotte

répondent au critère d'attribution de l'AME, à savoir un séjour minimum de trois mois sur le territoire national. Un bureau particulier a également été mis en place au sein du centre hospitalier de Mayotte, en lien avec la Préfecture, pour la délivrance de laissez passer permettant à ces étrangers en situation irrégulière (ou ceux bénéficiant d'un visa territorialisé spécifique à Mayotte) de circuler sur le reste du territoire national.

À nouveau, l'état de santé relativement plus dégradé des étrangers en situation irrégulière induit **un effet d'éviction sur les patients mahorais, dont la situation est jugée moins urgente**, et qui se voient souvent opposer l'argument du manque de sièges dans les vols sanitaires. Il arrive fréquemment que, face à des délais qui s'allongent sans cesse, les familles aient à se cotiser pour que leurs proches – assurés sociaux – puissent se rendre à La Réunion à leurs frais recevoir des soins. Ces déplacements donnent lieu à indemnisation postérieure des assurés ; celle-ci n'est cependant ni systématique, ni intégrale.

III. IL APPARAÎT URGENT DE FAIRE ENTRER MAYOTTE DANS LE DROIT COMMUN DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

L'ensemble des interlocuteurs auditionnés par la rapporteure s'accordent sur un constat : **le *statu quo* n'est pas tenable**. Le système de santé mahorais doit évoluer sur la question de la prise en charge des étrangers en situation irrégulière, toujours plus nombreux. Beaucoup parmi les élus locaux, les médecins, les soignants et les institutions estiment que la mise en place de l'AME à Mayotte serait une mesure de cohérence et de justice, de nature à améliorer l'accès aux soins pour tous.

Pour autant, lors de leurs auditions, les directeurs généraux du centre hospitalier et de l'ARS de Mayotte, de même que les administrations centrales, ont déclaré leur opposition à la mise en place de l'AME à Mayotte, en évoquant le risque d'un appel d'air migratoire et une inadaptation des structures locales. Cette position interroge, à la lecture d'une note datée du 14 avril 2025 (*cf.* annexe), signée du directeur général de l'ARS de Mayotte, qui souligne que l'absence d'AME « *génère une situation structurellement déséquilibrée qui met en péril la pérennité du système de santé local, limite son développement et compromet l'égalité d'accès aux soins* » des Français de Mayotte.

A. RENDRE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT APPLICABLE À MAYOTTE, UN IMPÉRATIF DE COHÉRENCE, DE TRANSPARENCE ET DE JUSTICE

1. L'objectif de la proposition de loi : faire entrer Mayotte dans le droit commun de l'aide médicale de l'État

La présente proposition de loi n'a pas pour objectif de réclamer un traitement de faveur, une discrimination positive pour les Mahorais, par ailleurs confrontés à des difficultés importantes en raison de leur environnement. Elle vise

simplement une **égalité des droits** avec le reste de la France. Mayotte est le seul département français où l'aide médicale de l'État n'est pas applicable. Cette différence, qui pouvait être conçue comme une solution transitoire à la prise de l'ordonnance précitée du 31 mai 2012, n'a nullement vocation se pérenniser.

Ainsi que l'a rappelé le Président de la République lors de sa venue à Mayotte en avril 2025, la départementalisation de l'île l'a inscrite dans **un processus de convergence sociale, dont l'échéance est fixée à 2031, et dont la temporalité doit être accélérée**. Il n'y a aucune raison objective pour que l'aide médicale de l'État, qui constitue le droit commun de la prise en charge des étrangers en situation irrégulière en France, ne soit pas applicable à Mayotte. Ces raisons existent d'autant moins que les motivations qui ont justifié la création de l'AME sont encore plus valables à Mayotte, du fait du poids très important de l'immigration irrégulière.

Dès lors, il importe – et c'est l'objectif de l'**article 1^{er}** de la présente proposition de loi – de **supprimer la dérogation** qui exclut les habitants de Mayotte du bénéfice de l'aide médicale de l'État.

2. Un impératif de cohérence

L'application de l'AME à Mayotte est un impératif de cohérence dans la mesure où **ce dispositif a précisément été conçu pour éviter des situations comme celle d'aujourd'hui à Mayotte**. Lors de leur audition, MM. Claude Évin et Patrick Stefanini, auteurs d'un rapport sur l'aide médicale de l'État⁽¹⁾, ont souligné l'utilité reconnue de ce dispositif pour prévenir les risques épidémiques et éviter de faire converger les étrangers en situation irrégulière vers une offre de soins hospitalière plus lourde et plus onéreuse.

Au regard de ces deux ambitions, l'application de l'AME se justifierait pleinement à Mayotte. Elle semble même nécessaire et urgente.

S'agissant du premier objectif, on observe à Mayotte des **risques épidémiques persistants**, largement véhiculés par la population immigrée. Pour ne citer qu'un exemple, rapporté par Santé publique France, un cas de choléra a été importé des Comores en mars 2024, donnant lieu à une transmission communautaire dans un quartier précaire de la commune de Koungou, confronté à des fortes difficultés d'accès à l'eau potable et à un assainissement défaillant. Dans ce contexte, l'épidémie s'est propagée et 221 cas ont été signalés jusqu'en juillet 2024, date à laquelle elle a pu être jugulée.

Le second objectif consiste à **éviter un report des étrangers en situation irrégulière vers une offre de soins plus lourde**, hospitalière, du fait de l'aggravation de leur état de santé. Cet écueil est celui que vivent les Mahorais au quotidien. Leurs services hospitaliers sont saturés d'étrangers en situation

(1) Rapport sur l'aide médicale de l'État établi par Claude Évin et Patrick Stefanini avec l'appui de l'inspection générale de l'administration et de l'inspection générale des affaires sociales, décembre 2023.

irrégulière, dont la prise en charge précoce aurait évité l'hospitalisation. Par ailleurs, l'absence de relais possibles en médecine de ville conduit à prolonger les hospitalisations, accentuant d'autant l'engorgement hospitalier. L'hôpital se trouve alors contraint de fonctionner en permanence en mode dégradé, submergé par la gestion des urgences et des maternités.

3. Un impératif de transparence

L'application de l'AME à Mayotte est aussi un impératif de transparence dans la mesure où **les soins actuellement apportés aux étrangers en situation irrégulière à Mayotte sont « invisibilisés »**, fondus dans l'enveloppe dédiée aux assurés sociaux qui sont pourtant les seuls à cotiser à la caisse de sécurité sociale.

Au-delà des estimations fournies en première partie, il n'existe aucune traçabilité précise du coût des soins prodigués aux non assurés sociaux. Elle seule permettrait pourtant leur prise en charge, au juste niveau, par l'État.

4. Un impératif de justice pour l'accès aux soins des Mahorais

Les Mahorais sont citoyens français au même titre que les autres. Rien ne justifie qu'ils ne puissent prétendre à l'égalité d'accès aux soins avec leurs concitoyens des autres départements. Le législateur doit **faire exister cette égalité d'accès aux soins, telle que la République l'entend**, sur le territoire de Mayotte. Cela ne sera possible qu'en recentrant l'hôpital sur ses missions de second recours et en solvabilisant la population étrangère en situation irrégulière auprès des professionnels de ville.

Il importe ainsi, comme le souligne le directeur général de l'ARS de Mayotte dans une note communiquée à la rapporteure, de « *mettre en place le dispositif d'AME ou un équivalent à l'AME, adapté aux réalités locales, tout en permettant une meilleure traçabilité et une équité de traitement à l'échelle nationale* ».

B. LES CRAINTES ATTISÉES CONTRE L'APPLICATION DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT À MAYOTTE DOIVENT ÊTRE RELATIVISÉES

Certains s'opposent à l'application de l'AME à Mayotte en agitant des craintes qui ne sont pas sérieusement étayées.

1. La théorie de l'appel d'air migratoire apparaît peu crédible

L'argument le plus souvent mobilisé contre l'application de l'AME à Mayotte est celui de l'appel d'air migratoire. C'est d'ailleurs également un argument utilisé en faveur d'une abolition de l'AME en France. À Mayotte, la rapporteure estime que cet argument peut être invalidé pour deux motifs.

Premièrement, de l'avis de l'ensemble des personnes auditionnées, **l'accès aux soins est rarement un facteur déterminant dans la décision de migration.** Dans leur rapport précité, Claude Évin et Patrick Stefanini soulignent que « *l'AME n'apparaît pas comme un facteur d'attractivité pour les candidats à l'immigration* », même si elle peut contribuer au maintien en situation de clandestinité une fois sur le territoire français.

En outre, s'il doit y avoir une migration vers Mayotte motivée par les soins, **elle existe déjà** comme l'illustre le phénomène des kwassa-kwassa sanitaires. Dans l'état actuel des choses, les étrangers en situation irrégulière sont d'ores et déjà pris en charge gratuitement, ou presque, dans les structures hospitalières de l'île. Cette information est connue des candidats à l'émigration et il est plus que vraisemblable que l'introduction de l'AME n'affecterait que marginalement des flux d'ores et déjà très importants. Comme l'ont exprimé les médecins auditionnés, le sentiment dominant est que « l'AME ne changera pas grand-chose », que « les migrants viendront quoi qu'il en soit ».

2. L'argument d'une incapacité des structures mahoraises à intégrer ce dispositif doit être résolument combattu

L'argument opposé par les administrations centrales contre l'application de l'AME à Mayotte est que les structures mahoraises, principalement l'hôpital et la caisse de sécurité sociale, seraient incapables d'absorber la charge administrative résultant de ce dispositif. En particulier, l'hôpital, actuellement financé par une dotation globale, ne pourrait pas basculer vers la tarification à l'activité (T2A) indispensable à l'introduction de l'AME ; la caisse de sécurité sociale ne parviendrait pas à gérer l'affiliation d'un nombre massif d'étrangers en situation irrégulière.

La rapporteure tient à combattre résolument cet argument pour deux raisons.

D'une part, les structures mahoraises peuvent tout à fait évoluer et monter en compétence – de la même manière que le reste du pays, dont les structures ont bien su s'adapter au passage à la T2A – à condition que la décision soit prise par les autorités nationales, qui doivent fixer un calendrier et donner les moyens financiers et humains pour le mettre en œuvre, en les accompagnant.

D'autre part, des solutions transitoires seraient envisageables pour instituer l'AME à Mayotte selon des modalités adaptées au territoire.

Interrogé sur ce point, le directeur général du centre hospitalier de Mayotte, M. Jean-Mathieu Defour, a estimé qu'un « *système transitoire de financement de l'AME* » à Mayotte était « *tout à fait concevable, en s'appuyant sur l'expérience historique pré-tarification à l'activité et sur les spécificités du territoire* ».

En effet, l'AME a été instituée en droit commun à partir de 2000 ⁽¹⁾, soit plusieurs années avant que la T2A ne soit introduite dans les hôpitaux ⁽²⁾. Il serait possible de prendre exemple sur cette expérience pour déterminer, à Mayotte, des forfaits de financement par type de pathologie ou par journée d'hospitalisation, dans l'attente du déploiement de la T2A. Comme l'a souligné M. Defour, l'hôpital de Mayotte ne partirait pas de rien dans la mesure où il est déjà tenu de coder les actes réalisés, y compris dans le cadre d'un financement par dotation annuelle.

3. Il ne saurait être donné crédit à l'argument de l'insuffisance de l'offre de ville

Lors des auditions, plusieurs interlocuteurs ont souligné qu'en l'état actuel du système de soins mahorais, l'effet de désengorgement de l'hôpital attendu de la mise en place de l'AME serait limité par le faible développement de la médecine de ville.

Si la médecine de ville est si peu développée à Mayotte, c'est aussi parce que près de la moitié de la population ne peut y recourir, faute d'être solvabilisée par l'AME. Il importe donc, **en priorité, de lever ce verrou** pour ouvrir la porte au développement de la médecine de ville.

Il sera par ailleurs indispensable de **renforcer l'attractivité de l'exercice libéral**. À cet égard, dans le cadre du projet de loi de programmation pour la refondation de Mayotte ⁽³⁾, les mesures relatives à la **création d'une zone franche d'activité nouvelle génération (ZFANG)** sur ce territoire, qui devraient également profiter aux professionnels de santé, sont porteuses d'espoir. Lors de son audition, le docteur Jaouadi a souligné que cette zone franche avait bien fonctionné en Guyane, où elle a permis l'installation de 30 % à 40 % de médecins généralistes supplémentaires.

(1) Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

(2) Par la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

(3) Projet de loi de programmation pour la refondation de Mayotte n° 544, déposé au Sénat le 22 avril 2025.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 1^{er}

Étendre l'application de l'aide médicale de l'État à Mayotte

Rejeté par la commission

L'article 1^{er} étend l'application de l'aide médicale de l'État à Mayotte pour la prise en charge des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière, supprimant une dérogation introduite après la départementalisation de ce territoire. L'entrée de Mayotte dans le droit commun ouvrira l'accès aux soins de ville pour ces étrangers et permettra une meilleure traçabilité des dépenses qui leur sont consacrées.

I. LE DROIT EXISTANT

A. LORS DE LA DÉPARTEMENTALISATION DE MAYOTTE, LE CHOIX A ÉTÉ FAIT DE NE PAS Y APPLIQUER L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

1. L'aide médicale de l'État, un dispositif spécifique pour prendre en charge des étrangers en situation irrégulière...

● L'aide médicale de l'État (AME) a été créée par la **loi du 27 juillet 1999** portant création de la couverture maladie universelle ⁽¹⁾. Elle assure une protection médicale aux étrangers qui ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale en raison de leur situation irrégulière au regard de la réglementation relative au séjour sur le territoire national.

Elle se substitue, à compter du 1^{er} janvier 2000, au dispositif antérieur d'aide médicale à la charge des départements et, par exception, de l'État, destiné à la fois aux Français et aux étrangers sans couverture sociale.

● L'AME est prévue au titre V du livre II de la partie législative du code de l'action sociale et des familles, aux articles L. 251-1 à L. 254-2, qui détermine les dispositions applicables aux personnes non bénéficiaires de la couverture maladie universelle.

Elle est applicable à tout étranger en situation irrégulière résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, disposant de ressources inférieures à un certain seuil ⁽²⁾, correspondant à celui fixé pour l'éligibilité à la complémentaire santé solidaire (C2S).

(1) Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

(2) Article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

Le droit à l'AME est accordé, sur dossier, par la caisse de sécurité sociale, qui en assure l'instruction pour le compte de l'État ⁽¹⁾. Elle est prise en charge par l'État bien que sa gestion soit déléguée à l'assurance maladie ⁽²⁾. L'État alloue son financement dans le cadre du programme 183 *Protection maladie* de la mission *Santé*, à hauteur de 1,2 milliard d'euros pour 2025.

● L'AME ouvre droit à un panier de soins et de services similaire à celui ouvert aux bénéficiaires de la C2S, avec prise en charge à 100 % et dispense d'avance de frais, en ville comme à l'hôpital, sous réserve des restrictions suivantes :

– exclusion des médicaments « princeps » ⁽³⁾, des médicaments à service médical rendu faible, des actes et produits spécifiques à la procréation médicalement assistée (PMA) et aux cures thermales ;

– restriction partielle pour certains soins et traitements non urgents et pouvant faire l'objet d'une programmation, pris en charge au terme d'un délai de neuf mois après l'admission à l'AME (interventions de la cataracte, du canal carpien, pose de prothèses...);

– non éligibilité au dispositif du 100 % santé pour les soins audio, dentaires et optiques.

2. ... dont Mayotte a été écartée au moment de la départementalisation

● La départementalisation de Mayotte prévue par la **loi du 7 décembre 2010** a fait entrer cette collectivité dans le cadre de l'article 73 de la Constitution, qui définit le droit applicable aux départements et régions d'outre-mer et aux collectivités territoriales uniques ⁽⁴⁾. En vertu de cet article, c'est le principe d'assimilation, ou identité législative, qui s'applique : les lois et règlements nationaux sont applicables de plein droit. Des adaptations peuvent toutefois être prévues pour mieux répondre aux caractéristiques et contraintes locales.

● Dans cet esprit, l'**ordonnance du 31 mai 2012** a défini les modalités d'extension du code de l'action sociale et des familles à Mayotte ⁽⁵⁾.

S'agissant de l'aide médicale de l'État, cette ordonnance introduit dans le code de l'action sociale et des familles un **article L. 542-5**, qui substitue aux dispositions relatives à l'AME les modalités applicables depuis 2004 à Mayotte

(1) Article L. 252-1 du même code.

(2) Article L. 253-2 du même code.

(3) Un médicament dit « princeps » ou spécialité de référence est le médicament d'origine à partir duquel sont conçus les médicaments génériques.

(4) Loi n° 2010-1487 du 7 décembre 2010 relative au Département de Mayotte.

(5) 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.

pour la prise en charge des soins aux étrangers en situation irrégulière ⁽¹⁾, telles que définies à l'article **L. 6416-5 du code de la santé publique**.

B. LES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE SONT PRIS EN CHARGE SELON DES MODALITÉS SPÉCIFIQUES

1. Une prise en charge exclusivement à l'hôpital public

L'article **L. 6416-5** du code de la santé publique précise les modalités applicables à la facturation, par les établissements publics de santé, des soins prodigués à des patients qui ne sont pas affiliés à la sécurité sociale de Mayotte.

L'introduction de ces dispositions au sein de la sixième partie du code de la santé publique relative aux établissements de santé, et non du code de l'action sociale et des familles comme pour l'AME, illustre le périmètre beaucoup plus restreint du mécanisme en vigueur à Mayotte. La prise en charge des étrangers en situation irrégulière y est seulement organisée auprès des établissements publics de santé, et donc du centre hospitalier de Mayotte, unique établissement de l'île, et de ses antennes.

Ce périmètre restreint de la prise en charge a un impact de grande ampleur. Il tend, en fermant l'accès aux soins de ville dispensés par des médecins et infirmiers libéraux ainsi que par des officines, à concentrer les étrangers en situation irrégulière dans une structure hospitalière initialement conçue pour assurer le second recours pour l'ensemble de la population.

2. Une prise en charge à titre gratuit dans de nombreuses situations

Le principe général posé à l'article L. 6416-5 est que les frais d'hospitalisation, de consultations et d'actes externes sont acquittés directement par les patients non affiliés à la sécurité sociale de Mayotte.

Cependant, si les ressources du patient sont inférieures à un certain plafond, ces frais peuvent être pris en charge par l'État dans les situations suivantes :

- le défaut de soins pourrait entraîner une altération grave et durable de l'état de santé du patient ;
- les soins s'intègrent dans la lutte contre les maladies transmissibles ;
- ils concernent les mineurs ou sont destinés à préserver la santé de l'enfant à naître.

(1) Ces modalités ont été initialement définies par l'ordonnance n° 2004-688 du 12 juillet 2004 relative à l'adaptation du droit de la santé publique et de la sécurité sociale à Mayotte.

3. Le versement théorique d'une provision financière

L'alinéa 9 de l'article L. 6416-5 dispose qu'en dehors des situations susmentionnées, les patients non affiliés sont en principe tenus de verser une provision financière pour accéder aux soins. Le montant de cette provision est déterminé par le directeur général de l'ARS, par catégorie de soins. À titre d'exemple, la provision est actuellement de 10 euros pour une consultation de médecin généraliste et de 15 euros pour une consultation de spécialiste.

Dans les faits, cette règle a longtemps été très largement contournée, les patients se rendant directement auprès des médecins sans passer par le bureau des entrées. Le directeur général du centre hospitalier de Mayotte, M. Jean-Mathieu Defour, a cependant rapporté avoir rendu obligatoire l'obtention d'un document de circulation délivré par la régie, attestant le versement de la provision, pour accéder aux soins.

À l'heure actuelle, un patient qui ne peut verser la provision financière demandée est envoyé auprès d'un médecin chargé d'évaluer son état de santé afin de déterminer s'il s'agit d'une urgence ou non. La rapporteure estime anormal de demander aux médecins de trier les patients ; c'est contraire à leur serment qui impose de délivrer des soins à quiconque les demandera. Dans les faits, rares sont d'ailleurs les médecins qui refusent de soigner pour ce motif financier.

II. LE DROIT PROPOSÉ

A. FAIRE ENTRER MAYOTTE DANS LE DROIT COMMUN DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

L'article 1^{er} fait entrer Mayotte dans le droit commun de la prise en charge des soins délivrés aux étrangers en situation irrégulière, en y rendant l'aide médicale de l'État applicable.

À cette fin, le **I** abroge l'article L. 542-5 du code de l'action sociale et des familles qui avait, avec l'ordonnance précitée du 31 mai 2012, introduit une dérogation à Mayotte. Cette seule disposition conduit à rendre l'AME applicable de plein droit dans le Département.

Par mesure de cohérence, le **II** modifie l'article L. 6416-5 du code de la santé publique pour exclure les bénéficiaires de l'AME des non assurés sociaux pouvant se voir facturer directement les soins ou être contraints au versement d'une provision financière pour leur prise en charge à l'hôpital public.

B. DES ADAPTATIONS NÉCESSAIRES

L'article 1^{er} a pour seul objectif d'appliquer le droit commun à Mayotte dans une optique d'égalité des droits entre citoyens des différents départements français, en cohérence avec le principe d'identité législative.

La situation particulière de Mayotte impliquera néanmoins des aménagements dans la mise en place de l'AME, qui pourront être prévus par voie réglementaire. En effet, l'essentiel des modalités régissant ce dispositif sont définis par décret en Conseil d'État.

Ces aménagements viseront notamment à :

– permettre l'application de l'AME dans un système de financement hospitalier par dotation globale, la tarification à l'activité (T2A) étant étrangère à Mayotte. Cette difficulté n'est pas réhibitoire quand on considère que l'AME a initialement fonctionné avec des hôpitaux en dotation globale en droit commun, la T2A n'étant apparue qu'à partir de 2004 ;

– prévoir des modalités spécifiques et probablement simplifiées pour l'affiliation massive d'un nombre important d'étrangers en situation irrégulière à Mayotte. Cela impliquera également de renforcer substantiellement les ressources humaines de la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

*

* *

Article 2

Gage de recevabilité financière

Rejeté par la commission

La présente proposition de loi étend le bénéfice d'une prestation sociale, l'aide médicale de l'État, à Mayotte. Ce faisant, elle génère une charge au titre de l'article 40 de la Constitution.

Cette charge pourrait néanmoins être plus que compensée par une réduction des surcoûts liés à la prise en charge trop tardive des étrangers en situation irrégulière, alors que leur état s'est aggravé, ainsi que des surcoûts dus à l'utilisation inadaptée du plateau technique hospitalier et au recours croissant aux évacuations sanitaires, du fait des déséquilibres induits dans le système de soins.

Néanmoins, pour satisfaire aux règles de la recevabilité financière, le présent article gage cette proposition de loi en prévoyant que les charges induites pour l'État et la sécurité sociale seront compensées, à due concurrence, par une majoration de l'accise sur les tabacs.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Lors de sa première réunion du mercredi 7 mai 2025, la commission examine la proposition de loi visant à étendre l'aide médicale de l'État à Mayotte (n° 1239) ⁽¹⁾.

Mme Estelle Youssouffa, rapporteure. Française depuis 1841, Mayotte a obtenu de haute lutte et par le vote, en 2011, la départementalisation, marquant ainsi son ancrage dans la République. En vertu du régime de l'identité législative, le droit commun français doit s'appliquer dans l'archipel, sauf lorsque des adaptations sont nécessaires pour tenir compte des spécificités locales. Pourtant, c'est plutôt par immobilisme que Mayotte est tenue à l'écart de ce droit commun, et ce en dépit des besoins locaux.

À Mayotte, l'aide médicale de l'État (AME), qui organise la prise en charge des soins aux étrangers en situation irrégulière partout en France, n'est pas applicable. Une dérogation a été adoptée par ordonnance en 2012 pour exclure Mayotte de l'AME. Or notre département subit une pression migratoire extraordinaire, essentiellement en provenance des Comores : entre un tiers et la moitié des habitants de Mayotte sont des étrangers, le plus souvent en situation irrégulière. Mayotte est donc, paradoxalement, le territoire où l'AME serait le plus nécessaire.

L'AME n'a pas été créée pour des raisons philanthropiques mais parce qu'il est apparu indispensable, dans l'intérêt général, de garantir l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière. La raison en est triple : sanitaire, afin d'éviter la propagation d'épidémies ; financière, afin de solvabiliser une population en besoin de soins auprès de la médecine de ville, des officines et des laboratoires d'analyse ; et budgétaire, afin d'éviter des prises en charge beaucoup plus lourdes si les étrangers se présentaient à l'hôpital dans un état dégradé faute de soins.

Il n'y a donc aucune raison objective et rationnelle de ne pas appliquer ce dispositif à Mayotte. Ce que l'on cherche à éviter avec l'AME, c'est justement ce que les Français de Mayotte subissent au quotidien : les épidémies – l'île a été touchée par le choléra en 2024 –, la saturation de l'hôpital public et les surcoûts liés à des prises en charge lourdes.

À Mayotte, l'unique hôpital public fonctionne dans un état de crise permanent, parce qu'il est complètement engorgé par la prise en charge des étrangers en situation irrégulière. L'activité de l'hôpital se résume pour l'essentiel à la gestion des urgences et de plus de 10 000 accouchements par an, concernant à 75 % des femmes comoriennes. Au moins 40 % de l'activité de l'hôpital est consacrée à ces étrangers sans papiers, pour un coût annuel d'au moins 123 millions d'euros sur une dotation de 320 millions – sans compter le coût des médicaments

(1) <https://assnat.fr/YknNI>

distribués gratuitement ni celui de la protection maternelle et infantile liée à 80 % aux étrangères en situation irrégulière.

C'est un fait, Mayotte paye très cher le fait de ne pas avoir l'AME. Ce ne sont pas les étrangers en situation irrégulière qui en paient le prix – eux sont majoritairement pris en charge gratuitement à l'hôpital – mais les assurés sociaux français de Mayotte. Ils le paient même doublement, d'une part à travers leurs cotisations, qui financent la dotation de l'hôpital et dont 40 % sont utilisées pour soigner ces étrangers, et d'autre part par le sacrifice de leur santé.

L'engorgement de l'hôpital pour la prise en charge des étrangers sans papiers entraîne un effet d'éviction scandaleux pour les assurés sociaux. Pour dire les choses simplement, notre unique hôpital est devenu celui des étrangers ; pour nous, Mahoraises et Mahorais, quasiment rien. Notre hôpital étant saturé par des étrangers en situation irrégulière en très grande détresse médicale – personne ne le conteste – et les moyens investis dans la santé publique étant réduits, les assurés sociaux de Mayotte sont invités à se débrouiller par eux-mêmes pour se soigner à leur frais. Totalement concentré sur les accouchements et les urgences, avec seulement dix blocs opératoires pour 450 000 habitants, notre seul hôpital n'a ni la place, ni les ressources humaines pour de la chirurgie programmée ou toute autre forme de soins spécialisés.

Le ministère de la santé a donc organisé une externalisation en règle de la santé des Mahorais à La Réunion et dans l'Hexagone : pour tout soin plus complexe qu'un accouchement ou une urgence vitale, nous devons accéder à une évacuation sanitaire (Evasan). Cela implique d'avoir suffisamment de chances de survie pour être sélectionné par un comité médical pour prendre une ambulance, puis un bateau, puis l'avion pour trois heures de vol jusqu'à La Réunion. Le nombre de places étant limité et les étrangers en situation irrégulière occupant 40 % des places des évacuations sanitaires en provenance de Mayotte, les familles mahoraises doivent se saigner aux quatre veines pour envoyer, sans assistance médicale et à leurs propres frais, un assuré social se faire soigner à l'extérieur. Voilà la réalité du phénomène d'éviction dans le plus désert de tous les déserts médicaux de France : la population la plus pauvre de France, à la plus faible espérance de vie, au plus mauvais état de santé, la plus éloignée de toute technologie médicale normale, qui cotise à la sécurité sociale, doit payer de sa poche pour aller se soigner au minimum à 1 420 kilomètres, voire 10 000 kilomètres quand il faut se rendre dans l'Hexagone.

Les Mahorais ne peuvent se faire soigner ni à l'hôpital, ni en ville. Il y a dans l'archipel, pour quelque 400 000 habitants, seulement une vingtaine d'équivalents temps plein pour les médecins généralistes libéraux, et une petite dizaine de spécialistes. Inciter un médecin à s'installer à Mayotte est une mission quasi impossible car il n'a aucune garantie d'avoir une file active solvable suffisante. Avec la moitié de la population en situation irrégulière et sans AME, la médecine de ville n'est pas solvabilisée et ne peut pas se développer à Mayotte, non plus que les officines et les cabinets d'infirmiers libéraux.

On aura beau prévoir des mesures incitatives, il n'y a aucune chance que cela change tant qu'on n'aura pas levé ce verrou. Il faut permettre aux étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire d'être pris en charge en ville. Pour cela, il nous faut l'AME. Tous les acteurs locaux s'accordent sur ce point, y compris le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), dont j'ai publié une note en annexe de mon rapport.

Face à ce constat, que font les responsables politiques nationaux ? Que fait la haute administration ? Rien. Ils se bornent à répéter qu'il n'est pas possible de mettre en place l'AME à Mayotte, parce que cela créerait un appel d'air pour l'immigration clandestine. Or l'appel d'air est déjà là : 30 000 entrées irrégulières sont détectées chaque année. L'Union des Comores a mis en place une politique de colonisation de peuplement de Mayotte pour assurer sa revendication territoriale sur notre département. Les Comoriens ne viennent pas à Mayotte seulement pour se faire soigner ou aller à l'école, mais aussi et surtout pour accéder au droit du sol, parce que leur gouvernement les y encourage et leur dit qu'ils sont chez eux.

Le discours sur la pauvreté comme principal moteur de l'immigration comorienne a été battu en brèche par le passage du cyclone Chido, qui a épargné les Comores mais a totalement détruit Mayotte. Profitant de la destruction des radars, les Comores ont envoyé et continuent d'envoyer quotidiennement des migrants en masse sur notre île, alors que le système de santé, les écoles et l'économie de Mayotte ont été réduits à néant. Pourtant, la situation est inchangée aux Comores : ils ont de l'eau au robinet tous les jours, de l'électricité, des écoles, ainsi que des hôpitaux qui fonctionnent – certes de manière aléatoire mais la comparaison ne saurait être favorable à Mayotte. L'AME ne changera donc rien à des flux migratoires qui sont déjà massifs.

Le second argument du Gouvernement, c'est que les structures mahoraises – l'hôpital et la caisse de sécurité sociale de Mayotte – ne seraient pas capables d'absorber le déploiement de l'AME. Celui-ci impliquerait en effet la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) à l'hôpital et l'affiliation d'un stock énorme d'étrangers, ce qui serait trop compliqué. Cet argument est inacceptable. Les hôpitaux de l'Hexagone sont tous passés à la T2A parce qu'on leur a laissé du temps et qu'on les a accompagnés. Pourquoi en irait-il autrement à Mayotte ? Il faut se fixer des objectifs et un calendrier, en se donnant les moyens d'y parvenir ; cela s'appelle une politique publique. C'est trop facile de dire qu'on n'y arrivera pas si on n'essaie pas.

Je n'ai toujours pas réussi à obtenir des administrations centrales ou de l'ARS une quelconque étude d'impact ou même de faisabilité sur la mise en place de l'AME à Mayotte. Personne ne travaille sur le sujet ; cela n'a même pas été envisagé.

Quelques jours après la visite du Président de la République à Mayotte, qui a estimé qu'il fallait accélérer le processus de convergence sociale, je constate que l'immobilisme est toujours de mise. Je ne peux que faire ce constat amer : les

Français de Mayotte ne sont pas égaux en droits avec les Français de l'Hexagone. L'égalité d'accès aux soins est vide de sens dans notre département, et il y a une rupture d'égalité manifeste dans l'accès à la santé de vos compatriotes.

La représentation nationale ne peut pas accepter cette situation. Il faut agir, et il y a urgence. L'état de santé de nos concitoyens de Mayotte, qui était déjà très dégradé avant le passage du cyclone Chido, est désormais alarmant. Nous avons huit ans d'espérance de vie en moins que vous, des maladies chroniques, et des épidémies curables ici qui sont mortelles à Mayotte. Selon les médecins, la population vit dans un état d'anxiété et une souffrance psychique inédits. On voit se manifester à Mayotte tous les signes traumatiques consécutifs au passage du cyclone, dans un territoire en pleine désertification médicale. C'est pire qu'avant, alors que c'était déjà l'enfer médical.

Au fond, ma proposition de loi vise à faire en sorte que le droit commun, applicable partout ailleurs dans l'Hexagone et en outre-mer, s'applique enfin à Mayotte. La promesse républicaine nous y engage. L'AME permettra à l'hôpital de jouer son rôle et à la médecine de ville de se développer ; elle permettra que les Français assurés sociaux de Mayotte accèdent aux soins pour lesquels ils cotisent.

Je ne demande pas de traitement de faveur, ni de discrimination positive. Je demande simplement que l'AME joue dans ce département le rôle pour lequel elle a été créée en France. Je refuse absolument le phénomène de détresse médicale vécu par les Mahorais, leur calvaire quotidien pour accéder au droit fondamental qu'est l'accès à la santé.

Pour vous faire comprendre le sujet, j'ai lancé un appel à témoignages. Je vais vous en lire quelques-uns car je souhaite que résonne ici la voix de vos compatriotes de Mayotte, pour que vous compreniez ce que signifie de vivre dans le plus grand désert médical de France.

« Lors de la crise des urgences du centre hospitalier de Mayotte (CHM), un enfant de 2 ans est décédé des suites d'une erreur médicale évitable. L'enfant, souffrant d'une gastro-entérite aiguë, était dans un état de déshydratation critique nécessitant une réhydratation urgente et adaptée. Malheureusement, le médecin en charge était un médecin de la réserve sanitaire, sans formation ni compétence en pédiatrie. Il a alors administré par méconnaissance un produit de réhydratation totalement inapproprié pour les enfants et toxique. Dans ce contexte, ce traitement inadéquat a provoqué un arrêt cardiaque chez l'enfant, qui n'a pu être réanimé. L'événement indésirable a été officiellement signalé à la hiérarchie mais, à ce jour, aucune mesure correctrice structurelle n'a été mise en place. Malheureusement, ce drame n'est pas un cas isolé : la crise des urgences a causé dans l'ombre de nombreux préjudices graves, dont certains mortels. »

« Une patiente âgée d'environ 60 ans a été conduite aux urgences pour des symptômes évocateurs d'un accident vasculaire cérébral. Sur les recommandations les plus élémentaires, il lui fallait la réalisation en urgence d'une imagerie par

résonance magnétique afin de confirmer ou d'écarter le diagnostic. Ce soir-là, le service des urgences fonctionnait en sous-effectif chronique, avec un personnel médical débordé, manquant de temps et de lits d'hospitalisation. Dans ce contexte, le médecin urgentiste, faute de ressources disponibles, a renvoyé la patiente à son domicile sans avoir pu effectuer les examens nécessaires. Deux jours plus tard, la fille a dû reconduire sa mère aux urgences, l'état neurologique s'étant aggravé, mais il était trop tard : la patiente présentait une paralysie complète de la moitié de son corps, conséquence irréversible du délai de prise en charge. Elle souffre aujourd'hui de séquelles lourdes nécessitant notamment l'installation et l'alimentation avec une poche dans son ventre reliée à son estomac. »

« Agression par une pierre qui a atteint mon œil gauche. Aucun acte médical au CHM à part un antidouleur car zéro spécialiste. Même pas droit à une chambre individuelle. Évacuation sanitaire quatre jours plus tard à La Réunion. Perte totale de la vue de l'œil gauche. »

« J'ai passé deux jours à jeun à attendre pour passer au bloc pour une intervention bénigne car je n'avais pas une urgence vitale. J'ai vu une femme accoucher par terre dans le couloir sans que personne ne s'en rende compte. J'ai entendu une soignante s'effondrer en disant qu'elle venait de voir une patiente en attente avec 7 de tension et 35 de température. Il pleuvait dans le couloir de l'hôpital. »

« Je connais quelqu'un d'une cinquantaine d'années à qui on a mis une sonde urinaire sans avoir eu de diagnostic. Sa famille a voulu l'"évasaner", c'est-à-dire l'envoyer se faire soigner hors du territoire, mais cela a été refusé. Au bout de presque six mois à attendre son évacuation sanitaire, après avoir fait pression auprès du préfet et demandé l'aide d'un député, ce patient a été envoyé à La Réunion et on lui a expliqué que le cancer avait eu le temps de se généraliser. Il est devenu tétraplégique et a fini par décéder. »

« Je suis Mahoraise, insérée, je travaille dans le service public de l'État, mon conjoint est enseignant et nous payons nos impôts. Pourtant, quand nous avons besoin de nous soigner et de soigner notre famille, nous sommes obligés de payer un billet d'avion et un Airbnb. C'est un véritable gouffre financier. Nous avons eu six ans de parcours de procréation médicalement assistée (PMA), plusieurs allers-retours et plusieurs locations Airbnb mais les règles d'Evasan sont complètement arbitraires : nous avons réussi à obtenir le remboursement de seulement deux séjours sur six. Actuellement, nous sommes en train d'anticiper l'accès aux soins en tant que futurs parents puisque nous avons réussi, Dieu merci, à aboutir dans notre projet de PMA. Nous serons obligés d'investir dans une résidence secondaire à La Réunion afin de faciliter nos futurs séjours médicaux.

« Je pourrais citer d'autres exemples de parents qui ont dû évasaner à leurs propres frais car ils n'ont pas pu faire confiance au système de santé mahorais. Je peux vous parler du cas de notre mère, qui a retrouvé une seconde jeunesse grâce au shikowa – un système de cotisation familiale – que nous avons mis en place avec

mes frères et mes sœurs pour l'envoyer subir presque deux mois de soins médicaux à Toulouse. Elle a dû faire deux séjours médicaux ; le premier, en 2022, a duré trois mois. Pour ce séjour, nous avons un budget de base de 4 000 euros pour le seul billet d'avion. Pour les dépenses sur place, chacun des enfants a dû envoyer un peu d'argent pour lui permettre de vivre dignement et de poursuivre les soins. Puis, une fois à Mayotte, on a dû la faire repartir dans la même clinique car des complications sont apparues. Cette fois-ci, elle est restée six mois dans l'Hexagone à ses frais. Au total, nous avons atteint la barre de 10 000 euros alors que nous n'étions que trois enfants à pouvoir payer les soins de notre maman. »

Chers collègues, je tiens à votre disposition des dizaines de témoignages de Mahorais qui subissent dans leur chair la réalité du désert médical de Mayotte. Ils sont la raison d'être de cette proposition de loi.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

M. Yoann Gillet (RN). Mayotte est confrontée à de nombreux défis majeurs, dont celui de l'immigration massive, qui fait implorer les services publics, la sécurité, l'éducation et, bien sûr, le système de santé. Oui, l'immigration pèse lourdement sur Mayotte et oui, elle coûte cher à l'État, aux Français et donc aux Mahorais.

Les Mahorais sont à bout. Nous comprenons votre ras-le-bol, madame la rapporteure et, au Rassemblement national, nous le partageons. Comme vous, nous aimons Mayotte et comme vous, nous refusons qu'elle soit submergée.

Toutefois, étendre l'aide médicale de l'État à Mayotte ne fera qu'aggraver la situation. L'AME n'est pas une réponse : c'est un appel d'air amplifié. Instaurer l'AME à Mayotte, c'est accepter la submersion migratoire. L'urgence n'est pas de prendre en charge les soins des clandestins alors que tant de Français n'ont pas cette chance, mais de stopper les arrivées de clandestins, de reprendre le contrôle de nos frontières et de procéder aux expulsions.

Pour sauver Mayotte, il faut du courage, celui d'en finir avec la complaisance migratoire, de tenir un discours de vérité et de ne pas avoir la main qui tremble à l'heure de prendre des décisions.

Madame la rapporteure, vous nous trouverez toujours aux côtés des Mahorais et c'est justement parce que nous voulons sauver Mayotte que nous voterons contre cette proposition de loi. C'est parce que nous voulons sauver la France que, au Rassemblement national, nous souhaitons supprimer l'aide médicale de l'État au profit d'une aide médicale d'urgence sur l'ensemble du territoire national.

Madame la rapporteure, nous avons entendu les témoignages que vous nous avez lus. Nous en recevons également de nombreux et nous partageons la douleur

et la colère des Mahorais. Malheureusement, il n'y a qu'une seule solution pour sauver Mayotte : mettre des moyens pour stopper la submersion migratoire.

Mme Mathilde Hignet (LFI-NFP). Notre devise, Liberté, Égalité, Fraternité, est loin de résonner dans le cent unième département français. Aide médicale de l'État, droit des étrangers, prestations sociales : rien ne justifie des règles dérogatoires. Pour ses détracteurs, rappelons que l'AME ne représente que 0,4 % des dépenses de santé du pays. Au-delà de son aspect humain, elle est une nécessité pour protéger l'ensemble de la population des maladies infectieuses.

Madame la rapporteure, nous voterons pour cette proposition de loi même si nous sommes en désaccord avec vos motivations. Le 27 avril, vous indiquiez dans une interview que la mise en place de l'AME à Mayotte permettrait de chiffrer le coût des soins offerts aux migrants et probablement de diminuer le panier de soins. Selon vous, les étrangers seraient la principale raison du manque d'accès aux soins dans l'archipel. Selon nous, c'est le manque d'investissement chronique de l'État dans les infrastructures qui pénalise le plus les Mahorais et les Mahoraises.

Mayotte ne compte que 260 médecins pour plus de 320 000 habitants, soit 81 médecins pour 100 000 personnes, contre 353 en moyenne en France hexagonale. Pour améliorer l'accès aux soins des Mahorais et des Mahoraises, vous auriez dû voter pour la régulation de l'installation des médecins examinée en séance le 2 avril dernier. Or vous vous êtes abstenue et Mme Bamana, du Rassemblement national, a voté contre.

Madame la rapporteure, vous souhaitez que Mayotte bénéficie du droit commun concernant l'AME, alors pourquoi vouloir instaurer un régime particulier pour le droit du sol ? L'extension de l'AME à Mayotte sera loin de résoudre le problème structurel d'accès aux soins de l'archipel. Le Président de la République a annoncé une augmentation du personnel de l'unique centre hospitalier de Mayotte, le CHM, qui est complètement saturé et ne peut répondre aux besoins de prise en charge. Les chambres sont triples pour accueillir tous les patients. Les travaux n'ont toujours pas débuté après les dégâts causés par Chido. Malgré les beaux mots, l'égalité réelle à Mayotte n'avance pas et Chido a aggravé les inégalités. L'État n'est pas à la hauteur de son devoir envers les Mahorais et les Mahoraises.

M. Philippe Naillet (SOC). Je souhaite en premier lieu avoir une pensée renouvelée au nom de mon groupe pour les Mahoraises et les Mahorais qui subissent encore les répercussions violentes du cyclone Chido six mois après son passage. Le bilan humain et matériel de cette catastrophe a été aggravé par une situation très dégradée et un retard structurel important par rapport à l'Hexagone.

Le secteur sanitaire ne fait malheureusement pas exception, comme j'ai pu le constater en visitant le CHM il y a quelques jours. Ce département, français depuis 2011, constitue une exception au pacte républicain puisque l'AME ne s'y applique pas. Ce statut à part est à l'origine de préjudices considérables pour les

personnes concernées – retards d'accès aux soins, reste à charge très élevé – et pour la population mahoraise, dont les services d'urgence sont engorgés.

Le premier désert médical de France se trouve à Mayotte, avec 83 médecins pour 100 000 habitants en 2022, contre 330 pour 100 000 habitants dans l'Hexagone. Contrairement à ce que certains prétendent, c'est le CHM qui en subit les conséquences puisque 50 % des séjours hospitaliers sont le fait de personnes non affiliées à la protection sociale, et même 90 % des consultations en protection maternelle et infantile.

Les promoteurs de cette exception au droit commun la justifient par la nécessité d'éviter toute forme d'appel d'air ; compte tenu des faits que je viens de rappeler, on voit que cela n'a pas de sens. De nombreux travaux concluent à la nécessité d'appliquer l'AME à Mayotte. Dans le rapport commandé par le Gouvernement dans le cadre des débats de la dernière loi « immigration », Patrick Stefanini décrivait le cas de Mayotte comme une sorte de laboratoire de ce qui se passerait en France si on supprimait l'AME ou si on réduisait de manière importante le panier de soins. Cette aide médicale d'urgence que réclament la droite et l'extrême droite, nous n'en voulons pas. Nous voterons donc pour l'extension de l'AME à Mayotte.

M. Fabien Di Filippo (DR). Madame la rapporteure, nous comprenons parfaitement votre volonté de trouver des solutions d'urgence compte tenu de la situation de l'île de Mayotte. Je voudrais malgré tout rappeler le contexte, avec d'un côté un budget de la sécurité sociale largement déficitaire, dont toutes les branches le seront structurellement à l'avenir, en particulier pour la santé, et de l'autre côté la situation migratoire de l'île, qui compte 50 % d'étrangers ou de clandestins.

Le budget de l'AME, sous-évalué dès l'origine, a dérivé année après année en même temps que l'immigration clandestine, dépassant le milliard d'euros. Le préalable à toute question sur l'AME, ce serait l'instauration d'une aide médicale d'urgence ne prenant plus en charge que les besoins de santé urgents et permettant de facturer tous les soins non urgents. Étendre l'AME à Mayotte ne fera pas apparaître comme par magie des médecins généralistes ou spécialistes. En outre, on constate, en métropole et ailleurs, que l'AME fait exploser et embolise le système hospitalier, notamment les urgences.

Avec un déficit structurel de toutes les branches et, cette année, un minimum de 22 milliards d'euros à trouver pour le budget de la sécurité sociale, il faut prendre le problème autrement. Instaurer l'AME, c'est-à-dire la prise en charge totale des soins pour les clandestins à Mayotte, enverrait un signal délétère au moment où il y a enfin une prise de conscience sur la dérive migratoire incontrôlable à l'œuvre depuis des années dans ce département.

Plutôt que de traiter les conséquences, il faudrait s'attaquer aux causes. Les difficultés de Mayotte tiennent certes au cyclone Chido, mais aussi à la submersion migratoire. Il convient d'empêcher, avec des moyens policiers et militaires plus

importants, les arrivées et d'éloigner les illégaux. C'est seulement à ce prix que l'on commencera à retrouver dans toutes les dimensions du service public – la santé dont vous parlez, mais également l'éducation et bien d'autres domaines – un peu d'oxygène dans le département de Mayotte.

Mme Dominique Voynet (EcoS). L'AME représente 0,5 % des dépenses de santé. Elle procure aux étrangers en situation irrégulière pouvant justifier d'une résidence suffisante sur le territoire national un panier de soins limité. Un excellent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) de 2017, dont vous n'avez pas cité les auteurs, madame la rapporteure, mais aussi des rapports plus récents de l'Assemblée nationale et du Sénat, ont préconisé sa mise en place pour éviter les épidémies et la prise en charge coûteuse de personnes ayant renoncé aux soins.

Cela permettrait aussi une transparence des coûts. Vous nous avez dit que l'argent nécessaire venait des Français de Mayotte : ce n'est que très imparfaitement vrai. S'il est exact que la caisse de sécurité sociale de Mayotte contribue au financement du CHM, c'est aussi le cas des régimes d'assurance maladie de métropole, pour des sommes bien supérieures, ainsi que de l'ARS pour toutes les missions de santé publique. La transparence des coûts et le report d'une partie de l'activité du CHM vers des médecins libéraux, dont les décisions d'installation ou non ne sont pas seulement liées à cette mesure, sont tout à fait essentielles.

Notre groupe votera pour le déploiement de l'AME à Mayotte malgré la virulence, les inexactitudes et les biais de votre argumentation. Je plaide en outre pour que vous corrigiez les erreurs manifestes qui figurent dans le projet de rapport qui nous a été transmis hier soir. En effet, contrairement à ce que vous affirmez, ce n'est pas en 2020, sur la base d'une décision de l'ARS, que les accouchements sont devenus gratuits à Mayotte. Il s'agit simplement de mettre en œuvre l'article L. 6416-5 du code de la santé publique, qui dispose que « les frais concernant les mineurs et les soins visant à préserver la santé de l'enfant à naître sont pris en charge en totalité lorsque les ressources des personnes concernées sont inférieures » à un montant fixé par le représentant de l'État. Vous conviendrez avec moi que cette disposition existe depuis 2012 et n'a rien à voir avec la création de l'ARS.

M. Philippe Vigier (Dem). Madame la rapporteure, vous connaissez mon engagement constant pour Mayotte. J'entends votre message concernant l'AME mais il me paraît plus important encore d'adopter la future loi de programmation pour la refondation de Mayotte. Celle-ci aura quatre piliers : la convergence des droits sociaux – Mayotte est en effet le seul territoire français qui n'en bénéficie pas ; l'immigration – la moitié de la population est en situation irrégulière ; les infrastructures dont Mayotte doit pouvoir bénéficier – hôpitaux, routes, écoles, universités ; et enfin l'évolution statutaire – la collectivité a fait plus de 180 propositions afin d'être traitée comme tous les départements français.

J'entends que nombre de Mahoraises et de Mahorais ont recours à des évacuations sanitaires vers La Réunion parce qu'ils ne sont pas pris en charge par le CHM. Le 8 décembre 2023, avec la Première ministre, nous avons confirmé la construction d'un deuxième hôpital à Mayotte, attendu depuis plus de dix ans – cela permet de mesurer l'ampleur du retard existant dans ce territoire.

Généraliser l'AME à Mayotte provoquera un appel d'air mais n'apportera pas de véritable solution. Nous connaissons les obstacles, à commencer par le nombre de médecins – ils sont 49 pour 100 000 habitants, et non quelque 80 comme certains l'ont indiqué. Oui, Mayotte est le plus grand désert médical de France. À défaut d'une loi puissante, financée et pluriannuelle sur les quatre points que j'ai évoqués, il n'y aura pas de solution – le drame de l'eau en est l'illustration.

Vous avez raison de souligner la situation sanitaire, mais les dispositifs de droit commun existent. Un enfant ou une femme enceinte présentant un véritable problème ou souffrant d'une maladie grave sont pris en charge dans ce cadre. C'est insuffisant, je vous l'accorde, même si les crédits de l'hôpital ont augmenté de plus de 70 millions d'euros depuis 2019.

À ce stade, étendre l'AME à Mayotte n'est pas la bonne réponse. En revanche, la nécessité d'apporter une solution nous engage collectivement : lorsque le projet de loi pour la refondation de Mayotte sera examiné, j'espère que l'unanimité sera au rendez-vous pour répondre aux attentes légitimes des Mahoraises et des Mahorais.

M. François Gernigon (HOR). Le groupe Horizons & Indépendants est attaché, pour des raisons tant sanitaires que morales, au principe de l'accès aux soins pour toute personne présente sur le territoire, quelle que soit sa situation administrative.

Nous ne pouvons ignorer la réalité dramatique de Mayotte : la densité démographique la plus forte de France – à l'exception de l'Île-de-France – et une population composée pour moitié d'étrangers, dont une part significative vit en situation irrégulière, le tout conjugué à un déficit sanitaire criant puisque l'on y compte seulement 89 médecins pour 100 000 habitants, contre 338 en métropole. Une telle situation impose une approche pragmatique.

L'offre de soins à Mayotte est concentrée presque exclusivement sur l'hôpital de Mamoudzou, qui est saturé et sera incapable d'absorber davantage de demandes sans investissements structurels majeurs. Dans ce contexte, une extension immédiate de l'AME constituerait, hélas, une promesse politique irréaliste. Notre groupe estime indispensable de mener, au préalable, une réforme globale de l'AME en France, conformément aux préconisations du rapport de Claude Évin et Patrick Stefanini.

Les priorités doivent être clairement établies : l'urgence absolue est d'améliorer radicalement la situation sanitaire de l'archipel. Les annonces du

ministre des outre-mer, ainsi que le projet de loi de programmation pour la refondation de Mayotte, contribueront à la corriger progressivement.

Si l'objectif est, à moyen terme, de faire converger l'offre de soins à Mayotte avec celle de l'Hexagone, la situation de l'archipel est profondément différente de celle du reste du pays et nécessite, en l'état, un droit adapté aux circonstances locales. Par conséquent, si l'application de l'AME est souhaitable à terme, elle ne constitue pour l'instant qu'une promesse purement politique, qui n'améliorera en rien la santé des habitants ni l'offre de soins sur place.

M. Jean-Pierre Bataille (LIOT). L'instauration de l'AME en France répondait à un impératif humanitaire et éthique : protéger la santé individuelle et collective de toute la population résidant en France. À ce titre, l'exclusion de Mayotte du dispositif est une anomalie qui limite le recours aux soins des personnes sans affiliation sociale, les éloigne de la médecine de ville et conduit à concentrer les soins à l'hôpital public, déjà sous pression, au détriment de l'ensemble de la population.

Sur le plan budgétaire, l'extension de l'AME à Mayotte pourrait aussi constituer une mesure rationnelle et efficiente : le CHM reçoit actuellement une dotation de 321 millions d'euros, dont 123 sont consacrés à la prise en charge de personnes hors de toute couverture sociale ou mécanisme de compensation. Étendre l'AME, c'est donc rendre ce financement davantage prévisible et transparent, constat d'ailleurs partagé par Mme Anchya Bamana, députée mahoraise du Rassemblement national.

Enfin, l'idée selon laquelle l'AME produirait un appel d'air migratoire est démentie par le simple fait que Mayotte est déjà le département français le plus touché par l'immigration irrégulière alors même que l'AME n'y est pas appliquée. Les études démontrent d'ailleurs que la santé est rarement un facteur déclenchant de la migration – elle représente seulement 10 % des cas – et que la moitié des personnes éligibles au dispositif ne le sollicitent pas.

Notre groupe a conscience que l'extension de l'AME à Mayotte doit s'inscrire dans une réforme plus globale afin de développer l'accès aux soins sur l'île, réforme d'autant plus urgente qu'elle s'adresse à la population qui réside dans le plus grand désert médical de France. D'ici là, la convergence sociale des droits promise à Mayotte depuis sa départementalisation passe par l'extension de l'AME, dans un objectif d'égalité d'accès aux soins : nous ne pouvons prétendre reconstruire Mayotte sans lui accorder les mêmes outils que partout ailleurs.

M. Olivier Fayssat (UDR). Il n'est pas question de contester le caractère insupportable et inadmissible de la situation à Mayotte, ni de nier la détresse des Mahorais. Nous sommes cependant convaincus que, comme en métropole, les intérêts des Mahorais seront mieux défendus avec une politique migratoire stricte, incluant des expulsions, et un plus large investissement dans les infrastructures de santé. Si l'expression de « submersion migratoire » en irrite certains, elle signifie

simplement que l'on a à faire face à des volumes que l'on ne sait pas gérer, ce qui est clairement le cas à Mayotte. C'est pourquoi nous nous opposerons à une mesure qui constituerait une forme de pompe aspirante et ne nous mènerait pas dans la bonne direction.

Mme Marie Lebec (EPR). Comme les autres enjeux auxquels le département de Mayotte est confronté, la sécurité sanitaire des Mahorais mérite toute notre attention et personne ne conteste la nécessité d'agir. Toutefois, l'extension de l'AME à Mayotte, telle que proposée, soulève plusieurs interrogations quant à sa pertinence et à sa faisabilité au vu du contexte local.

Le problème posé n'est pas tant celui de l'AME que celui du sous-financement structurel du CHM. Cet établissement, qui assume à lui seul 72 % de l'offre de soins dans l'île, fonctionne avec une dotation de 240 millions d'euros, dont près de 100 millions sont consacrés aux soins des personnes non assurées. Une telle situation plaide en faveur d'un véritable plan d'investissement, qui dépasse le simple élargissement des droits. Il est indiqué, dans l'exposé des motifs de la proposition de loi, que l'AME permettrait de désengorger l'hôpital, en réorientant les patients vers la médecine de ville. Cela semble difficilement réalisable compte tenu du nombre restreint de médecins libéraux présents dans l'île : une quarantaine, pour une population de 270 000 habitants. Dans ce contexte, il paraît risqué d'ouvrir un droit nouveau sans s'assurer au préalable que les capacités d'accueil seront suffisantes. Nous risquerions de nourrir la frustration et d'aggraver la défiance à l'égard de la parole publique.

Il est essentiel de tenir compte des dynamiques démographiques et sociales propres à Mayotte. L'île connaît une densité élevée et une croissance rapide de sa population, qui reste d'ailleurs difficile à recenser. Ces facteurs exercent une pression considérable sur les services publics et les dispositifs de solidarité. Toute réforme sociale, aussi légitime soit elle, doit donc être pensée à l'aune de cette réalité, dans un souci de progressivité, d'encadrement et de cohérence territoriale. Le Président de la République, qui s'est rendu dernièrement à Mayotte, a fixé une feuille de route claire sur la convergence progressive des droits sociaux qui sera amorcée dès 2026, en respectant des étapes structurées et sans opérer de bascule brutale. C'est cette logique de responsabilité et de construction dans le temps que nous voulons appliquer.

Si nous ne remettons pas en cause la nécessité d'améliorer l'accès aux soins à Mayotte pour l'ensemble des Mahorais, nous considérons que cela doit se faire dans un cadre cohérent, durable et soutenable. En l'état, la proposition de loi ne répond pas à ces critères. C'est pourquoi nous émettons des réserves et ne voterons pas en sa faveur.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous en venons aux questions des autres députés.

Mme Joëlle Mélin (RN). Vous savez l'affection particulière que je porte à Mayotte et aux Mahorais. Toutefois, nous ne partageons pas les objectifs de la proposition de loi. D'abord, il existe déjà un dispositif d'AME pour Mayotte, un petit crédit de 1 million d'euros destiné à prendre en charge les évacuations sanitaires depuis l'île vers La Réunion et d'autres hôpitaux – y compris les îles du Vanuatu.

Ensuite, les Comoriens ont mis en place un vaste système de migration, directement depuis les Comores mais aussi depuis la région des Grands Lacs, avec une filière qui passe par la Tanzanie et opère un double transfert. Nous souscrivons bien volontiers à votre objectif de désengorger le centre hospitalier de Mamoudzou, mais l'état de santé des futures parturientes et des personnes en provenance des Grands Lacs, notamment des grands brûlés, est difficile à prendre en charge en ville, d'autant plus dans le contexte de manque de soignants libéraux.

Certes, pour garantir une meilleure lisibilité financière et une plus grande maîtrise des coûts, on peut se tourner vers les conventions internationales, mais aucune n'a été signée avec les pays dont sont originaires les personnes qui sollicitent des soins. Si c'était le cas, il n'y aurait pas plus de compensation d'ailleurs, puisque ces pays n'ont pas un système de protection de santé suffisant pour prendre en charge la totalité des coûts.

C'est vrai, on peut considérer que l'AME constitue un pare-feu face au risque infectieux. Néanmoins, le véritable pare-feu, c'est l'arrêt total de l'immigration irrégulière et de l'activité des passeurs, qui est particulièrement importante dans votre région.

Pour toutes ces raisons, nous ne vous suivrons pas sur cette proposition de loi.

M. Laurent Panifous (LIOT). J'ai écouté attentivement les déclarations des groupes opposés à l'extension de l'AME à Mayotte. Pourtant, l'objet du texte présenté par Estelle Youssouffa n'est que de faire en sorte que les Mahorais soient considérés comme tous les autres Français. Ce n'est qu'une question de moyens financiers.

J'ai entendu deux arguments assez extraordinaires. Le premier est qu'étendre l'AME à Mayotte serait inopérant, dans la mesure où les médecins n'y sont pas suffisamment nombreux – quatre fois moins que la moyenne nationale. Quel argument ! La présence des médecins dépend de l'attractivité des territoires. Pour rendre le département de Mayotte plus attractif, il faut lui accorder avant tout des moyens financiers, afin d'améliorer les conditions de travail.

Le second argument a trait au déficit de la sécurité sociale : pourtant, l'AME ne représente qu'environ 0,4 % du budget de l'État ! Comment dire cela, alors qu'il est question de la santé des Mahoraises et des Mahorais, c'est-à-dire des habitants d'un département français ?

Tout cela n'est qu'une question de moyens, et le seul objectif de ce texte est d'accorder aux Mahorais les mêmes droits qu'aux Parisiens.

M. Jean-Philippe Nilor (LFI-NFP). Je ne suis pas souvent d'accord avec Estelle Youssouffa, mais je soutiens avec force, détermination et motivation sa proposition de loi.

Il y a une contradiction : le département qui aurait le plus besoin de l'AME en est privé. Beaucoup remettent en cause la pertinence du dispositif à l'échelon national, mais il n'empêche que le fait que Mayotte en soit exclue entraîne des effets particulièrement négatifs, non seulement sur la santé des Comoriens – certains peuvent s'en moquer – mais également sur celle des Mahorais. Les arguties présentées par les opposants au texte, qui n'a qu'une visée de justice sociale, relèvent de l'hypocrisie pure et dure. Pour reprendre les mots qu'Aimé Césaire a prononcés dans l'hémicycle il y a soixante ans, Mayotte est-elle française à part entière ou entièrement à part ? Cette question reste d'actualité et c'est triste pour la France.

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Je voudrais savoir, madame la rapporteure, si vous avez obtenu, lors des auditions préparatoires, des estimations de la direction de la sécurité sociale pour évaluer la mesure que vous envisagez.

Mme la rapporteure. Non, monsieur le rapporteur général, aucune étude d'impact ni de faisabilité ne nous a été transmise lors des auditions.

Ce qui m'amène directement aux propos de Mme Voynet, dont je rappelle qu'elle a été directrice de l'ARS Mayotte. Madame, vous avez évoqué un rapport de l'Igas de 2017. J'aurais adoré l'inclure dans les contributions, mais il ne m'a malheureusement pas été transmis. Si un rapport de l'Igas sur la santé à Mayotte n'a pas été porté à la connaissance du public, ni même de la représentation nationale, et que vous en disposez, je serai ravie de l'ajouter aux éléments qui alimenteront notre réflexion afin d'améliorer la politique de santé dans notre département.

Vous avez précisé que la gratuité des accouchements à Mayotte a été instaurée en 2012. J'en prends note, mais je ne peux que me référer aux informations qui m'ont été communiquées par votre successeur à la tête de l'ARS Mayotte, M. Albarello, selon lesquelles celle-ci a été mise en place en 2020. Ce n'est d'ailleurs pas la seule incohérence du ministère de la santé ni la seule information complètement fantaisiste qui nous ait été transmise. Ainsi, les chiffres communiqués par l'ARS Mayotte concernant le nombre de patients qui font l'objet d'une évacuation sanitaire pour être soignés à La Réunion divergent de ceux de l'ARS La Réunion. Y a-t-il évaporation ou multiplication des patients, je l'ignore, mais les agences n'arrivent même pas à se mettre d'accord sur ce chiffre. N'hésitez pas à nous transmettre vos informations, madame Voynet : elles seront précieuses pour notre travail et il est encore temps de mettre à jour notre rapport, d'ici à vendredi. À défaut, nous nous satisferons de la parole de l'État et des informations qui nous ont été transmises officiellement.

Je précise qu'à Mayotte, tous les partis politiques sont favorables à la mesure que je propose – à part peut-être le groupe Horizons & Indépendants, qui n'a pas de représentants sur place. Le MoDem, les LR par la voix de Mansour Kamardine, le Rassemblement national par celle d'Anchya Bamana, qui a également travaillé à l'ARS, le groupe Ensemble pour la République, dont l'ancienne députée de Mayotte, Ramlati Ali, a témoigné auprès de cette commission, les Insoumis, les socialistes, tous réclament l'AME. Je suis donc, non pas surprise, mais consternée de constater que les 10 000 kilomètres qui nous séparent éloignent aussi les visions de la réalité de la situation sanitaire à Mayotte.

Le sujet n'est pas tant la santé des étrangers à Mayotte, puisqu'ils y sont soignés, que le fait qu'ils le soient aux frais des cotisants mahorais, c'est-à-dire de vos compatriotes assurés sociaux. Cela produit un phénomène d'éviction qui ne peut attendre l'aboutissement des projets fantaisistes de l'État, les énièmes promesses de construire un deuxième hôpital, l'hypothétique garantie d'une égalité sociale qui ne vient pas – alors que le département de Mayotte est français depuis 1841. On ne répond pas à un patient atteint d'un cancer qu'on est en train de réfléchir à l'égalité sociale, ni à ceux qui se cotisent pour financer le billet d'avion qui va emmener quelqu'un se faire opérer ailleurs qu'on est en train de tracer un chemin vers la convergence sociale. Pourtant, c'est cela que vous me répondez ! Vos compatriotes à Mayotte ont huit ans de moins d'espérance de vie et un état de santé catastrophique, indigne de notre pays, et votre réponse est que vous réfléchissez !

Enfin, vous soulignez, madame Voynet, que la caisse de sécurité sociale de Mayotte ne contribue qu'en partie au financement du CHM, le reste étant pris en charge par la Caisse nationale de l'assurance maladie... On est vraiment dans la différenciation maximale ! Faut-il vraiment rappeler au territoire le plus pauvre que la solidarité nationale joue ? C'est pourtant l'un des principes de la République ! C'est formidable, d'entendre cela d'une ancienne directrice de l'ARS. Sous-entendez-vous que Mayotte doit recevoir au prorata de sa contribution, que notre petit niveau de vie nous condamne à avoir un tout petit hôpital ? J'ai dû mal comprendre. J'espère que le compte rendu sera très précis sur ce point. Je n'ai jamais entendu parler, dans l'Hexagone, de minimiser les dépenses de santé pour un territoire en fonction de la contribution de ses habitants. Il y a un pacte républicain pour l'accès à la santé, et Mayotte en est exclue. (*Exclamations.*) Pardon, mais j'ai beaucoup de mal à apaiser les débats lorsqu'il s'agit de la vie humaine de vos compatriotes. Je ne suis pas capable de tout entendre sur ce plan.

M. le président Frédéric Valletoux. Revenons au calme et restons-en à l'extension de l'AME à Mayotte.

Mme la rapporteure. Pour répondre sur un autre point, je n'ai aucune difficulté à réaffirmer ici que j'attends de l'État qu'il prenne ses responsabilités et qu'il protège Mayotte et nos frontières. Mais en attendant, que faisons-nous ? L'important, c'est l'accès à la santé de vos compatriotes, qui, bien qu'ils soient des assurés sociaux, doivent payer de leur poche leur billet d'avion pour se faire soigner à l'extérieur. Le territoire de Mayotte est celui qui connaît la plus grave crise

migratoire et il est exclu de l'AME, qui est justement le dispositif national censé répondre à la question migratoire.

Le sujet n'est pas de savoir si l'AME est un dispositif pertinent ou non : puisqu'il existe, je ne vois pas pourquoi Mayotte en serait exclue. Ceux qui ici sont des adversaires de l'AME ne peuvent pas en tirer argument pour s'opposer à son extension à Mayotte, sachant qu'elle n'a été suspendue nulle part ailleurs. Ils ne peuvent pas continuer à déplorer les conséquences de la situation et à ne rien faire.

De même, la dépense en matière de santé publique pour les Mahoraises et les Mahorais est inférieure à celle constatée dans l'Hexagone ou dans les autres territoires ultramarins. Il y a une inégalité dans l'accès à la santé : là encore, on constate, mais on ne fait rien.

Pour construire une politique publique, il faut des éléments chiffrés. Les éléments fantaisistes et divers qui ont été évoqués, selon les intervenants, concernant le nombre de médecins par habitant à Mayotte devraient vous interpellier. On compte 43 médecins de ville à Mayotte pour, non pas 320 000 habitants comme l'indique l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), mais 450 000 au bas mot – le Premier ministre, le Chef de l'État et tous les élus locaux eux-mêmes ont repris ce chiffre. Et même en se fondant sur le nombre de 320 000 habitants, le nombre de médecins par habitant serait à Mayotte bien en deçà de la moyenne nationale.

Notre département est le plus grand désert médical. Il connaît une situation sanitaire catastrophique, la propagation d'épidémies éradiquées ailleurs, des pathologies qui tuent alors qu'on peut en guérir dans l'Hexagone. L'accès aux soins y est très difficile, mais la haute administration ne produit aucune étude d'impact ni de faisabilité concernant la convergence sociale et l'AME. Dernier rappel à ce propos, la convergence sociale, ce n'est pas seulement l'accession aux prestations sociales : l'AME en fait aussi partie.

Article 1^{er} : *Étendre l'application de l'aide médicale de l'État à Mayotte*

Amendement de suppression AS6 de M. Yoann Gillet

M. Yoann Gillet (RN). Je comprends vos arguments, madame la rapporteure, ainsi que votre ras-le-bol. Toutefois, étendre l'AME à Mayotte constituerait une erreur grave et lourde de conséquences, qui ne résoudrait aucunement le problème du système de santé et ne garantirait pas aux Mahorais un meilleur accès aux soins. La seule solution pour que les Mahorais puissent avoir accès à ce qu'ils appellent « l'hôpital des étrangers » est d'appliquer une politique migratoire stricte.

Permettez-moi de rappeler quelques chiffres : près de la moitié de la population mahoraise est étrangère ; plus d'un habitant sur deux n'est pas né à Mayotte ; 51 % des naissances concernent des mères en situation irrégulière. Instaurer l'AME à Mayotte, ce serait institutionnaliser la clandestinité et admettre que l'on peut se rendre sur le territoire national sans avoir l'accord de la France. Pour protéger les Mahorais, nous proposons donc purement et simplement de supprimer l'article 1^{er}, comme nous souhaitons d'ailleurs supprimer l'AME dans l'ensemble du territoire national. Nous proposons d'instituer à la place une aide médicale d'urgence, qui s'applique à tout le territoire, y compris évidemment à Mayotte – puisque, contrairement à beaucoup ici, nous ne faisons pas de différence entre les territoires français.

Mme la rapporteure. Vous voulez supprimer l'article 1^{er}, autrement dit supprimer ma proposition de loi. Vous rejetez l'idée d'étendre l'AME à Mayotte parce que vous souscrivez à la théorie selon laquelle elle constituerait un appel d'air migratoire, ce à quoi personne ne croit dans l'archipel, quelle que soit son appartenance politique. En effet, nous avons devant les yeux la réalité de l'immigration illégale, que vous et moi dénonçons. : nous savons qu'elle résulte essentiellement d'une politique de colonisation et de peuplement voulue par l'Union des Comores, qui instrumentalise les flux migratoires pour marquer sa revendication de souveraineté sur Mayotte.

Certains pensent que, afin de freiner le flux des migrants qui viennent se soigner à Mayotte, il faudrait aider les Comores à développer leur propre offre médicale. Je leur rappelle que la Chine a construit un hôpital à Bambao. Cet hôpital flambant neuf et livré avec tout son matériel est devenu l'annexe des chèvres et des zébus, laissé complètement à l'abandon par les autorités comoriennes. Paradis de la mauvaise gouvernance et de la corruption, les Comores ont décidé de sous-traiter leur santé à Mayotte. C'est la réalité. Le problème est que cette sous-traitance se fait aux frais de l'assuré social mahorais, c'est-à-dire aux frais du contribuable français. Pour ceux que cela préoccuperait, les étrangers n'ont aucun problème d'accès à la santé. En revanche, les assurés sociaux mahorais, eux, n'y ont plus accès, parce que le nombre de lits et de médecins est limité et que tout est déjà au maximum. Comme cela a été souligné lors des auditions, l'élargissement de l'AME à Mayotte n'aurait aucun impact, sinon marginal, sur les flux, qui sont déjà massifs – et qui invitent effectivement à protéger davantage la frontière.

Il faut bien réaliser qu'à Mayotte, il y a des kwassa-kwassa sanitaires. Cela se passe ainsi : les hôpitaux de Moroni et de Domoni, aux Comores, envoient un petit fax à l'hôpital de Mayotte, disant qu'un bateau clandestin arrivera sur telle plage, merci d'envoyer votre seul hélicoptère médical ou l'une de vos quelques ambulances pour prendre en charge les patients, voici leurs dossiers ! Nous sommes déjà le pire désert médical de France et nous devons prendre soin de patients étrangers, qui arrivent dans une détresse médicale que personne ne conteste par ailleurs. Mais comprenez que les assurés sociaux mahorais vivent dans leur chair le choix opéré, par défaut, par la puissance publique. Il faut que tout le monde assume le fait que la dotation globale de l'hôpital de Mayotte est ponctionnée à 40 % pour

garantir la santé des étrangers en situation irrégulière. L'instauration de l'AME permettrait donc d'augmenter mécaniquement d'autant le budget dédié à la santé des Mahorais – car j'ai du mal à imaginer que le Gouvernement, s'il élargissait le dispositif à Mayotte, diminuerait d'autant la dotation globale attribuée à l'hôpital de Mayotte. Et, franchement, 40 %, ce ne serait pas du luxe.

C'est pourquoi j'émet un avis défavorable sur votre amendement de suppression.

Mme Stéphanie Rist (EPR). En matière d'accès aux soins et de désert médical, il faut rester très pragmatique et éviter les postures idéologiques. Je vous rejoins sur les difficultés d'accès aux soins et sur l'exception mahoraise en matière migratoire. Étendre l'AME à Mayotte aurait pour conséquence – et c'est déjà un argument en soi – de permettre à l'hôpital d'être remboursé des frais engagés pour les personnes en situation irrégulière – que vous avez chiffrés à 40 % du budget total. Néanmoins, c'est davantage l'hôpital qui en profiterait que les Mahorais, puisque le nombre de soignants en ville est trop faible pour rendre le dispositif de l'AME opérant – rappelons que son utilité est de permettre aux personnes en situation irrégulière de recevoir des soins primaires avant d'être prises en charge à l'hôpital, ce qui amoindrit le coût pour la société.

L'élargissement de l'AME à Mayotte ne rendrait donc service qu'aux comptes de l'hôpital. C'est important, mais je ne suis donc pas sûre que ce soit en instaurant une mesure dont nous connaissons la portée symbolique et politique que nous améliorerons l'offre de soins dans l'archipel.

Mme la rapporteure. Nous avons auditionné le syndicat des médecins de ville de Mayotte : ils soignent entre 5 % et 15 % de leur patientèle gratuitement, alors que celle-ci aurait droit à l'AME. Étendre l'AME permettrait également, selon eux, d'augmenter l'attractivité de leur profession. C'est un peu la question de la poule et de l'œuf : vous considérez que l'AME n'aurait aucun impact à Mayotte en raison du manque de médecins ; ils estiment qu'elle permettrait de rendre solvable une partie de leur patientèle. Surtout, elle permettrait d'assurer de véritables soins, en donnant aussi accès aux pharmacies et aux laboratoires. Le développement de la médecine de ville à Mayotte est lié à l'extension de l'AME.

Mme Dominique Voynet (EcoS). Parallèlement à l'extension de l'AME à Mayotte, il serait très intéressant d'instaurer la T2A afin d'obtenir une meilleure lisibilité de l'activité de l'hôpital. Cela est préconisé depuis des années et des études d'impact ont été menées sur le sujet – je suis stupéfaite de constater qu'elles n'ont pas été communiquées à la rapporteure, qui ne les a peut-être pas demandées de manière précise. Néanmoins, n'inversez pas la charge de la preuve : ce n'est pas à moi de vous transmettre des rapports que vous n'avez pas sollicités – ou, alors, admettez que vous avez écrit des sottises dans votre rapport. À vous de poser les bonnes questions. Je note d'ailleurs que vous aviez connaissance du rapport de l'Igas de 2017, puisque vous le citez dans l'exposé des motifs et que les autres commissions parlementaires, que ce soit au Sénat ou à l'Assemblée nationale, l'ont

trouvé. Je vous le transmettrai et vous suggère de l'étudier attentivement durant le week-end.

Vous ne pouvez pas non plus me répondre que vous vous satisferez de la parole de l'État puisque ce sont les seules informations qui vous ont été transmises. La note de l'ARS jointe à votre rapport n'indique pas que la gratuité des accouchements date de 2020. Une loi a été adoptée, en la matière, en 2012 et cela n'a rien à voir avec l'ARS. Je vous invite aussi à consulter les rapports successifs des Défenseurs des droits, Jacques Toubon – un gauchiste, comme chacun sait ! – puis Claire Hédon : ils insistent sur les freins à l'accès aux soins, en soulignant que ces dispositions auraient dû être généralisées depuis 2012.

M. Jean-Philippe Nilor (LFI-NFP). Même si la rapporteure a parfois tendance à dire une chose et son contraire et même si son avant-dernier plaidoyer cautionne l'amendement de ses amis d'extrême droite qu'elle prétend combattre, nous voterons contre la suppression de l'article et soutiendrons la proposition de loi. En substance, cet amendement prouve que vous méconnaissez, malgré toutes les démonstrations, les avantages que procurerait l'extension de l'AME à Mayotte encore plus qu'ailleurs. Car s'il y a un endroit dans lequel l'AME peut être salutaire pour la santé publique de toute la population – et non pas seulement des étrangers –, c'est bien à Mayotte. Un tel amendement traduit, avec le mépris que l'on vous connaît, l'idée selon laquelle il n'y a pas d'argent pour les étrangers, encore moins ceux de Mayotte.

M. Fabien Di Filippo (DR). Vous nous reprochez, madame la rapporteure, de ne pas entendre vos arguments ; nous pourrions vous rendre la pareille. Les faits que vous soulevez, en particulier la solvabilité des patients, concernent avant tout les médecins qui sont sur place. Il n'existe aucun chiffrage pour évaluer l'élargissement du dispositif ni aucune étude d'impact. Adopter cette mesure pourrait avoir plus d'effets pervers que d'avantages : elle garantirait peut-être un meilleur revenu pour les médecins, mais elle ne changerait rien à l'attractivité de la profession, puisque la désertification médicale s'accroît partout dans le territoire, pour des raisons qui relèvent non seulement de la démographie mais aussi, ne l'oublions pas, d'une volonté de réduire le temps de travail. Il faut donc aborder la situation de Mayotte avec lucidité – et je constate qu'une majorité de collègues se rallient à une position que nous défendons depuis longtemps. En adoptant cet article, nous enverrions un signal contradictoire par rapport à toutes les dérives, en particulier sécuritaires et migratoires, qui sont à l'œuvre sur l'île.

Mme Sandrine Runel (SOC). Nous savons que vous êtes opposé à l'AME, monsieur Gillet : il n'est donc pas surprenant que vous ne vouliez pas l'étendre à Mayotte. Vous avancez l'argument fallacieux selon lequel un habitant sur deux de Mayotte n'y est pas né, mais il en est de même à Paris, où tout le monde est soigné ! Et vous voudriez-vous aussi supprimer l'AME dans le Gard, peut-être ?

Vous évoquez les difficultés d'accès aux soins et à l'hôpital, mais là n'est pas la question : nous parlons de justice et d'égalité des droits pour tous. Mayotte

étant un territoire français, pourquoi l'AME n'y existerait-elle pas comme partout ailleurs en France ? Les personnes de nationalité étrangère ou en situation irrégulière ont aussi des droits, même si vous aimez les combattre. Elles doivent pouvoir se faire soigner dans les meilleures conditions dans l'ensemble du pays.

J'adresserai la même réponse à Mme Rist, pour qui l'extension de l'AME à Mayotte ne rendrait service qu'aux comptes de l'hôpital : une fois encore, nous parlons d'accès aux droits pour des populations en difficulté. La proposition de loi n'est pas là pour résoudre les problèmes d'attractivité et de désertification médicales, mais pour faire en sorte que l'ensemble des habitants, Français ou non, soient soignés dans les mêmes conditions dans tous les territoires de la République. Il est de notre devoir et de notre honneur de la voter.

M. Philippe Vigier (Dem). Je connais votre engagement, madame la rapporteure, et je me suis toujours mobilisé à vos côtés sur des sujets majeurs. Or la convergence des droits sociaux concerne les Mahorais, qui sont des Français ; l'AME n'entre pas dans le même cadre.

Comme cela a été dit, il faut appliquer la T2A à Mayotte, et il est anormal que nous n'ayons pas d'étude d'impact à ce sujet. Toutefois, le vrai problème réside dans le manque de praticiens. Si l'hôpital de Mayotte n'avait pas recouru à la réserve sanitaire à moult reprises, il n'aurait pas été capable d'assurer ne serait-ce que les accouchements – et je ne parle même pas des pharmacies ou des laboratoires. Le projet de loi de programmation pour Mayotte est prêt. Inscrivons-le à l'ordre du jour de l'Assemblée et du Sénat avant l'été : nous disposerons alors d'un outil puissant pour renforcer l'attractivité des métiers de la santé à Mayotte, qui est l'urgence absolue. De toute évidence, l'extension de l'AME produira un appel d'air – ayons le courage de dire qu'un habitant sur deux de Mayotte est étranger ou en situation irrégulière.

M. Laurent Panifous (LIOT). Toutes les personnes qui vivent sur le territoire national ont le droit d'être soignées, qu'elles soient françaises, étrangères ou en situation irrégulière : c'est un des principes et des droits fondamentaux de notre République. Ceci étant acquis, la proposition de loi vise à assurer une justice entre les territoires. Les Mahorais sont-ils des Français comme les autres ? Mayotte est-il un département comme les autres ? La réponse est oui. Les Mahorais ont droit à des moyens équivalents à ceux des autres Français pour être soignés, et par conséquent à l'AME. Il ne s'agit que de cela.

Le rejet de la proposition de loi enverrait un message extrêmement négatif à tous ceux qui considèrent que notre territoire national est unique. Nous pouvons toujours discuter du bien-fondé de l'AME et de l'opportunité de la faire évoluer, il n'en reste pas moins que Mayotte est un département français. Il serait plus que discutable de refuser aux Mahorais des moyens supplémentaires qui les hisseraient simplement au niveau des autres Français.

M. Jean-Hugues Ratenon (LFI-NFP). Chassez les démons, ils reviennent au galop ! L'outre-mer s'est battu pendant des décennies pour l'égalité sociale, pour l'égalité d'accès aux soins, aux services publics, à l'éducation – pour l'égalité tout court. Il y a eu des mobilisations de rue. Des responsables politiques – Aimé Césaire, Paul Vergès et d'autres – ont exigé la départementalisation de l'outre-mer et sa pleine application. Il a fallu du temps pour réussir, et des carences persistent. La droite s'est toujours opposée à cette évolution, tout comme le Front national de l'époque.

La proposition de loi ne vise à rien d'autre qu'appliquer les mêmes droits en outre-mer et en France continentale. Face à cela, l'hypocrisie est grande : cette même droite qui versait des larmes après le passage du cyclone Chido refuse désormais l'égalité des droits pour Mayotte. Comment l'interpréter ? Comment faire confiance à ceux qui, un jour, demandent l'égalité et l'équité de traitement pour les populations d'outre-mer et le lendemain, quand il s'agit de voter, disent « pas question, vous êtes différents » ?

J'ai été plusieurs fois en désaccord avec la députée Estelle Youssouffa, mais comme mon groupe, je soutiens pleinement ce texte car je suis pour l'égalité des droits entre le territoire de Mayotte et les autres territoires français.

Mme Joëlle Mélin (RN). Mme la rapportrice a évoqué le problème majeur de l'externalisation par certains pays de leur système de santé – les rapports annuels de l'Office français de l'immigration et de l'intégration en témoignent. Oui, les Comores externalisent leur système de santé vers Mayotte.

Il a aussi été question de l'égalité entre les territoires ultramarins et métropolitain. Là n'est pas le problème : ce que les Mahorais déplorent, c'est l'inégalité de traitement entre les habitants français, qui cotisent et sont remboursés à 75 % – davantage s'ils ont une assurance complémentaire – et les personnes en situation irrégulière, qui sont prises en charge à 100 % et le resteront puisque l'AME, qui couvre la totalité des soins sauf les cures thermales, les dispense de tout le reste à charge. En particulier certains soins complexes ne sont pas accordés facilement sur le territoire mahorais aux personnes qui cotisent. Voilà où réside l'inégalité.

La départementalisation de Mayotte lui a donné tous les droits et tous les devoirs, mais les Mahorais ne sont pas obligés de subir un dispositif qui, en tout état de cause, devra être remis en cause dans notre pays. Notez enfin que sans étude d'impact, il est difficile de savoir si le coût du dispositif sera assumé par la sécurité sociale ou par l'État.

M. Yoann Gillet (RN). Qui paie pour les soins des clandestins que la France et son gouvernement laissent entrer sur le territoire de Mayotte ? Les Français, avec leurs impôts. Voilà la vraie question que soulève la proposition de loi, dont je crains qu'elle n'aggrave la situation. Je comprends votre détresse et votre colère, madame la rapporteure, mais votre texte ne crée pas de nouveaux lits pour

le CHM et ne renforce pas l'attractivité de Mayotte pour les soignants. Quand je me suis rendu dans cet hôpital en novembre dernier avec ma collègue Anchya Bamana, il n'y avait que deux médecins urgentistes. L'hôpital ne tient pas et n'est pas attractif ; la proposition de loi n'y changera rien. Pire, j'ai peur que l'extension de l'AME à Mayotte ne fasse baisser la dotation globale du CHM – qui n'applique pas la T2A –, puisqu'une partie de cette dotation sert à financer les soins des clandestins. La solution réside dans l'arrêt total de l'immigration et la reprise en main de notre territoire national.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS7 de Mme Estelle Youssouffa

Mme la rapporteure. Cet amendement est essentiellement rédactionnel. L'article L. 542-5 du code de l'action sociale et des familles prévoit une dérogation qui exclut Mayotte de l'AME. Le I de la proposition de loi l'abroge. Mayotte étant régie par le principe d'identité législative, en l'absence de dérogation explicite, le droit commun s'y applique et l'AME prend automatiquement effet.

Dans le II de l'article 1^{er}, la proposition de loi adapte l'article L. 6416-5 du code de la santé publique qui organise la prise en charge des étrangers en situation irrégulière exclusivement à l'hôpital de Mayotte. Elle prévoit que les dispositions relatives à l'AME sont applicables pour la prise en charge de ces personnes. Cette précision me paraît superflue, puisqu'en l'absence de dérogation, le droit commun s'applique à Mayotte.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS3 de M. Philippe Naillet

M. Philippe Naillet (SOC). L'essentiel étant de voter sur le fond, je retire cet amendement qui demande un rapport, de même que celui que j'ai déposé après l'article 2.

L'amendement est retiré.

La commission rejette l'article 1^{er}.

M. le président Frédéric Valletoux. Sur le vote de l'ensemble de la proposition de loi, j'ai été saisi, en application de l'article 44, alinéa 2, du

Règlement, d'une demande de scrutin par plus d'un dixième des membres de la commission.

Article 2 : *Gage de recevabilité financière*

*La commission **rejette** l'article 2.*

*La commission ayant **rejeté** tous les articles de la proposition de loi, l'ensemble de celle-ci est **rejetée**.*

ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LA RAPPORTEURE

(par ordre chronologique)

➤ *Table-ronde :*

– **Union régionale des professionnels de santé de Mayotte – Dr Jean-Marc Roussin**, représentant URPS, et **Dr Mohamed Sophian Jaouadi**, représentant URPS, médecin suppléant

– **Syndicat national des infirmiers et infirmières libéraux (Sniil) 976 – Mme Sidi Madi**, présidente

➤ *Table ronde :*

– **Centre hospitalier de Mayotte (CHM) – M. Jean-Mathieu Defour**, directeur général, **M. Mahafourou Saidali**, directeur des finances, et **Dr Anne-Marie de Montera**, médecin responsable de l'information médicale

– **Agence régionale de santé (ARS) Mayotte – M. Sergio Albarello**, directeur général

➤ *Audition conjointe :*

– **Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) – M. Ali Nizary**, premier vice-président, et **M. Abdoul Hamidi Keldi**, directeur général adjoint

– **Conseil départemental de Mayotte – M. Mohamed Moindjié**, directeur général adjoint en charge de la santé et de la solidarité, **Dr Pierre-Alain Sauves**, directeur de la protection maternelle et infantile (PMI), et **M. Madi Moussa Velou**, conseiller départemental de Dembeni, septième vice-président en charge de l'action sociale, de la solidarité et de la santé, président de la commission sociale du conseil départemental et président délégué de la maison départementale des personnes handicapées

– **France Assos santé Mayotte*** – **Mme Antufatu Hafidhou**, présidente

➤ *Table ronde :*

– **Observatoire régional de la santé (ORS) Mayotte – M. Achim Aboudou**, directeur

– **Santé publique France – M. Youssouf Hassani**, délégué régional à Mayotte

➤ *Table ronde :*

– **Office français de l’immigration et de l’intégration (Ofii)** – **M. Didier Leschi**, directeur général, et **Dr Bénédicte Beaupère**, directrice du service médical

– **M. Patrick Stefanini**, conseiller d’État honoraire, et **M. Claude Évin**, ancien ministre, auteurs d’un rapport sur l’aide médicale de l’État

➤ *Table ronde :*

– **Direction de la sécurité sociale (DSS)** – **Mme Maroussia Pehinec**, adjointe à la sous-directrice de l’accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail, **Mme Cécile Sache**, adjointe à la cheffe du bureau Accès aux soins et prestations de santé, **Mme Sara Donati**, chargée de mission

– **Direction générale de l’offre de soins (DGOS)** – **M. Arnaud Gauthier**, sous-directeur en charge de l’appui au pilotage et des ressources, **Mme Gaëlle Papin**, cheffe du bureau des territoires, de l’Europe et de l’international, et **M. Bastien Morvan**, adjoint à la cheffe du bureau des territoires, de l’Europe et de l’international

– **Direction générale des outre-mer** – **Mme Sandrine Jaumier**, sous-directrice adjointe des politiques internationales, sociales et agricoles, **M. Pierre -Emmanuel Barthier**, chef du bureau de la cohésion sociale, de la santé et de l’enseignement, et **Mme Aurore Bourdenx**, chargée de mission Protection sociale

➤ **ARS La Réunion** – **M. Étienne Billot**, directeur général adjoint

➤ **Préfecture de Mayotte** – **M. François-Xavier Bieuville**, préfet, et **Mme Clémence Lecoeur**, administratrice de l’État, chargée de mission auprès du préfet

** Ces représentants d’intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique, s’engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l’Assemblée nationale.*

ANNEXE N° 2 : NOTE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS) MAYOTTE – LES CONSÉQUENCES DE L'ABSENCE D'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT À MAYOTTE



Le 17 avril 2025

Note

[REDACTED]

Objet : Absence de l'Aide Médicale d'État (AME) à Mayotte et ses conséquences systémiques

Mayotte constitue aujourd'hui une singularité majeure au sein du territoire national, étant le seul département français dans lequel l'Aide Médicale d'État (AME) n'est pas mise en œuvre. En pratique, cette absence contraint les personnes non assurées sociales (NAS) à un accès quasi-exclusif aux soins via le Centre hospitalier de Mayotte (CHM), où la prise en charge, bien que gratuite ou quasi-gratuite, repose sur une logique hospitalo-centrée.

En 2022, près de 85 000 personnes en situation irrégulière ont ainsi été soignées au CHM, soit une pression massive sur un établissement qui reste financé par une dotation globale, hors du cadre de la tarification à l'activité (T2A). Cette configuration rend le CHM de facto prestataire de soins de premier recours pour les NAS, ce qui amplifie l'engorgement de ses services et dégrade la qualité ainsi que la sécurité des soins pour l'ensemble de la population mahoraise.

Un système de santé déséquilibré et freiné dans son développement

Cette absence d'AME et le rôle unique du CHM freinent le développement d'une offre de soins diversifiée sur le territoire :

- Le CHM finance actuellement l'activité de dialyse d'un établissement privé, faute de la mise en œuvre d'un centre lourd en interne – une disposition non conforme au Code de la santé publique, source de nombreuses difficultés de gestion.
- L'absence de modèle de financement adapté empêche la montée en puissance des structures d'exercice coordonné, le transfert de l'activité pharmaceutique vers les officines de ville, l'installation de nouvelles cliniques privées, ainsi que le déploiement des priorités nationales en matière de dépistage, vaccination ou santé publique.

Une réflexion conjointe avec la DGOS est indispensable pour bâtir un modèle de financement innovant, permettant notamment de conventionner des opérateurs privés via un contrat de Service Public Hospitalier (SPSH), en dehors du CHM.



Données d'activité : un poids majeur des NAS dans le système de soins

L'importance de la patientèle non affiliée dans l'activité sanitaire du département est incontestable :

- **CHIM** : environ **40 % des séjours hospitaliers** sont attribués à des NAS (soit ~15 000 séjours sur 37 000).
- **PMI** : près de **78 % des activités** concernent les NAS (24 000 suivis d'enfants/vaccinations et 15 000 suivis de grossesse).
- **Soins de ville** : environ **5 %** de l'activité totale.
- **Transports sanitaires** : plus de **4 900 transports** financés par l'ARS.
- **Vaccination** : 1,5 M€ dédiés aux actions auprès des NAS.

Éléments financiers estimés

- **CHIM** : sur 321 M€ de produits de l'assurance maladie, dont **plus de 123 M€ pourraient concerner les soins aux NAS** (il s'agit de l'estimation de 2023 ; une étude de l'INSERM de 2008 évaluait ce coût entre 27 et 30 M€).
- **PMI** : la prise en charge de 78 % de l'activité représenterait **21 M€**.
- **Soins de ville** : l'ARS mobilise directement **980 K€** pour les transports sanitaires et **1,5 M€ pour la vaccination**.

Conclusion et recommandations

L'absence de l'AME à Mayotte génère **une situation structurellement déséquilibrée** qui met en péril la pérennité du système de santé local, limite son développement et compromet l'égalité d'accès aux soins. Il devient urgent de :

1. **Définir un nouveau modèle de financement spécifique à Mayotte**, soutenable et équitable.
2. **Favoriser le désengorgement du CHIM** en élargissant l'offre de soins primaires.
3. **Mettre à l'étude le dispositif d'AME ou un équivalent à l'AME**, adapté aux réalités locales, tout en permettant une meilleure traçabilité et une équité de traitement à l'échelle nationale.



ANNEXE N° 3 : CONTRIBUTION DU CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE (CHM) ET DE L'ARS MAYOTTE

1. Pouvez-vous nous fournir des données actualisées sur la situation sanitaire à Mayotte ? En particulier, quel est à ce jour le bilan sanitaire de Chido ?

Rappel – Bilan hospitalier arrêté au 28 décembre

Le bilan hospitalier a été arrêté au 28 décembre 2024 à 24 DCD, 124 UA et 4532 UR.

L'offre de soins hospitalière a été fortement impactée dans les premiers jours du cyclone, imposant :

- L'arrivée massive de réservistes sanitaires, très rapidement logés à la base vie ;

- Le déclenchement de l'ESCRIM.

Les principaux motifs de recours aux soins dans les premiers jours et semaines suivant le passage du cyclone ont été :

- Les traumatismes, pour 40 à 50% des prises en charge ;

- Les pathologies digestives, pour 10 à 20 % des prises en charge ;

- Les infections cutanées, pour 5 à 10 % des prises en charge.

Reprise d'activité au CHM, : où en est-on (reprise des service, RH, bâtiminaire) ?

Depuis 3 mois, le CHM poursuit sa reconstruction et sa réorganisation grâce au soutien de l'ARS et des renforts nationaux.

Capacitaire du Centre Hospitalier de Mayotte :

- **Au 21/02/2025** : 82% de l'activité a repris au CHM ; les 18% manquants sont compensés actuellement par l'installation de l'USM* (consultations de soins courants).

Capacitaire des CMR

- L'ensemble des CMR sont ouverts (4 CMR)

- 100% de reprise d'activité concernant la permanence des soins, 75% concernant la maternité (12 lits sur 20 ouverts à Kahani, 12 lits sur 12 ouverts à PT).

Capacitaire des dispensaires :

- Réouverture progressive des dispensaires à partir du 20 janvier 2025
- Sur 8 dispensaires, 7 sont actuellement ouverts (Jacaranda, Mtsapéré, Mtsamboro, Koungou, Dembeni, Boueni, Mtsangamouji) ; seul le dispensaire de SADA reste fermé.
- 87.5% de reprise d'activité à date au sein de chacun des dispensaires

Une USM* (Unité Sanitaire Mobile) a été positionnée au niveau du CHM. Son objectif initial était de prendre le relai sur le service de réanimation du CHM qui a été lourdement impactée, mais au regard des dégâts dans les bâtiments de consultations, l'USM propose aujourd'hui des consultations de soins courants pour la population.

Combien de temps la présence de l'EMT1 est-il resté en place pour soulager l'activité du CHM post CHIDO ?

Présent sur le territoire depuis le 4 février 2025 (suite au désarmement de l'ESCRIM), l'EMT 1 (et non hôpital de campagne) sera resté 2 mois à Mayotte.

Après le passage du cyclone, l'ARS a appuyé le CHM en mobilisant l'ESCRIM qui a essuyé une activité très soutenue. Une fois cette activité soutenue estompée, l'ESCRIM a laissé place à l'EMT 1 toujours sous l'impulsion de l'ARS. Aujourd'hui, et au vu de l'absence d'activité en lien avec CHIDO et à la diminution progressive de l'activité de l'EMT 1, l'ARS avait donné son accord pour une reconduction d'1 mois complémentaire mi-février avec une activité hybride fixe (EMT1 à Cavani) et mobile (rattrapage vaccinal en milieu scolaire notamment). Aujourd'hui, l'ARS juge que l'absorption de l'activité par le CHM se déroule de manière fluide ; l'EMT 1 quittera donc le territoire à la fin du mois de mars 2025.

bilan d'activité de l'EMT 1 :

- Dans les premiers jours post crise, l'ESCRIM a pris en charge une activité importante allant jusqu'à 400 consultations/jour et 20 prises en charge chirurgicales (désengorgement des urgences du CHM).
- L'EMT 1 a arrêté son activité jeudi 27 mars. Il avait une capacité de consultation de soins courants de l'ordre de 50 passages par jour.
transition avec le CHM

L'activité de l'EMT 1 ne fera pas l'objet d'un report de patient auprès du Centre Hospitalier de Mayotte une fois fermée.

L'ouverture d'une offre de soins (EMT1) génère une demande de soins en raison de sa proximité géographique avec des quartiers plus éloignés du CHM, tels que Cavani et Mtsapéré.

Il est donc probable que les 80 passages journaliers actuels de l'EMT 1 ne se traduisent pas par 80 passages supplémentaires aux urgences du CHM une fois l'EMT 1 aura fermé.

2. Pouvez-vous nous donner des indications actualisées concernant l'offre de soins à Mayotte (nombre de médecins généralistes et de spécialistes, offre de soins au sein des différentes structures publiques et privées, évolution tendancielle...)?

La situation actualisée est celle-ci :

offre sanitaire pour une activité de ville au 31/mars 2025. Prévision d'installation/création projet au cours de l'année 2025													
Bassin de santé	Commune	Village	MGL	SF	population	MG/pop	Med Spe	Structure Pluridisciplinaire	Télé consultation	Site CHM	CPTS		
NORD	Bandraboua	dzoomogné	1	3	14 000	1/14 000				CMR CMP-EA			
		Hamjago	cab sec					01 : OPH TLM	CDS OPH Projet CDS poly	TLM OPH SPOT			
	M'tsamboro		1		7 800	1/7 800				CCP			
	Koungou	Koungou		1	3	32 200	1/16 100	01 : Neuro		TLM		CCP	
		Longoni							projet CDS PC				
		Trévani			2								
	Majicavo		1				MSP (Hts Vallons)						
	Acoua				5 200	//		projet CDS PC					
Centre Ouest	M'tsangamouji			2	6 500	//				CCP	approche professionnels par la cellule d'accompagnement.		
	Tsingoni	Tsingoni		2	14 000	1/7 000							
		Combani	2	2						CMR			
	Chiconi		0		8 300	///							
	Ouangani		3	1	10 200	1/3 400	01 : Cardiologue	MSP					
Sada		2	2	11 200	1/5 600			projet SPOT	CCP CMP				
SUD	Chirongui	Chirongui	1	2	9 000	1/3 000					Constituée. Convention tripartite accord CPTS		
		Mramadoudou	2	1						CMR			
	Bouéni	Mzouazia	2	4	6 200	1/3 100		MSP		CCP			
	Kani-Keli				5 600	//		projet CDS terr	projet SPOT				
	Bandrélé		1	1	10 300	1/13 000		projet antenne CDS		CMP-EA			
Grand Est	Dembéni	Dembéni	1	3	15 900	1/7 950		CDS OPH porjet poly			CCP	en cours: Accompagnement mis en place; création association.	
		Tsararano	1										
	Mamoudzou	Mamoudzou	7	6	71 500	1/7 950	03 : Biolog 01 : Gyneco 01 : psychiatre 01 : Cardiologue 01 : Nueuro 01 : ORL	MSP (Lagon) CDS polyvalent; Oph; ORL	TLM ORL, neuro		CHM CCP		
		Kaweni	1					Projet MSP					
		PassamaInty	1					projet ESP/MSP		CMP-EA			
		Mtsapéré								CCP			
	Tsoudzou	projet+1						SPOT					
Petite Terre	Pamandzi		2	1	11 500	1/5 750	01 : Psychiatre			CMR	en cours: association créée; lettre d'intention validée; projet de santé en		
	Dzaoudzi		5	3	17 900	1/3 580	1: endocrino/diab.			CMP-EA			
			35	38			MSP: 4 / CDS: 2 +4projets		SPOTS: 2	CHM : 4 CMR/SCCP/5 CMP-EA			

POLE	Service	Spécialité	POSTES PH CNG	POSTES PH OCCUPES	ECART
POLE USEC	URGENCES	Médecine d'urgence	27	5	-22
		Médecine générale	2	0	-2
	UML/UMJ	Médecine légale et expertise médicale	3	0	-3
		Sous-total	32	5	-27
<hr/>					
POLE NEO-PED	Néonata	Pédiatrie	11	7	-4
	Pédiatrie général	Pédiatrie	13	5	-8
	Pédiatrie maternité	Pédiatrie	2	2	0
		Sous-total	26	14	-12
<hr/>					
	ONCO-HEMATO	oncologie	1	0	-1
		Hématologie	1	1	0
	Cardiologie	Médecine cardiovasculaire	2	0	-2
	MIT	Maladies infectieuse et tropicale	2	2	0
	UF GASTRO	hépato-gastro-entérologie	2	0	-2
	MEDECINE POLY	pneumologie	2	0	-2
		Gériatrie	2	1	-1
		Médecine interne	2	2	0
		Médecine générale	2	1	-1
		Néphrologie	1	0	-1
	EMASP	Médecine générale	2	0	-2
	HAD	Médecine générale	2	0	-2
	SSR	Médecine physique et de réadaptation	2	1	-1
	Sous-total	23	8	-15	
<hr/>					
GYNOBS	Gynécologie	Gynécologie	16	5	-11
		Sous-total	16	5	-11
<hr/>					
MEDTECH	Imagerie	radiologie et imagerie médicale	6	2	-4
	Biologie	biologie médicale	6	3	-3
	Pharmacie polyvalente	pharmacie polyvalente et pharmacie hospitalière	11	5	-6
		Sous-total	23	10	-13
<hr/>					
MEDSEC	GMZ	Médecine général	8	5	-3
	PETITE TERRE	Médecine général	7	0	-7
	DZOUM	Médecine général	11	2	-9
	KAHANI	Médecine général	8	3	-5
	SUD	Médecine général	5	0	-5
		Sous-total	39	10	-29

SAME	USMP	Médecine générale	1	1	0	
	Psychiatrie externe	Psychiatrie	4	1	-3	
	Psychiatrie hospitalisation	Psychiatrie	4	1	-3	
	Psychiatrie infantile juvénile	Psychiatrie	3	3	0	
	Sous-totale			12	6	-6
SANPUB						
SANPUB		Médecine générale	4	4	0	
		Santé publique	1	0	-1	
	Médecine préventive et d'Etat	Médecine préventive	5	0	-5	
	Sous-totale			10	4	-6
BACS						
BACS	Anesthésie Blocs	Anesthésie-réanimation	15	7	-8	
	Chirurgie viscérale	Chirurgie générale	6	2	-4	
	Brûles	chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	3	1	-2	
	Ophthalmologie	Ophthalmologie	2	0	-2	
	Chirurgie infantile	Chirurgie pédiatrique	1	1	0	
	ORL	oto-rhino-laryngologie - chirurgie cervico-faciale	3	0	-3	
	CHIR ORTHO	Chirurgie orthopédique	5	2	-3	
	URO	Urologie	1	0	-1	
	Odontologie polyvalente	odontologie polyvalente	3	3	0	
	Réanimation	Anesthésie-réanimation		6	2	-4
		médecine intensive-réanimation		2	1	-1
Sous-total			47	19	-28	
TOTAL			228	81	-147	
POLE	Service	Spécialité	POSTES SF TITULAIRE	POSTES SF TITULAIRE OCCUPES	ECART	
GYNOBS	MATERNITES	Sage-femme	170	33	-137	
		Sous-total	170	33	-137	

3. Pouvez-vous nous fournir des données actualisées sur l'emploi de médecins Padhue à Mayotte, avec l'entrée en vigueur du régime spécifique Padhue-Outre-mer en 2024 ?

Pour ce qui concerne les PADHUE OM, Il y a actuellement :

- 4 PADHUE OM employés au CHM (médecine générale).
- 1 PADHUE OM employé dans le centre de santé ONAKIA (en ville -médecine générale.)
- 1 PADHUEOM employé au CD/PMI (médecine générale).
- Pour ce qui concerne les PADHUE nationaux, Il y a actuellement 7 PADHUE nationaux (médecine générale, chirurgie général, gynécologie-obstétrique)

4. Pouvez-vous nous donner des informations actualisées sur les conséquences des problématiques migratoires sur le fonctionnement du système de santé à Mayotte, et en particulier du centre hospitalier ?

Données non disponibles

5. Disposez-vous d'indications actualisées sur le coût des soins dispensés aux personnes non affiliées à la sécurité sociale ?

Données non disponibles

6. Pouvez-vous nous donner des indications sur la proportion de ressortissants comoriens parmi les personnes soignées sur les différents sites ainsi que sur le nombre de naissances issues de mères comoriennes ? Quelles sont les autres principales nationalités représentées ?

Données non disponibles

7. Pouvez-vous nous fournir des données actualisées sur le coût, le nombre et les difficultés suscitées par les évacuations sanitaires en provenance de Mayotte vers la Réunion ou l'Hexagone ?

Chiffres	2022	2023	2024
ÉVASAN			
Nb de vols Amélia : La Réunion	1492	1556	1747
Vols commerciaux : Métropole	100	186	50
Nb de patients affiliés	978	1154	1323
Nb de patients non- affiliés	614	588	825
Départs urgents	444	755	891
Nb de civière	394	430	448
Mineurs	464	499	496
Néonats (service)	95	76	52
Mineurs accompagnés	329	336	351
Mineurs Non- Accompagnés	135	163	145

Les difficultés rencontrées sont diverses : Mauvaise compréhension de la part de la population et des professionnels de santé sur les procédures des demandes

d'Evasan, Multiplication des interlocuteurs au départ, Manque d'accompagnement du service social pour la validation des hébergements entraînant des annulations des départs, Suspension des vols pour diverses raisons (panne, fermeture aéroport), Changement de circuit évasan qui rallonge le trajet, Changement des patients en urgence le matin du départ, Problématique pour la réception des laissez-passer.

Coût EVASAN

250 CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE		COMPARATIF SUR 3 ANS PAR COMPTE ORD		
Exercice	2024 du mois de Janvier à Complémentaire	25/04/25 16:28:29		
Réalisé	Mandaté + Annulation de mandat			
Comptes de Résultat Budget : H BUDGET GENERAL				
Comptes	Montant exer 2024	Montant exer 2023	Montant exer 2022	
H62451 / TRANSPORTS USAGERS (EVASAN AERIEN)	9 914 987,11	11 523 079,40	10 489 019,57	
H62452 / TRANSPORTS USAGERS (EVASAN AMBULA)	933 945,72	724 110,97	623 738,15	
H62453 / INDEMNITES EVASAN	1 332,65	39 756,14	26 792,24	
H62455 / TRANSPORTS USAGERS (EVASAN MARITIME)	3 785,00	3 205,00	450,00	
TOTAL TRANSPORT EVASAN	10 854 050,48	12 290 151,51	11 139 999,96	

Sur l'ensemble des patients bénéficiant de ces EVASAN, pouvez-vous nous indiquer combien sont pris en charge en AME à leur arrivée ? Données chiffrées non disponibles

8. Quels sont les services et spécialités les plus en tension au CHM et quelles en sont les raisons ?

La quasi-totalité des services sont en forte tension, en raison d'une activité soutenue, d'un manque de ressources humaines (médecins, sages-femmes, infirmiers) et d'une insuffisance d'espace de travail. Certains services sont toutefois particulièrement impactés, notamment la maternité, la néonatalogie, le bloc opératoire et la chirurgie, les urgences, le Medico-tech (labo, imagerie), la médecine ainsi que la psychiatrie.

9. Sur quelles spécialités ou services se sont principalement portés les investissements au cours des cinq dernières années et à quelle hauteur (coût) ?

Somme de Réalisé	Étiquettes de colonnes			
Étiquettes de lignes	2021	2022	2023	2024
2 - IMMOBILISATIONS	11 309 620,66 €	34 634 407,04 €	25 991 040,76 €	8 978 118,08 €
BRACS / BLOC-REA-ANEST-CHIR	250 209,49 €	1 946 209,77 €	1 042 263,66 €	587 487,35 €
DIRECT / DIRECTIONS FONCTIONN	7 226 417,81 €	16 237 784,97 €	13 785 757,35 €	5 527 349,34 €
GYNOBS / GYNECOLOGIE-OBSTETRI	183 961,44 €	1 878 469,16 €	1 015 905,15 €	11 310,32 €
MEDSEC / MEDECINE DE SECTEURS	1 157 259,47 €	2 148 385,72 €	1 631 293,07 €	239 058,20 €
MEDTEC / MEDICO-TECHNIQUE	365 827,08 €	5 583 640,05 €	3 141 738,40 €	485 778,04 €
MHES / MED-HAD-EMASP-SRR	390 590,86 €	1 067 946,40 €	1 452 447,28 €	283 700,95 €
NEOPED / NEONATOLOGIE-PEDIATR	150 843,25 €	2 253 303,42 €	2 022 218,78 €	52 196,64 €
SAME / SANTE MENTALE		41 456,36 €	83 333,23 €	9 647,65 €
SANPUB / SANTE PUBLIQUE ET VI	45 842,74 €	198 215,04 €	14 630,99 €	73 707,05 €
URSEM / URGENCES-SMUR-EVACUA	1 538 668,52 €	3 278 996,15 €	1 801 452,85 €	1 707 882,54 €
Total général	11 309 620,66 €	34 634 407,04 €	25 991 040,76 €	8 978 118,08 €

Somme de Réalisé	Étiquettes de colonnes				
Étiquettes de lignes	2021	2022	2023	2024	
DIRECT / DIRECTIONS FONCTIONN	7 226 417,81 €	16 237 784,97 €	13 785 757,35 €	5 527 349,34 €	
2 - IMMOBILISATIONS	7 226 417,81 €	16 237 784,97 €	13 785 757,35 €	5 527 349,34 €	
502 - PLANS ET TRAVAUX	836 981,64 €	3 534 229,23 €	5 684 113,17 €	1 358 010,63 €	
1101 - SERVICE INFORMATIQUE	2 464 198,32 €	4 800 520,21 €	2 451 007,29 €	1 755 204,76 €	
101 - DIR GENERALE	744 560,40 €	42 131,04 €	926 694,70 €	54 315,07 €	
2205 - FRET		668 190,20 €	823 069,28 €	47 262,93 €	
3103 - ATELIER BIOMEDICAL	205 438,50 €	787 759,26 €	808 036,55 €	34 115,56 €	
109 - PROJETS IMMOBILIERS		202 875,04 €	457 927,94 €		
506 - PROJET PETITE TERRE	1 795 267,41 €	1 451 895,81 €	421 639,72 €	355 050,85 €	
1001 - CONCIERGERIE	259 351,20 €	523 336,44 €	413 959,50 €	104 927,75 €	
2201 - VEHICULES NON SANITAIRES	-	85 920,51 €	412 215,61 €	62 317,40 €	Dont
1102 - TELEPHONIE	392 724,14 €	730 324,78 €	348 928,82 €	198 611,15 €	
2301 - CUISINE	2 619,10 €	586 255,46 €	271 366,73 €	536 736,78 €	
2501 - SECURITE INCENDIE	49 760,00 €	180 277,85 €	150 351,74 €	89 108,91 €	
1912 - IES IFSI	-	55 451,80 €	124 176,72 €	7 948,40 €	
605 - UNITE LOGISTIQUE LONGONI	206 458,62 €	21 584,45 €	113 915,02 €	49 950,68 €	
2502 - SECURITE BIENS ET PERSONNES	11 375,84 €	37 342,97 €	97 057,54 €	205 768,02 €	
601 - ACHATS ECONOMAT	6 484,22 €	1 676 507,96 €	6 300,00 €	299,00 €	
Total général	7 226 417,81 €	16 237 784,97 €	13 785 757,35 €	5 527 349,34 €	

Equipements biomédicaux

Somme de Réalisé	Étiquettes de colonnes
Étiquettes de lignes	2022
BRACS / BLOC-REA-ANEST-CHIR	1 784 840,30 €
DIRECT / DIRECTIONS FONCTIONN	1 057 532,21 €
GYNOBS / GYNECOLOGIE-OBSTETRI	1 750 726,06 €
MEDSEC / MEDECINE DE SECTEURS	504 977,78 €
MEDTEC / MEDICO-TECHNIQUE	3 703 340,58 €
MHES / MED-HAD-EMASP-SRR	833 584,64 €
NEOPED / NEONATOLOGIE-PEDIATR	1 980 178,72 €
SAME / SANTE MENTALE	10 875,33 €
URSEM / URGENCES-SMUR-EVACUA	2 488 359,80 €
Total général	14 114 415,42 €

10. Les accouchements se font gratuitement à Mayotte : pouvez-vous nous préciser pour quelles raisons ? Quel bilan faites-vous de cette gratuité ?

En effet, les accouchements sont gratuits. Cette mesure a été décidée à la demande de Mme Dominique Voynet, alors Directrice Générale de l'ARS. Elle partait du principe que l'accouchement constitue une urgence médicale, notamment en raison des risques élevés de mortalité maternelle et infantile, mais aussi de la fréquence des grossesses non suivies sur le territoire. L'objectif était de garantir un accès aux soins à un moment critique, afin de limiter les complications graves, tant pour les mères que pour les nouveau-nés.

11. Y-a-t-il eu une étude d'impact des coûts – budgétaires, sanitaires – liés à l'absence d'aide médicale d'Etat à Mayotte ? A l'inverse, disposez-vous de données sur les coûts qu'impliquerait la mise en place de l'AME à Mayotte ?

Données chiffrées non disponibles

12. Pouvez-vous nous expliquer en quoi l'absence de tarification à l'activité serait un obstacle à la mise en place de l'AME à Mayotte ?

Si l'AME se met en place, le CHM devra tarifier ses actes. L'AM distinguera alors les actes remboursés par le/les régimes d'AM et ceux relevant de l'Etat. Ainsi, l'évolution vers une T2A au CHM est une obligation qui doit suivre la mise en place de l'AME.

le déploiement de l'AME risque d'entraîner un impact économique non mesuré du fait du changement de mode de financement. Cette évolution, doit être préparée, anticipée, expliquée, mise en œuvre de façon progressive pour que le CHM ne soit pas mis en difficulté de recouvrement de frais qui ne pourraient être facturés (alourdirait sa situation comptable).

Le cas échéant, quels moyens aurions-nous de surmonter cet obstacle ?

Le projet de déploiement de la Protection Maladie Universelle Maladie (PUMa) peut permettre d'améliorer le système actuel pour toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière d'obtenir le droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de sa vie (perspective de déploiement au cours de l'exercice 2026).

(La PUMa permet à l'assuré de rester affilié au régime d'assurance maladie, quelle que soit l'évolution de sa situation personnelle ou professionnelle. Les éventuelles périodes de rupture de droits sont ainsi évitées. Ce dispositif réglementaire a vocation à étendre l'accès aux droits et potentiellement aux soins. Toute personne perdant son statut de résidence régulière sur le territoire conservera toutefois ses droits pendant une période de 6 mois à compter de la date de son changement de situation, permettant ainsi la régularisation de sa situation.)

ANNEXE N° 4 : CONTRIBUTION COMPLÉMENTAIRE DU CHM ET DE L'ARS MAYOTTE

1. Pouvez-vous nous communiquer la décomposition précise de l'estimation de 123 millions d'euros dévolus aux soins aux étrangers en situation irrégulière à Mayotte que vous avez transmise au ministère ?

L'estimation de 123 millions d'euros consacrés aux soins des Non assurés sociaux en 2023, repose sur le RTC (Retraitement Comptable), qui correspond à la comptabilité analytique obligatoire dans l'ensemble des établissements de santé. Cette méthode permet notamment de calculer le coût moyen d'une journée d'hospitalisation dans un service donné, à condition que l'affectation des dépenses soit correctement réalisée en amont.

Au CHM, cette comptabilité est encore récente, sa mise en place ne datant que de 2022. Néanmoins, elle constitue à ce jour le seul outil permettant d'accéder à des données détaillées sur les coûts liés à l'activité hospitalière.

Libellé ^α	Nature de l'unité ^α	Total ^α
Chirurgies autres ^α	Journée d'hospitalisation ^α	7-140-165,88-€-R
Gynéco-Obstétrique ^α	Journée d'hospitalisation ^α	26-798-468,50-€-R
Médecine pédiatrique ^α	Journée d'hospitalisation ^α	5-279-497,36-€-R
Médecines autres ^α	Journée d'hospitalisation ^α	9-397-981,67-€-R
Réanimation adulte ^α	Journée d'hospitalisation ^α	4-317-982,73-€-R
Réanimation néonatale/pédiatrique ^α	Journée d'hospitalisation ^α	4-620-709,04-€-R
Soins intensifs en néonatalogie ^α	Journée d'hospitalisation ^α	1-540-884,37-€-R
Soins surveillance continue adulte ^α	Journée d'hospitalisation ^α	2-057-331,36-€-R
Soins surveillance continue en néonatalogie ^α	Journée d'hospitalisation ^α	3-572-949,98-€-R
Soins surveillance continue pédiatrique ^α	Journée d'hospitalisation ^α	621-157,16-€-R
UHCD-Adulte ^α	Journée d'hospitalisation ^α	2-364-276,54-€-R
CONSULTATION_MCO ^α	Consultation ^α	27-645-408,60-€-R
Accueil et Traitement des Urgences - Structure des Urgences Décret 2006-577 ^α	Passage ^α	8-208-299,24-€-R

Total par champ : MCO ^α	% ^α	103-565-112,43-€ ^α
Hospitalisation à temps plein (hors UMD, UHSA) adultes ^α	Journée d'hospitalisation ^α	1-422-387,10-€ ^α
Centre médico-psychologique (CMP) ^α	Journée d'hospitalisation ^α	3-076-152,55-€ ^α
Total par champ : PSY ^α	% ^α	4-498-539,65-€ ^α
Soins de suite et de réadaptation indifférenciés ou polyvalents: Adulte, âge supérieur ou égal à 18 ans ^α	Journée d'hospitalisation ^α	4-441-039,06-€ ^α
Ateliers d'appareillage et de confection ^α	Nb actes ^α	244-127,60-€ ^α
Total par champ : SSR ^α	% ^α	4-685-166,66-€ ^α
HAD ^α	Journée d'hospitalisation ^α	1-112-274,98-€ ^α
Total par champ : HAD ^α	% ^α	1-112-274,98-€ ^α
SMUR terrestre et aérien ^α	nb sorties ^α	8-625-258,80-€ ^α
Dialyse ^α	% ^α	1-104-836,85-€ ^α
Total autres ^α	% ^α	9-730-095,65-€ ^α
Total Général ^α	% ^α	123-591-189,36-€ ^α

2. Pouvez-vous revenir plus précisément sur le taux de 40% évoqué pour le poids de la prise en charge des personnes non affiliées au sein du CHM : s'agit-il de 40% des coûts pour l'hôpital, de 40% des patients qui s'y présentent ? Sur quelle base cette estimation est-elle établie ?

Il s'agit d'environ 40 % de la patientèle du CHM. Toutefois, il reste très difficile d'établir ce taux avec une certitude absolue. Pourquoi ?

D'une part, lorsqu'un patient se présente au CHM, qu'il soit assuré social ou non, il ne dispose le plus souvent pas des justificatifs nécessaires pour compléter son dossier administratif. Par la suite, deux situations peuvent se produire : soit une régularisation intervient a posteriori, soit le patient ne fournit jamais les documents requis, et le CHM n'a alors aucun moyen de vérifier sa situation.

D'autre part, ce chiffre de 40 % correspond à une moyenne mouvante, qui évolue constamment.

Cela étant, une société mandatée par le CHM, en lien avec l'ARS dans le cadre du Ségur numérique, travaille actuellement sur la question de l'identitovigilance — c'est-à-dire l'ensemble des mesures visant à fiabiliser l'identification des usagers afin de sécuriser leurs données de santé tout au long de leur prise en charge. L'exploitation des données issues des dossiers patients, selon la présence ou l'absence d'un numéro de sécurité sociale, permet aujourd'hui d'établir cette estimation.

Pouvez-vous nous donner des indications sur la proportion de ressortissants étrangers parmi les personnes soignées sur les différents sites ainsi que sur le nombre de naissances issues de mères étrangères ?

Les chiffres que nous communiquons concernant les consultations sur les différents sites, sont issus de l'exercice 2024, en cours de finalisation. Ils demeurent donc provisoires et susceptibles d'évoluer. Nous ne manquerons pas de vous transmettre les données consolidées dès qu'elles seront disponibles.

ANNEXE N° 5 : CONTRIBUTION DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS (DGOS) ET DE LA DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (DSS)

- 1. En préambule, pouvez-vous nous dire quel regard vos administrations centrales portent sur cette proposition de loi, en lien avec la problématique des nécessaires soins à apporter à une population sans papier toujours plus nombreuse à Mayotte ?**

Si l'introduction de l'AME à Mayotte constitue une perspective dans le cadre global de la convergence sociale, elle ne peut pas, à elle seule, résoudre les problématiques de santé et d'accès aux soins auxquelles est confronté le territoire :

- d'une part, il convient de rappeler que le système de santé est aujourd'hui très hospitalo-centré (le CHM assure plus de 70% de l'offre de soins aujourd'hui sur le territoire), avec une offre de ville qui demeure embryonnaire et saturée. De fait, si l'AME avait pour objectif de permettre les prises en charge des personnes sans affiliation sociale en ville, il est peu probable que ceci se traduise réellement dans l'immédiat. Il convient dans cette optique d'abord de poursuivre les efforts engagés ces dernières années pour développer l'offre de ville, à travers notamment des dispositions du projet de loi Mayotte, et en particulier l'extension de la zone franche urbaine nouvelle génération au secteur de la santé ;
- d'autre part, la consolidation des ressources humaines du CHM, dans un contexte d'attractivité très dégradée, demeure un objectif prioritaire à court terme compte tenu de la fragilité constatée dans l'organisation d'un certain nombre de filières de prise en charge, indépendamment du nécessaire rééquilibrage du système de santé par le développement de l'offre de soins de ville. C'est l'objet du plan d'attractivité validé par le cabinet du Premier ministre comprenant des mesures indemnitaires, le développement des capacités locales de



Paris, le 17 avril 2025

formation des professionnels de santé et le renforcement des coopérations inter-hospitalières. Ce plan doit être déployé à partir de l'été 2025 ;

- enfin, il convient de constater que l'introduction de l'AME nécessiterait une opérationnalité pleine et entière des différents acteurs qui seraient concernés par ce sujet (CHM, CSSM). Il apparaît très ambitieux aujourd'hui de fixer un tel objectif à court terme, dans la mesure par exemple où le CHM peine encore à coter l'ensemble de ses actes.

2. Pouvez-vous nous fournir des données actualisées sur la situation sanitaire à Mayotte ? En particulier, quel est à ce jour le bilan sanitaire de Chido ?

Avant le passage du cyclone CHIDO, la population de Mayotte se caractérisait déjà par une situation d'importante précarité, qui se traduit par un état de santé très dégradé, auquel le système de soins existant peine à répondre, et par une espérance de vie réduite d'une dizaine d'années.

Les indicateurs en santé observés à Mayotte apparaissent dégradés par rapport aux moyennes observées au niveau national, que ce soit en termes de prévalence de maladies chroniques¹, de couverture vaccinale², de santé périnatale (environ 3 consultations prénatales par parturiente) ou d'espérance de vie (inférieure de 7 à 11 ans aux moyennes nationales).

Les conditions de vie précaires de nombreux foyers viennent aggraver cet état de santé : à Mayotte, 70% de la population vit dans un habitat insalubre, 25% n'a pas de raccordement entre le réseau d'eau potable et son domicile.

De plus, par son positionnement géographique et son climat tropical, ce territoire est soumis à la fois des risques et aléas climatiques, comme la crise de l'eau en 2023, ou à des risques sanitaires spécifiques comme d'autres départements d'outre-mer, tels que le paludisme, la dengue ou encore la leptospirose. Des risques émergent, comme l'épidémie de choléra qui a touché l'île cette année et qui circule encore aux Comores.

Le passage du cyclone CHIDO à Mayotte a fortement fragilisé le système de santé mahorais, qui s'est progressivement rétabli dans les semaines suivantes

Le passage du cyclone CHIDO a fortement endommagé les structures de soins du territoire, à commencer par le Centre hospitalier de Mayotte, qui a connu d'importants dégâts sur certains de ses bâtiments (bloc opératoire, psychiatrie,...). La désorganisation liée à la crise a également mis en grande tension les 4 centres médicaux de référence de l'île, qui se sont retrouvés en partie isolés dans la

¹ 13% de la population déclare un diabète connu, 38% une hypertension artérielle, ce qui est très supérieur aux moyennes nationales. En 2019, et à structure de population équivalente, les pathologies les plus déclarées à Mayotte par les 15 ans ou plus et vis-à-vis de l'Hexagone sont : l'HTA (24 % contre 17 %), le diabète (13 % contre 7 %), les maladies coronariennes (10 % contre 2 %), les BPCO/emphysèmes (11 % contre 5 % dans l'Hexagone).

² avant la campagne 2023, la moitié des enfants de 7 ans n'était pas à jour de ses rappels DTP



Paris, le 17 avril 2025

période où les communications et déplacements étaient fortement perturbés. Enfin, les structures et cabinets de ville ont également été fortement endommagés, avec des dégradations matérielles importantes et la mise hors service de certains équipements.

La mobilisation du Ministère de la Santé et de l'ARS Mayotte ont permis de restaurer progressivement l'offre de soins sur le territoire. Un shelter a été déployé pour pallier la mise hors service de certaines salles de consultation ; les dispensaires ont été progressivement réouverts ; une aide financière de 5 000€ a été proposée à l'ensemble des professionnels libéraux pour amorcer la remise en service rapide de leurs cabinets. A titre d'illustration, toutes les pharmacies d'officine avaient repris leur activité à la mi-janvier.

Si la continuité des soins et des prises en charges a pu être assurée, certains travaux importants devront néanmoins être engagés, notamment au niveau du Centre hospitalier de Mayotte, dans les semaines et mois à venir. L'enjeu est aujourd'hui de pouvoir déterminer un nouveau phasage des travaux prévus dans le cadre de l'opération de modernisation de l'hôpital, afin d'intégrer les réparations prioritaires à effectuer.

Il est probable que le passage du cyclone CHIDO ait eu des conséquences sur l'état de santé de la population de Mayotte, au regard notamment de la fermeture temporaire de certains sites qui aura pu retarder les prises en charge des patients. Le déploiement de l'ESCRIM (hôpital civilo-militaire de campagne) à Cavani de la fin du mois de décembre au début du mois de février a sans doute permis de limiter ces effets de non-recours. Par ailleurs, il est vraisemblable également que le passage du cyclone CHIDO ait engendré certains traumatismes psychiques, qu'il est encore difficile d'évaluer à cette heure ; la projection rapide des équipes de la cellule d'urgence médico-psychologique à Mayotte auprès des professionnels de santé et des personnels de l'éducation nationale a permis d'apporter une première réponse à cette problématique.

3. Pouvez-vous nous donner des indications actualisées concernant l'offre de soins à Mayotte (nombre de médecins généralistes et de spécialistes, offre de soins au sein des différentes structures publiques et privées, évolution tendancielle...) ?

Le centre hospitalier de Mayotte (CHM – 400 lits / 143 places autorisés ; 40 000 séjours / an) concentre une part importante de l'offre de soins sur le territoire. Le CHM est composé :

- D'un site central, à Mamoudzou, intégrant les activités MCO, le siège du Samu-Centre 15, le laboratoire d'analyses médicales.
- De 4 centres médicaux de référence, à Pamandzi, Dzoumogné, Mramadoudou, Kahani, qui assurent une permanence des soins. Les CMR de Pamandzi et Kahani assurent également une activité d'obstétrique, (sites dédiés aux accouchements physiologiques, dont le fonctionnement ne repose que sur des sage-femmes / puéricultrices / infirmiers / aides-soignants) ; s'agissant des deux autres, les maternités ont été fermées du fait de l'insuffisance des ressources humaines disponibles.
- De 10 dispensaires qui assurent les soins de premier recours au plus près de la population



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Paris, le 17 avril 2025

Le CHM est engagé dans un projet de modernisation complète de son site de Mamoudzou. Ces travaux, qui devaient notamment permettre d'augmenter les capacités d'hospitalisation, de redimensionner le service d'accueil des urgences ou encore de créer un bâtiment dédié aux consultations, devront faire l'objet de nouveaux phasages, considérant notamment les dégâts liés au passage du cyclone CHIDO.

Autres structures de soins à Mayotte :

- Clinifutur (groupe réunionnais), qui assure des activités d'hémodialyse, de dialyse médicalisée et d'autodialyse. Clinifutur dispose également d'une autorisation pour la construction d'une clinique qui comprendra des activités de médecine et de chirurgie.
- Les Flamboyants : ouverture d'une clinique avec activité de soins médicaux et de réadaptation en novembre dernier.
- 4 maisons de santé pluri-professionnelles et 3 centres de santé.

Evolution du nombre de pharmacies d'officine entre 2013 et 2023 (n=26 en janvier 2025)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nb de PO	17	17	18	nd	nd	20	20	24	24	25	nd

Les dispositions de l'article 17 du P.J.L Mayotte permettront, sans attendre le prochain recensement, d'augmenter le nombre de pharmacies d'officine à Mayotte (de l'ordre d'une petite dizaine d'officines).

Evolution du nombre de médecins à Mayotte entre 2013 et 2023* (sources : Panorama sanitaire ARS Mayotte ; STATISS ARS Mayotte)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nb de médecins généralistes	103	87	123	132	128	141	146	119	134	141	146
Dont MG libéraux	21	22	19	nd	nd	21	25	31	30	30	30
Nb de médecins spécialistes	67	65	85	86	94	117	98	103	105	104	111
Dont MS libéraux	8	10	10	nd	nd	6	8	8	6	9	10

* nombre estimé au 1^{er} janvier de l'année – hors médecins remplaçants

4. Pouvez-vous nous fournir des données actualisées sur l'emploi de médecins Padhue à Mayotte, avec l'entrée en vigueur du régime spécifique Padhue-Outre-mer en 2024 ?

Une disposition qui étend à Mayotte un dispositif déjà en place dans les autres territoires d'Outre-mer
Mayotte n'avait pas la possibilité de mettre en œuvre les modalités de dérogation pour le recrutement des PADHUE permises à l'article L.4131-5 du code de la santé publique et qui sont applicables en Guyane, Martinique, Guadeloupe et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Sur ces territoires, les directeurs généraux d'ARS pouvaient autoriser, jusqu'au 31/12/2025, un médecin, un chirurgien-dentiste, une sage-femme, ressortissant d'un pays hors de l'Union européenne et de l'Espace économique européen, à exercer dans une structure de santé située dans leurs ressorts territoriaux respectifs.

La loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels a intégré Mayotte dans ce dispositif et l'a étendu à 2030 afin d'autoriser le plein exercice à ces médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens PADHUE sur les postes vacants de l'établissement de santé public.

Afin de favoriser l'intégration de ces professionnels, le directeur général de l'ARS a décidé de mettre en place une évaluation des PADHUE à 3 mois par le chef de service et d'instaurer une limitation du nombre maximum de PADHUE par service (de l'ordre de 35 % des effectifs).

Une intégration récente de Mayotte dans le dispositif qui ne permet pas encore d'en évaluer précisément l'impact

Le nombre de postes ouverts à recrutement est défini annuellement avec une répartition par territoires, établissements, professions et spécialités. Les volumes de postes figurant dans les arrêtés pris dans le cadre du dispositif « PADHUE outre-mer » sont définis en fonction des retours des différentes ARS dans le cadre d'un recensement. Le tableau ci-dessous recense le nombre de postes ouverts à recrutement, car la DGOS ne détient pas l'information du nombre de praticiens effectivement recrutés à la suite de l'ouverture du poste. Mayotte n'a intégré le dispositif qu'en 2024.

	2021	2022	2023	2024	2025
Guadeloupe	8	97	56	100	40
Guyane	106	56	214	282	161
Martinique	87	59	110	97	4
Mayotte		0	0	46	50



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Paris, le 17 avril 2025

SPM	0	18	0	6	0
TOTAL	201	230	380	531	255

5. **Pouvez-vous nous donner des informations actualisées sur les conséquences des problématiques migratoires sur le fonctionnement du système de santé à Mayotte, et en particulier du centre hospitalier ?**

Des flux de migration qui nécessitent un haut niveau de vigilance épidémiologique

Les flux de migration qui parviennent à Mayotte obligent les autorités sanitaires à maintenir un haut niveau de vigilance quant à la circulation d'éventuelles épidémies dans la zone, et leur risque d'introduction sur le territoire de Mayotte. Si le risque épidémique est renforcé dès lors que des flux de population existent (cf. actuellement la circulation du chikungunya à La Réunion et la confirmation les semaines passées de premiers cas importés à Mayotte), il est à noter que les flux de migrations, *a fortiori* en provenance de pays sujets à circulations épidémiques, renforcent ces risques d'introduction. On peut noter à ce titre le cas de l'épidémie de choléra au printemps 2024, suite notamment à l'importation de la bactérie depuis les Comores.

Le Centre hospitalier de Mayotte n'a pas été configuré initialement pour assurer la prise en charge d'une population aujourd'hui estimée à 320 000 habitants, incluant une part significative de personnes en situation irrégulière

Les étrangers en situation irrégulière qui doivent être pris en charge médicalement peuvent se tourner vers le Centre hospitalier de Mayotte, qui demeure aujourd'hui le principal offreur de soins du territoire. La configuration initiale de l'hôpital n'était pas basée sur un dimensionnement de population prenant en compte la part importante d'étrangers en situation irrégulière aujourd'hui estimée à Mayotte. De fait, ces prises en charge contribuent à augmenter significativement l'activité de l'hôpital et participent à sa surcharge, ceci pouvant avoir un impact négatif sur la disponibilité des soins et la qualité des prises en charge.

6. **Disposez-vous d'indications actualisées sur le coût des soins dispensés aux personnes non affiliées à la sécurité sociale à Mayotte ? Avez-vous également des indications sur la nationalité de ces personnes ?**

Nous ne disposons pas d'informations sur le coût des soins dispensés aux personnes non affiliées à la sécurité sociale à Mayotte.

Selon une note de l'ARS Mayotte transmise au ministère de la santé en avril 2023, ces frais de santé avoisineraient 90 M€ par an.



Paris, le 17 avril 2025

Nous n'avons pas de données sur la nationalité de ces personnes. A titre indicatif, d'après les derniers chiffres recensés par l'INSEE (2017) 95% des étrangers sont d'origine comorienne.

7. **Pouvez-vous nous fournir des données actualisées sur le coût, le nombre et les difficultés suscitées par les évacuations sanitaires en provenance de Mayotte vers la Réunion ou l'Hexagone ? Sur l'ensemble des patients bénéficiant de ces EVASAN, pouvez-vous nous indiquer combien sont pris en charge en AME à leur arrivée ?**

Un dispositif qui vient pallier l'absence de certaines filières de soins à Mayotte

A Mayotte, certaines spécialités n'existent pas sur le territoire. Le dispositif d'évacuations sanitaires prévu pour pallier ce manque ne permet pas, à ce jour, d'assurer un accès effectif aux soins par l'ensemble de la population. Mayotte comptabilise 1 591 évacuations réalisées en 2022, soit une augmentation de 26% par rapport à 2019. Les principaux besoins en EVASAN concernent la cancérologie, la pédiatrie, la cardiologie, la neurologie et la néphrologie.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nb d'EVASAN	554	624	934	970	991	1006	1260	1141	1463	1591	nd

La principale destination des EVASAN est La Réunion (93,5%) puis l'Hexagone (6%). A La Réunion, les principaux établissements receveurs sont le CHU (73%) et la Clinique Sainte-Clothilde (22%). En 2022, 63% des patients ayant bénéficié d'une EVASAN étaient affiliés à un organisme de sécurité sociale. Les patients sans affiliation sociale qui bénéficient d'une EVASAN à La Réunion ou en Hexagone bénéficient d'une ouverture de droits à l'AME sur place, le temps de leur hospitalisation.

Dès qu'un transfert est programmé de Mayotte pour un patient sans affiliation sociale, une demande d'aide médicale d'État (AME) part vers la caisse de sécurité sociale du département concerné. L'instruction des droits peut alors commencer. Certains malades ne restent pas assez longtemps au CHU pour les obtenir mais leur séjour s'inscrit alors dans la catégorie des soins urgents et vitaux.

Un dispositif non équilibré financièrement

Le financement du dispositif, déficitaire, repose sur les finances du CHM, à hauteur d'environ 6M€. Le coût total du dispositif (hors hébergement et alimentation des patients) est de 13,4M€ avec un financement DAF à hauteur de 6,5M€ et un financement de la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) évalué à 800k€.

La prise en charge des patients évasanés induit également un surcoût pour les établissements assurant les prises en charge de ces derniers, considérant notamment les durées moyennes de séjour souvent plus longue des patients en provenance de Mayotte, ainsi que les délais d'accueil et de retour. A cet égard, des discussions sont en cours notamment avec le Centre hospitalier universitaire de la Réunion pour déterminer ces surcoûts et définir leurs modalités de compensation.



Paris, le 17 avril 2025

L'ARS de Mayotte a lancé en 2023 une mission portant sur l'organisation et l'amélioration du dispositif.

Celle-ci a conduit à un état des lieux du dispositif et à la formulation d'un plan d'action à déployer en lien avec les parties prenantes.

De cette mission il ressort que le dispositif d'EVASAN est fonctionnel, comme en témoigne le nombre de patients transportés chaque année.

Parmi les actions prioritaires d'ici 2028, figurent le renforcement et la sécurisation des processus liés aux EVASAN :

- Simplifier et fluidifier les parcours depuis Mayotte jusqu'à la prise en charge par l'établissement d'accueil ;
- Renforcer l'accompagnement au cours du séjour (assistance sociale, appui à la vie quotidienne, maintien du lien social et familial) ;
- Organiser les retours des EVASAN à Mayotte et notamment les rendez-vous de reprises à Mayotte, les modalités de prises en charge et les délivrances de médicaments.

L'enjeu pour l'ARS est de bien différencier deux dispositifs :

- Les EVASAN (urgences) qui ont vocation à continuer à être portées par le CHM, via un vecteur aérien dédié.
- Les rapatriements sanitaires (pour des soins programmés) qui ont vocation à être portés par un guichet unique de la CSSM, et via les vols commerciaux (comme cela se pratique dans d'autres territoires – par exemple en Corse).

8. Les accouchements se font gratuitement à Mayotte : pouvez-vous nous préciser pour quelles raisons ? Quel bilan faites-vous de cette gratuité ?

Les modalités d'accès aux soins des personnes en situation irrégulière sur le territoire mahorais sont prévues à l'article L. 6416-5 du code de la santé publique. Les personnes non affiliées au régime de Mayotte peuvent accéder aux soins à l'hôpital, en contrepartie d'une « provision financière ». Pour les personnes disposant de faibles ressources, les soins peuvent totalement être pris en charge :

- Lorsqu'il s'agit de mineurs, de femmes enceintes pour préserver la santé de l'enfant à naître.
- Lorsque le défaut de soins risque d'entraîner une altération grave et durable de l'état de santé.
- Dans le cadre de la lutte contre les maladies transmissibles graves.

Le CHM prend ainsi en charge, via sa dotation annuelle de fonctionnement, les frais relatifs aux hospitalisations complètes ou à domicile des personnes répondant à ces critères. Au-delà de la seule question des accouchements, la prise en charge financière par le CHM de ces soins engendre de moindres recettes pour l'établissements, et contribue à la tension financière de l'établissement.



Paris, le 17 avril 2025

9. **Y-a-t-il eu une étude d'impact des coûts – budgétaires, sanitaires – liés à l'absence d'aide médicale d'Etat à Mayotte ? A l'inverse, disposez-vous de données sur les coûts qu'impliquerait la mise en place de l'AME à Mayotte ?**

Il n'y a pas d'étude d'impact des coûts liés à l'absence d'AME ou à son instauration potentielle à Mayotte. Toutefois, avec une offre de soins en ville étoffée, l'introduction de l'AME à Mayotte permettrait un étalement des prises en charge sur le territoire mahorais, en ce que la carte AME permet d'accéder aux professionnels de santé libéraux (médecins, infirmiers, pharmaciens, dentistes...).

L'évolution de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) du CHM est la suivante :

Année	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Montant DAF (en M€)	184	201	221	213	259	253	277	298	322

10. **Pouvez-vous nous expliquer en quoi l'absence de tarification à l'activité serait un obstacle à la mise en place de l'AME à Mayotte ? Le cas échéant, quels moyens aurions-nous de surmonter cet obstacle ?**

En métropole, la tarification à l'activité permet de connaître la dépense des soins pour un patient donné. Il est donc possible de déduire le montant des dépenses pour les bénéficiaires de l'AME et donc les sommes qui relèvent de l'Etat.

Au niveau du centre hospitalier de Mayotte, l'absence de tarification à l'activité ne permet pas d'établir directement les dépenses exactes associées aux patients en situation irrégulière. Si l'AME et les soins urgents étaient mis en place à Mayotte, il serait nécessaire de définir des règles pour flécher les dépenses relevant de ces dispositifs et ainsi, évaluer les coûts qui seraient in fine financés par l'Etat.

11. **Avez-vous des améliorations/propositions à nous suggérer, dans le cadre de l'examen de cette PPL ?**

ANNEXE N° 6 : CONTRIBUTION DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DES OUTRE-MER (DGOM)

1. En préambule, pouvez-vous nous dire quel regard vos administrations centrales portent sur cette proposition de loi, en lien avec la problématique des nécessaires soins à apporter à une population sans papier toujours plus nombreuse à Mayotte ?

Le sujet structurant est l'offre de soins à Mayotte. Il ressort que la proposition de loi a pour objectif de permettre la prise en charge d'étrangers en situation irrégulière par la médecine de ville.

Or, à ce stade, la médecine de ville est très peu développée à Mayotte et n'est ainsi pas en mesure de répondre à la demande complémentaire éventuelle. En tout état de cause, il y a fort à parier que le réflexe des personnes sans affiliation consistera encore, et pour une durée significative, à se rendre au centre hospitalier de Mayotte.

Ainsi, il paraît peu probable que la proposition de loi puisse atteindre son double objectif symétrique : permettre la prise en charge des étrangers en situation irrégulière et désengorger le centre hospitalier de Mayotte.

2. Pouvez-vous nous fournir des données actualisées sur la situation sanitaire à Mayotte ? En particulier, quel est à ce jour le bilan sanitaire de Chido ?

Le cyclone tropical intense Chido a touché Mayotte le 14 décembre 2024 en causant de très lourds dégâts, d'abord humains avec, 40 décès, 41 disparus et plusieurs milliers de blessés puis matériels, avec, sur le volet sanitaire, des dégâts majeurs sur les structures de soins et médicosociales. En plus de l'acheminement des renforts humains et matériels pour appuyer le système de santé (plus de 1 000 professionnels de santé envoyés en renfort dans les trois mois qui ont suivi le cyclone et 152 tonnes de fret sanitaire), près de 40 000 personnes ont été vues lors d'actions d'aller-vers les populations.

Au regard des conséquences du cyclone, des analyses de risques sanitaires ont été réalisées par Santé publique France sur la base des remontées des dispositifs de surveillance, mais également de l'expérience tirée d'autres catastrophes naturelles ; plusieurs risques sanitaires ont été identifiés, au premier rang desquels les traumatismes et les troubles psychologiques, les risques infectieux (notamment les maladies hydriques liées à la dégradation du réseau d'eau, les maladies vectorielles favorisées par la saison des pluies et la prolifération de gîtes larvaires...), mais également en lien avec les difficultés d'accès aux soins (plaies infectées, décompensation de maladies chroniques par exemple).. La fièvre typhoïde a fait l'objet d'une circulation active après

le passage du cyclone, avec une incidence élevée rapportée, bien que la maladie soit endémique à Mayotte. Du 1er janvier au 14 avril 2025, 72 cas de fièvre typhoïde ont ainsi été confirmés par le centre hospitalier de Mayotte (CHM). Parmi ces cas, 2 ont été hospitalisés en réanimation. Aucun décès n'a été rapporté. Près de 3 000 personnes ont été vaccinées contre la fièvre typhoïde depuis le début de l'année 2025 dans le cadre d'une campagne de vaccination organisée par l'ARS de Mayotte autour des cas et foyers actifs détectés. Concernant le choléra, 1 seul cas – importé – a été détecté depuis le cyclone. Pour faire face à l'ensemble de ces risques sanitaires, les autorités sanitaires locales et nationales se sont attachées à mettre en œuvre dans les meilleurs délais les moyens et mesures permettant d'appuyer la reconstruction du système de santé et la continuité de l'offre de soins (source : Direction générale de la santé).

Les enjeux de santé mentale, dans les suites du cyclone, sont également importants et la consolidation de l'offre de soins médico-psychologique est en cours.

3. Pouvez-vous nous fournir des données actualisées sur l'emploi de médecins Padhue à Mayotte, avec l'entrée en vigueur du régime spécifique Padhue-Outre-mer en 2024 ?

La DGOM peut indiquer, à titre d'information complémentaire aux ministères sociaux, que le dispositif spécifique concernant les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) s'est avéré pertinent et a fait ses preuves dans les territoires d'outre-mer où il a été instauré. Créé par la loi dite « OTSS » du 24 juillet 2019 pour répondre aux enjeux majeurs d'attractivité pour les professions médicales des territoires de Guyane, Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Martinique et Saint-Pierre et Miquelon, ce dispositif expérimental a permis le recrutement de 1 320 praticiens dans des structures de santé et de pourvoir la grande majorité des postes publiés dans les spécialités en tension (médecine d'urgence, psychiatrie, pédiatrie, gynécologie-obstétrique, médecine générale et anesthésie-réanimation). Le premier bilan réalisé avec les agences régionales de santé (ARS) des Antilles et de Guyane montre un très net renforcement des effectifs médicaux des établissements de santé de ces territoires. Ce dispositif a été étendu à Mayotte et prolongé jusqu'en 2030 par la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels dite « Valletoux » de décembre 2023 (cf. décret du 3 juillet 2024).

4. Pouvez-vous nous donner des informations actualisées sur les conséquences des problématiques migratoires sur le fonctionnement du système de santé à Mayotte, et en particulier du centre hospitalier ?

La proximité géographique de Mayotte avec des territoires en crise (guerre, crise économique, sanitaire, etc.) et/ou dont le PIB est inférieur au sien engendre d'importants flux migratoires, avec des conséquences en matière démographique, de pauvreté, sécuritaire et sanitaire. En matière sanitaire, ces territoires, notamment d'Afrique de l'Est, connaissent une recrudescence d'épidémies, dont des maladies évitables par la vaccination. Le paludisme continue de faire des ravages sur la quasi-

totalité du continent africain. La tuberculose et le VIH sont particulièrement prévalents en Afrique australe, la typhoïde, la rougeole ou le choléra sont endémiques dans de nombreuses régions. Concernant le choléra, le nombre de cas est en forte hausse au niveau mondial avec un fort impact sur le continent africain. Il convient par ailleurs de noter que la plupart de ces régions ont du mal à faire face à la situation en raison de la fragilité de leur système de santé.

C'est pourquoi, à Mayotte, il est mis en place un haut niveau de vigilance épidémiologique.

5. Pouvez-vous nous fournir des données actualisées sur le coût, le nombre et les difficultés suscitées par les évacuations sanitaires en provenance de Mayotte vers la Réunion ou l'Hexagone ? Sur l'ensemble des patients bénéficiant de ces EVASAN, pouvez-vous nous indiquer combien sont pris en charge en AME à leur arrivée ?

La DGOM peut indiquer, à titre d'information complémentaire, que les EVASAN sont à l'origine de grandes difficultés et de coûts indirects pour les familles. En effet, en plus des conséquences de la maladie, l'éloignement crée des difficultés matérielles, administratives, financières ainsi que psychologiques pour le patient et son entourage.

6. Avez-vous des améliorations/propositions à nous suggérer, dans le cadre de l'examen de cette PPL ?

L'extension de l'AME à Mayotte représente un moyen en vue d'une prise en charge des patients concernés par la médecine de ville. Le texte gagnerait à envisager globalement le développement de la médecine de ville à Mayotte. Sinon, il risque de ne pas atteindre son objectif.

ANNEXE N° 7 : CONTRIBUTION N° 1 DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

1. Pouvez-vous nous fournir des données actualisées sur la situation sanitaire à Mayotte ? En particulier, quel est à ce jour le bilan sanitaire de Chido ?

Maladies chroniques

Mayotte, 101^e département français, est confronté à d'importants défis sanitaires aggravés par une situation socioéconomique précaire : 77 % de la population vit sous le seuil de pauvreté et Le système de santé est sous tension, dans un contexte de croissance démographique rapide et de forte immigration, notamment en provenance des Comores.

L'enquête Unono Wa Maore (2019), menée par Santé publique France, fournit un état des lieux alarmant de la santé publique sur le territoire. Elle révèle une prévalence élevée des maladies chroniques, en particulier le diabète et l'hypertension artérielle. Le diabète touche 12,1 % des adultes (18-69 ans), dont près de 40 % ne connaissent pas leur maladie. Les femmes, les personnes obèses ou en situation sociale défavorisée sont les plus touchées. Une majorité des personnes identifiées avec un diabète connu ou non connu est d'origine étrangère majoritairement comorienne.

L'hypertension artérielle, quant à elle, atteint 38,5 % de la population, avec une méconnaissance du diagnostic chez plus de la moitié des personnes concernées. Le contrôle de la maladie est très insuffisant : parmi les personnes traitées, seul un hypertendu sur 5 a une tension artérielle maîtrisée. Le manque de suivi médical, les obstacles financiers, et la faible littératie en santé sont des freins majeurs à la prévention et à la prise en charge.

Le territoire est aussi confronté à une situation nutritionnelle préoccupante. L'obésité touche près d'un adulte sur deux, avec des habitudes alimentaires déséquilibrées et une sédentarité croissante. Un déficit en thiamine (vitamine B1) persiste, témoignant d'une insécurité alimentaire structurelle.

Maladies infectieuses

Outre une forte prévalence de maladies chroniques, Mayotte est exposée à plusieurs risques infectieux majeurs. Cette vulnérabilité s'explique par sa situation en zone tropicale, des conditions sanitaires souvent précaires, un accès limité aux soins, ainsi que sa proximité avec les Comores, Madagascar et l'Afrique de l'Est, où le risque infectieux reste mal maîtrisé et d'où proviennent d'importants flux migratoires vers l'île.

Les principales pathologies infectieuses identifiées sont les maladies hydriques telles que la fièvre typhoïde et l'hépatite A, mais également la

leptospirose, diphtérie, la tuberculose, ainsi que les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH. Concernant le paludisme, le dernier cas autochtone a été signalé en juillet 2020, tandis que le nombre de cas importés est en augmentation (voir PPT audition).

Focus sur le choléra

Après l'importation du premier cas de choléra en provenance des Comores, le 18 mars 2024, une transmission communautaire s'est installée dans un quartier précaire de la commune de Koungou, à la suite de l'identification d'un premier cas autochtone le 23 avril 2024. Ce quartier précaire confronté à de fortes difficultés d'accès à l'eau potable et à un assainissement défaillant, ce qui augmentait considérablement le risque de propagation de la maladie. Une partie de la population y utilisait d'ailleurs de l'eau de rivière pour les besoins quotidiens.

Cette situation se retrouvait également dans plusieurs autres quartiers informels de certaines communes de Mayotte, où l'on observait l'absence de raccordement des foyers à l'eau potable, le défaut d'évacuation des eaux usées et l'usage collectif de latrines.

Au total, 221 cas de choléra ont été signalés à Mayotte entre le 18 mars et le 12 juillet 2024, date de la fin de l'épidémie. Parmi eux, 14 cas graves ont nécessité une prise en charge en réanimation, et 7 décès ont été recensés. La grande majorité de ces cas (83 %) étaient localisés dans les communes de Mamoudzou et de Koungou, le plus souvent dans des quartiers précaires où l'accès à l'eau potable et à un assainissement adéquat restait insuffisant.

L'ensemble des productions sur cette crise sont disponibles [ici](#), rubrique « consulter les bulletins régionaux ».

Crise de l'eau à Mayotte

Par ailleurs, Mayotte a été confrontée, en 2023, à une sécheresse sans précédent, avec un déficit de pluviométrie inédit depuis 1997. La conséquence directe a été un niveau exceptionnellement bas de remplissage des retenues collinaires et des nappes phréatiques, ce qui a conduit le comité de suivi de la ressource en eau à instaurer des coupures d'eau plus sévères que les années précédentes.

Cette rupture potentielle d'approvisionnement exposait la population à divers risques sanitaires : recours à une eau impropre à la consommation lors des remises en eau, utilisation d'eaux de surface contaminées pendant les coupures pour l'alimentation et l'hygiène, hydratation insuffisante, dégradation de l'hygiène de base (notamment le lavage des mains), défaut d'assainissement, impossibilité d'évacuer les excréta, et utilisation de réservoirs de stockage d'eau inadaptés à la consommation ou susceptibles de devenir des gîtes larvaires pour les vecteurs d'arboviroses.

L'ensemble de ces facteurs représentait une menace sanitaire majeure pour la population mahoraise, dont une grande partie vit dans une situation de précarité. Par ailleurs, comme cela avait déjà été observé lors de la crise de 2016-2017, l'absence d'eau (ou la mise en place prolongée de coupures) pourrait entraîner des flambées épidémiques : infections gastro-intestinales et maladies hydriques endémiques à Mayotte, telles que la fièvre typhoïde ou les hépatites A, dont des foyers de contamination sont régulièrement détectés sur le territoire.

Dans ce contexte, Santé publique France a mis en place une surveillance sanitaire renforcée afin d'évaluer l'impact de cette crise sur la santé de la population. L'ensemble des productions sur cette crise sont disponibles [ici](#), rubrique « consulter les points épidémiologiques ».

Bilan du cyclone chido à Mayotte

Le 14 décembre 2024, le cyclone Chido a provoqué d'importants dégâts aux infrastructures et aux réseaux essentiels, détruisant également les habitations de nombreuses personnes vivant à Mayotte. Au-delà des pertes matérielles, de nombreuses personnes blessées ou décédées ont été recensées à la suite de cet événement climatique majeur.

Les systèmes de surveillance de Santé publique France, fortement affectés par le cyclone, ont dû être adaptés afin d'évaluer l'impact sanitaire de cette crise. Santé publique France a mis en place un système de surveillance d'urgence afin de recueillir directement sur le terrain l'information concernant l'état de santé de la population auprès des acteurs locaux. L'agence a ainsi adapté sa démarche d'« Aller-vers » impliquant une surveillance dite « à base communautaire », avec l'aide des acteurs de terrain dont de nombreuses associations et le renfort de réservistes sanitaires dont les rotations ont été multipliées.

Ainsi, entre le **14 décembre 2024 et le 5 janvier 2025**, l'hôpital de Mayotte a enregistré 4 043 passages aux urgences, principalement pour des traumatismes (plaies, fractures, etc.) et des troubles gastro-intestinaux. Deux des quatre centres médicaux locaux ont signalé des cas similaires. L'hôpital de campagne, opérationnel depuis le 24 décembre 2024, a pris en charge 2 403 patients, avec une moyenne de 185 consultations par jour au cours de la première semaine de janvier.

Une recrudescence des troubles gastro-intestinaux a été constatée, avec un taux global de positivité des prélèvements de selles supérieur à 80 % pour les agents pathogènes entériques pendant deux semaines consécutives.

Pour plus de détails sur le bilan du cyclone Chido, un article consacré à la situation dans les premiers jours suivant l'événement est joint aux documents transmis. Ces documents contiennent également des informations détaillées sur la situation épidémiologique à Mayotte.

2. Quel regard portez-vous sur cette proposition de loi, en lien avec l'ensemble des questions soulevées ci-avant ? Pensez-vous qu'elle serait une solution pour répondre aux difficultés évoquées ? Avez-vous des améliorations, modifications ou compléments à nous proposer ?

Mayotte présente des enjeux sanitaires majeurs et persistants, comme en témoignent les données épidémiologiques exposées lors de l'audition. Aux pathologies chroniques déjà fortement présentes (diabète, hypertension artérielle, obésité, malnutrition), s'ajoutent une couverture vaccinale insuffisante et la persistance de maladies infectieuses. La transmission de ces dernières est largement favorisée par les conditions de vie précaires dans lesquelles vit une part importante de la population, en particulier les personnes d'origine étrangère en situation administrative irrégulière.

En effet, comme l'indiquait le document présenté lors de l'audition, les personnes nées à l'étranger sont plus fortement touchées par les pathologies chroniques que celles d'origine française. Par ailleurs, les difficultés d'accès à l'eau potable et les insuffisances en matière d'assainissement dans les quartiers précaires, où vit une proportion importante de personnes d'origine étrangère, souvent en situation irrégulière et avec un accès limité aux soins, représentent des facteurs de risque épidémique majeurs. Ces conditions sanitaires dégradées peuvent favoriser la survenue de foyers infectieux susceptibles de s'étendre à l'ensemble de la population.

Selon l'enquête EHIS réalisée en 2019 (Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire – spécial Mayotte, 5 mai 2022), près de la moitié de la population mahoraise a déclaré avoir renoncé à des soins médicaux nécessaires ou les avoir reportés. Le facteur financier constitue la principale cause de ce renoncement : 34 % des habitants indiquent avoir déjà dû renoncer à des soins en raison d'un manque de ressources (délai de rendez-vous trop long : 22% des habitants et les difficultés d'accès à l'offre : 19%). Ce taux atteint 54 % parmi les personnes en situation de grande précarité, et 60 % chez celles non affiliées à la Sécurité sociale. Les personnes étrangères sans titre de séjour, qui ne peuvent bénéficier d'aucune couverture sociale, sont donc les plus concernées par ce renoncement aux soins.

Dans ce contexte, l'Aide médicale d'État (AME) pourrait représenter un levier pour permettre la prise en charge des patients sans couverture sociale. Elle contribuerait à garantir la continuité des soins et à prévenir les risques épidémiques à l'échelle départementale.

ANNEXE N° 8 : CONTRIBUTION N° 2 DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE



SANTÉ PUBLIQUE FRANCE A MAYOTTE

Audition par Mme Estelle Youssouffa, rapporteure de
la PPL visant à étendre l'aide médicale de l'État à
Mayotte (n° 1239).

Assemblée Nationale

28 avril 2025

Santé publique France : missions et organisation



- **Améliorer et protéger la santé des populations : Anticiper, Comprendre, Agir**
 - Observation épidémiologique et surveillance de l'état de santé des populations
 - Veille sur les risques sanitaires menaçant les populations
 - Promotion de la santé et la réduction des risques pour la santé
 - Prévention et éducation pour la santé
 - Préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires
 - Lancement de l'alerte sanitaire

- **Une organisation au service des programmes**
 - Une direction générale
 - 10 directions scientifiques et transversales dont la direction des régions (DIRE)

- **La Direction des régions (DIRE)**
 - 16 cellules régionales dont 4 dans les DROM, placées au plus près des DG d'ARS
 - Cellule régionale de Mayotte: création en janvier 2020

Santé publique France Mayotte : nos missions locales



Apporter une **expertise scientifique** auprès de l'Agence régionale de santé (ARS)

Surveillance régionale multisources pérenne basée sur :

- La surveillance syndromique (Réseau OSCOUR®)
- Les maladies à déclaration obligatoire (VIH, rougeole ...)
- Les surveillances spécifiques
 - arboviroses, paludisme, leptospirose, pathologies saisonnières (grippe, bronchiolite, gastro-entérites...), bérubéri, mortalité, surveillance à base communautaire (SBC)
- L'animation du réseau régional de veille sanitaire
 - professionnels de santé (médecins libéraux, hospitaliers, biologistes, etc.)
 - réseaux sentinelles (médecins, pharmaciens)
 - réseau des infirmeries scolaires
 - réseaux associatifs (surveillance à base communautaire)

3

Santé publique France Mayotte : nos missions locales



Réalisation d'études spécifiques

- Etude en population générale: Unono wa Maore (2019) pour caractériser l'état de santé de la population résidant à Mayotte (diabète, hypertension artérielle, obésité, hépatite C et infections sexuellement transmissibles -IST)
- Etude en population spécifique : enquête sur la couverture vaccinale 2019 chez les jeunes à Mayotte réalisée par l'ARS Mayotte, traitement, analyse des données et rédaction du rapport par Santé publique France
- ENP- DROM 2021: enquête réalisée en partenariat avec l'ARS Mayotte. L'objectif est de décrire les principaux indicateurs de l'état de santé des mères et des nouveau-nés à la naissance à Mayotte en 2021, leur évolution depuis 2016 et comparer la situation avec la France hexagonale

Missions d'alerte pour l'aide à la décision

- Détection des menaces sanitaires
- Evaluation de risque et investigations (Fièvre typhoïde, cholera, paludisme...etc)
- Quantification d'impact sanitaire d'événements spécifiques (crise de l'eau à Mayotte, Chido)

⇒ Partage de connaissance et d'expertise (ex: note, point épidémiologique) : au décideur (ARS Mayotte), aux professionnels de santé partenaires et à tous les acteurs de santé, à la population

Principaux résultats de l'ETUDE UNONO (1)



Diabète

- Prévalence en augmentation : 17,7% en 2019 vs 10,5%* en 2008 chez les 30-69 ans
- 18-69 ans : 12,1% , diabète méconnu pour près de 40%
- Femme 13,3% vs Homme 10,6%

Diabète connu		Diabète non connu	
Comores	55%	Comores	57%
Mayotte	43%	Mayotte	37%
France et DOM	0	France et DOM	1,5%
Autres pays	2,3%	Autres pays	4,9%

Hypertension artérielle (HTA)

- Prévalence en augmentation 48% en 2019 vs 44%* en 2008 chez les 30-69 ans
- Prévalence (déclarée ou mesurée) chez les 18-69 ans: 38,4%
- Un hypertendu sur deux ne connaissait pas son diagnostic
- Trois sur quatre n'étaient pas traités et seulement un sur cinq était contrôlé

* Etude Maydia 2008

8

Principaux résultats de l'ETUDE UNONO (1)



HTA connu		HTA non connu	
Comores	48,4%	Comores	56,2%
Mayotte	39,6%	Mayotte	36,4%
France hexagonale	0,5%	France hexagonale	0,6%
Autres îles de l'OI	8,8%	Autres îles de l'OI	3,5%

L'ARS Mayotte a mis en place, suite à ces résultats, une grande campagne de dépistage HTA et diabète sur tout le territoire de Mayotte en vu d'identifier les personnes diabétiques et hypertendues qui s'ignoraient. Cette campagne de dépistage diabète HTA a mobilisé 39 réservistes sanitaires du 04/09/2022 au 05/10/2022 (663 journées de mobilisation) .

* Etude Maydia 2008

8

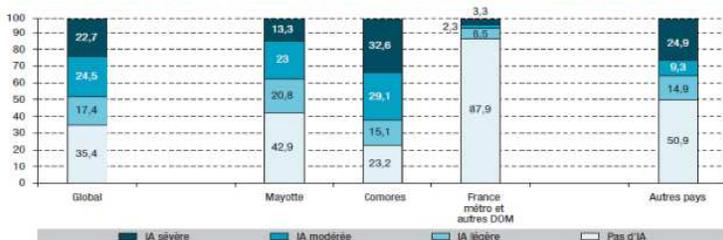
Principaux résultats de l'ETUDE UNONO (2)



Surpoids, obésité, malnutrition

- 5 à 14 ans : prévalence de l'obésité estimée à 3,3% (maigreux : 21,6%)
- 15 ans et plus : 55,9% sont en surpoids ou obèses (Femme 64,4% vs Homme 43,9%)
- Coexistence de surpoids/d'obésité avec des situations de malnutrition aiguë chez les 3-5 ans : 7,1% présentaient une maigreux modérée à sévère; 3,4% des enfants de 0 à 3 ans, présentait une malnutrition modérée et 4,9% une malnutrition sévère.
- La prévalence de l'insécurité alimentaire était de 47,2% (première mesure)

Distribution des niveaux d'insécurité alimentaire (IA) selon le pays de naissance (N=2202), Unono Wa Maore, Mayotte, 2019



7

RÉSULTATS DE L'ENQUETE SUR LA COUVERTURE VACCINALE 2019

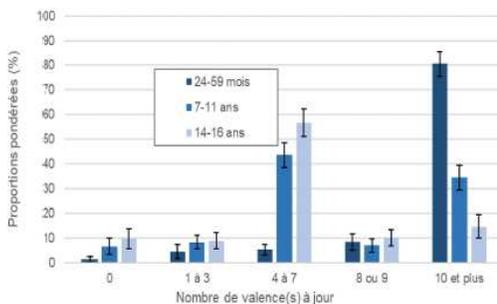


Couverture vaccinale DTP

- 93,2% des 24-59 mois ont reçu les 3 doses recommandées

- Moins de 50% des 7-11 ans et des 14-16 ans ont reçu un nombre d'injections suffisantes

Statut vaccinal global



L'ARS Mayotte a mis en place, suite à ces résultats, une grande campagne de rattrapage vaccinal en milieu scolaire, avec 197 réservistes mobilisés en 4 phases s'étalant du 18/11/2022 au 15/12/2023 (4400 journées de mobilisation).

8

ENQUÊTE NATIONALE PÉRINATALE 2021



➤ Nationalité et pays de naissance des parturientes

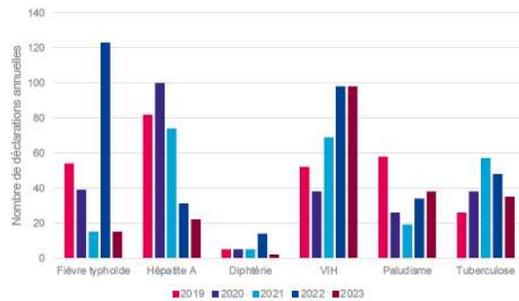
Nationalité	2021	2016
Française	25,9	24,6
Etrangère	74,1	75,4
<i>comorienne</i>	67,6	70,0
<i>Autre (malgache, africaine...)</i>	6,5	5,3
Pays de naissance		
France	27,6	23,6
Autre pays de naissance	72,4	76,4

9

Maladies infectieuses



Maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MDO) les plus fréquentes à Mayotte de 2019-2023



- Fièvre typhoïde: après une baisse observée en 2023 (crise de l'eau), le nombre de cas re-augmente en 2024 (57 cas), 75 cas depuis janvier 2025
- Paludisme: le dernier cas autochtone a été enregistré en juillet 2020, augmentation des cas importés en 2024 (même tendance depuis début 2025)

10

Maladies infectieuses: VIH



- Taux de découverte de séropositivité (2023) : 296 par million d'habitants (contre 173 pour IDF)
- Taux de sérologies positives pour 1000 réalisées (2023): 3,1 (vs 1,1 pour la France hexagonale hors IDF, 4,5 pour la Guyane)

2018-2022		2023	
Comores, Madagascar, Seychelles, Maurice	59,7%	Comores, Madagascar, Seychelles, Maurice	64,1%
France	20,4%	France	14,1%
Afrique sub-saharienne	18,9%	Afrique sub-saharienne	21,8%
Autres	1%	Autres	0%

11

Crise Chido à Mayotte



Activité des urgences du CHM et l'ESCRIM du 14/12/24 au 12/02/25

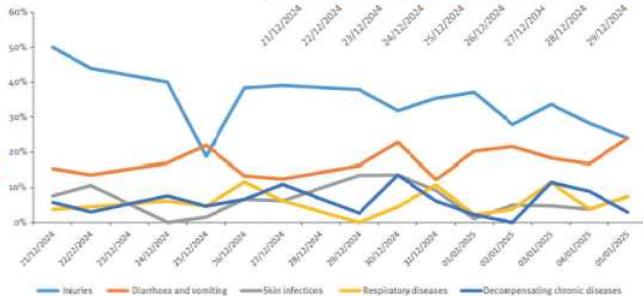
nombre

Nombre de passages aux urgences du CHM du 14/12/24 au 12/02/25	9 241
Nombre de prises en charges à l'hôpital ESCRIM du 24/12/24 au 03/02/25	5 241
Nombre de prise en charge au dispensaire (ordre de malte) du 29/12/24 au 03/02/2025	2 100
Nombre de patients pris en charge par la ssfnt du 04/02/ au 19/02/25	1 320

Nombre de passages aux urgences du CHM, données du 21 au 29 décembre, données arrêtées au 31 décembre 2024



Principaux motifs de consultation des urgences hospitalières de Mayotte, en % de la fréquentation totale, Mayotte, 21 décembre 2024-5 janvier 2025



Crise Chido : surveillance à base communautaire (SBC)



- Chaque semaine, des visites de terrain sont réalisées dans des quartiers précaires par des médiateurs d'associations locales, des professionnels de santé de la réserve sanitaire, ainsi que des épidémiologistes de Santé publique France.
- Les quartiers visités varient d'une semaine à l'autre, et les informations recueillies sont déclarées par les personnes elles-mêmes ; elles ne constituent pas des diagnostics médicaux.
- Les données sont collectées à l'aide d'un questionnaire spécifique, puis saisies dans une application en ligne pour être analysées. Les informations sont analysées au niveau du ménage.
- La SBC permet d'identifier des tendances générales et d'estimer la prévalence de problèmes de santé publique peu ou pas couverts par les autres systèmes de surveillance, ainsi que le niveau d'accès à l'alimentation et à l'eau.

13

Crise Chido : surveillance à base communautaire (SBC)



Sur 237 ménages enquêtés durant la semaine 01–2025 dans 14 quartiers :

- 87 ménages (37 %) ont signalé du stress ou des troubles psychologiques chez les adultes, et 78 (33 %) chez les enfants.
- 28 ménages (12 %) ont rapporté des blessures physiques chez les enfants et 48 (20 %) chez les adultes, toutes liées au cyclone Chido.
- La fièvre et la toux étaient fréquentes, touchant principalement les enfants
- Des cas de gastro-entérite ont été signalés dans 32 ménages (14 %) chez les enfants et dans 15 ménages (6 %) chez les adultes.
- Des cas de malnutrition et de déshydratation ont été diagnostiqués chez les enfants, et es mères allaitantes, aggravée par une distribution alimentaire inégale.
- L'accès à l'eau en bouteille est resté très faible (<10 % des ménages).
- L'accès au réseau d'eau potable a augmenté : 82 % en S01–2025 vs 36 % en S52–2024, tandis que la consommation d'eau non traitée a diminué : 38 % des ménages en S01–2025 vs 88 % en S52–2024

14

Conclusion

- Des enjeux sanitaires majeurs et persistants à Mayotte, révélés par les données épidémiologiques : diabète, hypertension, obésité, malnutrition, couverture vaccinale insuffisante, maladies infectieuses...
- L'aide médicale d'État (AME): pourrait constituer un levier important pour permettre la prise en charge des patients sans sécurité sociale, pour garantir la continuité des soins et prévenir les risques épidémiques à l'échelle départementale

15

Actions de SpFrance à Mayotte

En réponse à des situations sanitaires exceptionnelles

- Ex : Crise de l'eau potable en 2023/2024

Surveillance à base communautaire

Déployée au sein des quartiers les plus défavorisés, en lien avec les associations locales et l'ensemble de nos partenaires (cliniciens, biologistes, ...)



Réserve sanitaire

Entre mars et novembre 2023

- 230 réservistes sanitaires mobilisés au service périnatalité,
- 57 aux urgences du CHM,
- 28 pour une mission de renfort vaccinal typhoïde,
- 14 techniciens et ingénieurs sanitaires en soutien de l'ARS
- 2 prof. en renfort de la CR SpF

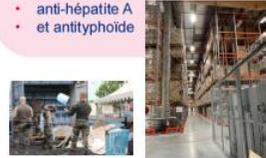


Etablissement pharmaceutique a livré :

- 84 000 litres de solution hydro-alcoolique (155 palettes) à destination des professionnels de santé et de l'Education nationale,

a anticipé l'acquisition de vaccins

- anticholéra,
- anti-hépatite A
- et antityphoïde



16

Actions de SpFrance à Mayotte

➤ Épidémie de choléra printemps-été 2024

Favorisée par des difficultés d'accès à l'eau potable, une **épidémie de choléra** s'est développée dans certains quartiers défavorisés de Mayotte. 221 cas confirmés biologiquement entre mars et juillet 2024

Surveillance épidémiologique et investigations :

La CR Mayotte mène des **investigations** visant à retracer la chaîne de transmission et pour en éviter de nouvelles

Production d'un **point épidémiologique quotidien** destiné à l'ARS et un **point hebdomadaire** à destination des professionnels de santé et du grand public.

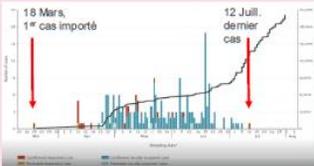
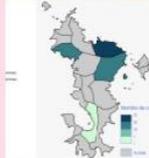


Figure 3 – Répartition géographique des cas de choléra locaux déclarés à Mayotte du 20/03 au 28/07/2024



Réserve sanitaire :

Depuis mars, 20 000 journées de mission à Mayotte



Établissement pharmaceutique :

Près de 36 000 doses de vaccins choléra livrées (Vaxchora)
Pour une population cible de 40 000 personnes

Actions de SpFrance à Mayotte

➤ Passage du cyclone Chido décembre 2024

Surveillance

Systèmes rendus inopérants, travail en cours pour identifier les capacités de recueil d'informations sur la situation sanitaire (surveillance à base communautaire...)

Analyse et anticipation des risques sanitaires liés au passage du cyclone (dont santé mentale)

Déploiement de ressources humaines et de matériel en appui de l'ARS/CHM et de la CR de SPF

Augmentation des rotations des réservistes, renfort par des agents de SPF
Appels à mobilisation

Constitution & envoi d'une 'base vie'

- 10 tonnes de matériel pour l'équipe
- Capacité d'hébergement de 100 réservistes et agents.

Transport de PSM2 ce jour

Recensement des capacités de stockage et logistique en cours

Stocks de vaccins disponibles via l'EP

Sécurisation des équipes en place

Constitution d'une 'base arrière' à La Réunion : zone de

- rapatriement,
- décompression et
- Pré-positionnement

Organisation d'un soutien psychologique des équipes

Appui logistique, informatique et matériel

La réserve sanitaire

La réserve sanitaire

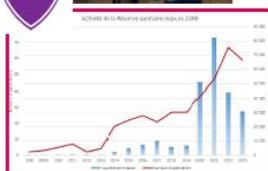
Une réserve de professionnels de santé (IDE, aides-soignants, médecins, pharmaciens, psychologue, IAED, ...) mobilisée lors de situations sanitaires exceptionnelles.

- Demande de mobilisation réalisée par une autorité tierce : Ministère de la santé, ministère des affaires étrangères, ARS, ... ;
- Système de volontariat indemnisé ;
- Processus rapides, sécurité administrative et financière.



Mayotte en 2024 :

8 opérations
+1000 réservistes mobilisés
21 500 journées de mobilisés



ANNEXE N° 9 : NOTE DE L'ARS MAYOTTE – 5 PRIORITÉS POUR REBÂTIR LE SYSTÈME DE SANTÉ À MAYOTTE



Directeur Général

Mamoudzou, le 25 février 2025

Mayotte Debout – Cinq priorités pour rebâtir le système de santé à Mayotte et répondre aux besoins les plus urgents de la population

INTRODUCTION

Avant le passage du cyclone CHIDO, la population de Mayotte se caractérisait déjà par une situation d'importante précarité, qui se traduit par un état de santé très dégradé auquel le système de soins existant peine à répondre et par une espérance de vie réduite d'une dizaine d'années.

Mayotte se caractérise par une densité de population particulièrement élevée, et en augmentation constante compte tenu de la croissance démographique soutenue qui est constatée depuis les années 1970. Aujourd'hui, la moitié des habitants de Mayotte a moins de 18 ans.

La plupart des indicateurs de santé à Mayotte illustrent les fortes inégalités de santé qui persistent par rapport au reste de la France : l'espérance de vie à la naissance est inférieure de 7 à 11 ans aux moyennes nationales ; un adulte sur deux est hypertendu. Par ailleurs, 70% de la population vit dans un habitat insalubre, et 25% n'a pas de raccordement entre le réseau d'eau potable et son domicile. De façon globale, 77% des habitants de Mayotte vivent en dessous du seuil de pauvreté national.

L'accès aux soins est par ailleurs complexifié par la structuration d'une offre de soins sur l'île qui ne permet pas de répondre à l'ensemble des besoins. L'offre de soins à Mayotte se limite à l'unique centre hospitalier (CHM) et ses antennes territoriales, ainsi qu'à quelques professionnels libéraux, contribuant de fait à renforcer le phénomène de renoncement aux soins. L'absence d'aide médicale d'Etat (AME) à Mayotte contribue également à limiter le recours aux soins des personnes sans affiliation sociale, en même temps qu'elle fragilise la situation financière du CHM qui prend en charge ces dernières et crée diverses difficultés aux professionnels de santé libéraux du territoire, notamment pour les relais en ville pour les patients avec des maladies chroniques.

Le passage du cyclone CHIDO à Mayotte aura parachevé la fragilisation du système de santé mahorais, nécessitant désormais d'engager un processus de reconstruction rapide et ambitieux

Le système de santé mahorais avait déjà été mis à rudes épreuves ces dernières années, avec une crise des ressources humaines sans précédent, ou encore une épidémie majeure du choléra et des épisodes récurrents de maladies hydriques.

Le passage du cyclone CHIDO aura une nouvelle fois – et sans doute encore à une échelle bien supérieure aux crises précédentes – mis en extrême tension le système de santé de Mayotte, et par voie de conséquence fragilisé l'état de santé des habitants de Mayotte. La détérioration d'une partie importante des bâtiments de l'hôpital ou la fermeture temporaire de l'offre de proximité auront ainsi accentué les retards de prise en charge, qui se manifesteront inéluctablement dans les prochains mois ; la dégradation de l'environnement (perturbation du réseau d'eau, amoncellement de déchets, ...) accentuera quant à elle les risques épidémiques. Le système de santé n'en sera qu'encre plus sollicité.

Si des éléments de retour d'expérience devront pouvoir être décrits de façon plus fine dans les semaines et mois à venir, il est à noter cependant que cette crise aura également mis en lumière les « colonnes vertébrales » du système de santé de Mayotte, sur lesquelles peuvent reposer une offre nominale, et qui constituent un socle sur lequel les politiques de demain devront pouvoir se greffer.

A ce titre, l'objectif du plan d'action présenté sera de pouvoir définir des actions de court terme visant à pallier les différents risques identifiés, et faisant la jonction entre un état des lieux éclairé à ce jour des forces et faiblesses du système de santé et les orientations décrites dans le projet régional de santé de Mayotte 2023-2028.

PRIORITE N°1 : REBATIR DANS LES MEILLEURS DELAIS UNE OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE ET DE VILLE REpondant AUX BESOINS DE LA POPULATION

I. AMORCER SANS DELAI LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE DE RECONSTRUCTION ET DE DEVELOPPEMENT DU CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE

L'ARS de Mayotte et le CHM avaient travaillé ces derniers mois sur un important projet d'investissements hospitalier, qui devait notamment permettre d'une part d'engager la restructuration complète du site de MAMOUDZOU, d'autre part d'amorcer la construction d'un second hôpital à COMBANI. En avril 2024, le comité national des investissements en santé avait ainsi validé une enveloppe de 244 M€ pour procéder à la phase de restructuration du site de MAMOUDZOU (CNIS 1) et de 168M€ pour la construction du site de COMBANI (CNIS 2).

Les passages du cyclone CHIDO et de la tempête DIKELEDI à Mayotte auront accentué la fragilisation du CHM déjà fortement en tension les années passées, en détruisant notamment une partie des bâtiments composant le site de MAMOUDZOU. Dans la perspective d'un plan de reconstruction ambitieux de l'île, il apparaît nécessaire dès à présent de maintenir cette stratégie, tenant compte des nouveaux besoins et des nouvelles priorités selon le phasage suivant :

✓ **Phase 0 : Réparation d'urgence.**

Cette phase devait permettre d'assurer une mise « hors d'eau – hors d'air » transitoire des bâtiments du CHM impactés par le cyclone, afin de maintenir l'activité de soins. Les opérations de bâchage, en lien avec la Sécurité Civile, ont pu être menées à bien et permettre de sécuriser l'activité ces dernières semaines. Cette phase est bien engagée mais nécessite de nécessaires compléments de travaux (toiture, étanchéité, purge des plateries ...).

Elle doit être complétée par l'installation, en urgence, d'une solution permettant, par l'installation de modulaires, de préserver la capacité opératoire du CHM (mise en place de 6 salles de blocs et de salles SSPI/réveil, pour pallier aux salles du CHM trop fragilisées).

✓ **Phase 1 : Réhabilitation et reconstruction du site de MAMOUDZOU.**

Cette phase recoupe en grande partie le projet de restructuration de l'hôpital tel qu'il avait pu être validé ces derniers mois à travers le CNIS 1, et pour lequel le CHM avait d'ores et déjà lancé l'ensemble des marchés. Il s'agit à présent de pouvoir engager sa mise en œuvre dans un calendrier accéléré, tout en tenant compte des nouvelles priorités induites par le passage du cyclone CHIDO et la destruction d'une partie des bâtiments du site de Mamoudzou.

De manière plus transversale, il s'agira également de pouvoir rebâtir un hôpital et des bâtiments respectant les normes parasismiques et para cycloniques. Ces différents travaux, qui pourraient être engagés sans délais, et se conduiront sous forme d'opérations tiroir, devront permettre d'abandonner l'activité déployée temporairement dans les espaces modulaires à terme (cf. annexe 1).

✓ **Phase 1b : Renforcement des centres médicaux de référence (CMR).**

Le passage du cyclone CHIDO à Mayotte a démontré l'enjeu tout particulier de maintenir une offre de proximité via les CMR, qui ont été pendant plusieurs jours les lieux d'accès aux soins indispensables en proximité quand les axes n'étaient pas encore libérés. Si des réflexions sur l'évolution des CMR avaient déjà été engagées, il s'agit à présent de pouvoir transformer ceux de DZOU MOGNE, MRAMA OUDOU et PAMANDZI en véritables hôpitaux de proximité, avec dans chacun une vingtaine de lits de médecine et une antenne de service d'accueil des urgences. Cette stratégie, qui permettra de renforcer l'offre de proximité, soulagera par ailleurs l'importante activité que connaît aujourd'hui le site de Mamoudzou. Ces structures assureront le 1er niveau hospitalier de la gradation des soins et orienteront les patients qui le nécessitent vers les sites de Mamoudzou et Combani.

✓ **Phase 1c : Création de logements.**

Dans la même temporalité que la phase de réhabilitation et reconstruction de l'hôpital à Mamoudzou, il apparaît nécessaire, tant au regard du nombre d'habitations détruites que du nombre de renforts à héberger dans les mois à venir, de déployer dès à présent la création de logements modulaires à proximité du CHM. Il s'agit là d'une mesure venant renforcer celles sur l'attractivité du territoire pour les personnels médicaux et non médicaux.

✓ **Phase 2 : Construction d'un « campus » de santé à COMBANI.**

Conformément aux annonces du Président de la République en 2019, l'enjeu est de pouvoir amorcer la construction d'un second site hospitalier à COMBANI, tout en tenant compte des enveloppes budgétaires restantes après la reconstruction du site de Mamoudzou. Néanmoins, il sera nécessaire de stabiliser au plus vite et avec l'appui des services de la préfecture, les acquisitions des terrains nécessaires à ces réalisations et qui ont fait objet d'une DUP. Il convient d'accélérer la procédure d'acquisition.

A cet égard, et sur la base des 128 M€ identifiés pour ce projet, il serait envisageable de pouvoir adopter la stratégie suivante :

Créer un établissement public de santé (juridiquement porté par le CHM) avec des activités de médecine, chirurgie, maternité, urgence et soins critiques. Cette ouverture accompagnerait la fermeture du CMR de KAHANI, situé à seulement 9 km du futur site hospitalier de COMBANI ; ce site pourrait être vendu à un groupe privé de soins médicaux de réadaptation qui jouxtera ce dernier.

Créer une nouvelle offre de formation paramédicale, et notamment l'implantation du deuxième institut de formation en soins infirmiers conformément aux engagements politiques ; ce projet pourrait être complété d'une part, par un projet de création d'une école d'apprentissage sensorielle (pour l'OI) et d'autre part, en fonction des orientations du futur plan de compétence sur le domaine médicosocial, d'une annexe de l'IRTS pour la formation des métiers du médicosocial.

Accompagner l'implantation d'un premier EHPAD sur le territoire que la convention tripartite « Etat / Conseil Départemental / ARS de Mayotte » mentionne explicitement dans le cadre de la création d'une filière gériatrique à Mayotte.

✓ **Phase 2b : Accompagnement de l'offre privée.**

Cette phase de développement de l'offre hospitalière publique devra enfin s'entendre en complément de l'implantation à Mayotte d'une offre privée (clinique, laboratoire de biologie médicale, service de soins médicaux de réadaptation...), que l'ARS soutient, notamment d'un point de vue financier. Cet accompagnement est assorti d'une condition à la conclusion de contrats pour la participation au service public hospitalier (PSPH) afin notamment, de permettre aux non affiliés de bénéficier des filières de soins du privé qui seront complémentaires à celles du CHM et non en concurrence.

Compte tenu de l'envergure de cette stratégie d'investissement il convient de déployer une gouvernance spécifique en articulation avec l'établissement public chargé de la reconstruction de l'île sous le pilotage de l'ARS et en association étroite avec le CHM en associant le privé. Un comité de pilotage local « santé » sera mis en place pour un suivi régulier de ces orientations en articulation avec l'établissement public chargé de la reconstruction de l'île. Il conviendra de déployer une « task force » (composée de DH, ingénieurs travaux ...) sur le projet.

2. DEVELOPPER RAPIDEMENT L'OFFRE DE PREMIER RECOURS ET LES SOINS PRIMAIRES

Dans l'attente de l'augmentation des capacités de prise en charge hospitalières, il apparaît nécessaire d'accélérer le développement de l'offre de ville, quasi-inexistante aujourd'hui (seule une trentaine de médecins généralistes libéraux exercent à ce jour à Mayotte).

Si cette offre doit permettre d'améliorer l'accès aux soins des patients et diminuer le fort taux de non-recours constaté à Mayotte, elle constitue également une véritable opportunité de rééquilibrer la complémentarité ville-hôpital et d'initier une logique de parcours de soins pour les patients de Mayotte.

Quelques leviers doivent pouvoir être actionnés pour opérer cet essor.

✓ **Augmenter le nombre de pharmacies d'officine sur l'île**

Mayotte disposant de 28 pharmacies d'officine, l'octroi de nouvelles licences pour l'implantation d'une pharmacie d'officine dépend de la population d'une commune (sur la base des chiffres du recensement). Dans l'Hexagone, une nouvelle pharmacie peut ouvrir par tranche entière de 2 500 habitants recensés ; ce seuil est de 7 000 habitants à Mayotte.

Dans l'attente d'un futur recensement en vue de la publication de la population légale au 1er janvier 2026, le dernier recensement pris en référence datant de 2017, et afin d'augmenter progressivement le nombre de pharmacies, il est proposé de considérer le bassin de population au niveau de l'intercommunalité, et non de la commune. A court terme, cette modification législative devrait permettre d'octroyer environ 8 nouvelles licences, et donc de créer 8 nouvelles officines. Il s'agit d'une étape progressive nécessaire pour rapprocher l'offre vers la population, sans déséquilibrer le système économique actuel et permettre une progressivité des recrutements et montées en compétences des professionnels du territoire.

✓ **Créer une Inter URPS propres à Mayotte**

Des URPS sont compétentes pour la zone de l'Océan Indien selon l'article L 4031-1 du CSP. Les URPS-OI sont implantées à La Réunion et sont, de fait, sauf exception extraordinaire, exclusivement constituées de professionnels de santé de La Réunion. Les professionnels de Mayotte sont marginalisés et n'ont pas de représentants dans leur département (les soignants doivent se retrouver dans des URPS qui incarnent mieux que quiconque le territoire). Dans ces conditions, il est difficile pour l'ARS Mayotte de travailler en partenariat avec ces Unions, notamment sur l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins ainsi que sur l'organisation de l'exercice professionnel, de la permanence et de la continuité des soins, des nouveaux modes d'exercice, etc.

Il est proposé de modifier l'art. L4031-1 du CSP, en permettant la constitution d'une inter - URPS propres à Mayotte (ce qui fait consensus des professionnels sur le territoire). Considérant les effectifs restreints pour certaines professions (chirurgiens-dentistes, médecins généralistes...) il est proposé de mutualiser les missions communes des URPS en une maison des professionnels qui abriterait cette nouvelle formation. Le fonctionnement en serait allégé et l'ARS, via le FIR (abondé) pourrait pallier l'absence de cotisation URSAFF (à date) qui inclus la cotisation permettant le fonctionnement des URPS nationales.

✓ **Bonifier le remboursement par l'Assurance maladie des actes libéraux**

Compte-tenu de la très faible densité de professionnels de santé libéraux, ces derniers assurent essentiellement les prises en charge dites essentielles, et ne peuvent prétendre aux rémunérations complémentaires proposées par l'assurance maladie (ROSP notamment). Dans cette optique, il apparaît nécessaire de pouvoir valoriser financièrement l'exercice libéral, d'une part pour compenser ces rémunérations complémentaires non accessibles, d'autre part pour augmenter l'attractivité de la profession sur le territoire.

Un système de rétribution des professionnels libéraux de Mayotte aligné sur le coefficient géographique (actuellement de 1,31) permettrait de leur garantir une meilleure rémunération, sans augmenter le prix de la consultation payé par le patient. Cette bonification accompagnerait par ailleurs les mesures visant à favoriser l'accès aux droits (carte vitale, C2S) et l'accès au médecin traitant. Cette mesure pourrait être définie dans le temps, afin d'accompagner le développement de l'offre de ville et d'assurer la convergence vers un modèle de rémunération plus classique.

✓ **Créer un centre de santé territorial géré par un groupement d'intérêt public :**

L'ARS porte l'ambition de densifier l'offre de ville au travers le développement des centres de santé. Cette forme d'exercice de ville permet de salarier des professionnels de santé, sans pour autant les fixer à temps complet à Mayotte. Le CDS pourra envisager de mettre en place des missions de professionnels salariés d'autres CDS de l'Hexagone qui viendront en missions à Mayotte sur des temps de leurs choix. Une gouvernance par un GIP en assurera la viabilité et la pérennisation financière.

Pour cela un GIP sera constitué et l'ARS en prendra toute sa place, au risque d'être, comme le souligne la DAJ DGOS, « juge et partie ». A ce GIP seront associés la CSSM, la DRSM de La Réunion et l'ensemble des collectivités territoriales qui mettront en place une antenne de ce CDS porté par le GIP. Une équipe administrative sera prochainement recrutée pour en assurer le démarrage.

Un partenariat avec la FNCS – fédération nationale des CDS est mise en place pour aider l'ARS à constituer ce GIP. Ce centre sera polyvalent et permettra non seulement de mettre en œuvre de consultations médicales mais également dentaires (11 CD à Mayotte) et de sages femmes (15-20 cabinets).

Des solutions innovantes devront être trouvées avec la DGOS et la DSS pour permettre à ces salariés des autres centres de l'Hexagone qui seront mis à disposition du CDS mahorais, de consulter et facturer pour le CDS mahorais.

✓ Développer les téléconsultations

Par ailleurs, l'ARS souhaite le développement de la télémédecine pour compléter les consultations médicales qui permettraient de libérer du temps médical « présentiel ». Pour ce, l'ARS a habilité, sur le modèle d'un centre de santé, un centre de télé médecine assisté et adapté pour développer des services de proximité d'organisation de téléconsultations dans les bassins de santé.

Pour assurer sa pérennité, il faudrait lever deux écueils :

- Adapter les règles de financement des centres de santé afin de permettre à l'assurance maladie de participer au fonctionnement de ce dernier,
- Le seuil de 20% de l'activité de télémédecine auquel sont soumis les médecins libéraux ne devrait pas intégrer les téléconsultations réalisées pour des patients mahorais. Cela faciliterait la mobilisation de professionnels du territoire et le développement du centre de télé-santé habilité comme centre de santé par l'ARS.

✓ Etendre le dispositif des zones franches aux activités de santé

Plusieurs projets d'installation de cliniques privées sont en cours à Mayotte, afin d'augmenter les capacités de prise en charge et de développer de nouvelles filières de soins. L'introduction de dispositifs incitatifs à l'installation permettrait d'accélérer ces implantations. L'élargissement des nouvelles ZFANG au secteur de la santé permettrait de répondre en partie à ce besoin.

L'article 19 de la loi n°2018-1317 du 28 décembre 2018 a renouvelé les dispositifs fiscaux appliqués aux zones franches d'activité (ZFA), devenues zones franches d'activité nouvelle génération (ZFANG). Il en résulte notamment que certaines activités, et notamment les activités de santé, ne sont plus éligibles aux politiques dérogatoires en matière de fiscalité. En 2021, un amendement avait déjà été présenté afin d'introduire les activités de santé en Guyane et à Mayotte dans le champ des ZFANG dans le but d'encourager l'attractivité médicale.

3. ACCELERER LA MISE EN ŒUVRE DES PLANS DE RATTRAPAGE DANS LES SECTEURS DE L'AUTONOMIE ET DU HANDICAP

L'offre médico-sociale à Mayotte est fortement déficitaire et ce diagnostic a été partagé à l'occasion de la visite officielle récente de la Ministre déléguée chargée de l'Autonomie et du Handicap.

Dans le champ du handicap, le taux d'équipement est 5 à 10 fois inférieur à la moyenne nationale ; dans le champ de l'autonomie, Mayotte reste caractérisée par une forte culture du maintien à domicile des aînés. Les ESMS présents à Mayotte fonctionnent principalement selon des modes d'accueil de jour et d'équipes mobiles d'intervention.

Afin de renforcer l'offre sur le territoire, deux plans majeurs de rattrapage ont été dessinés ; il s'agit désormais de disposer des pleins moyens pour accélérer cette mise en œuvre.

- Pour le secteur du handicap : L'objectif est de pouvoir créer des offres encore non disponibles (structures de préprofessionnalisation, centre médico-psycho-pédagogique, etc.) et de renforcer le maillage territorial de l'offre dans les 5 bassins de santé déterminés dans le PRS 2023 – 2028. Ce plan est doté de 22 M€ de crédits de fonctionnement sur les quatre années à venir ;
- Pour le secteur de l'autonomie : L'objectif est de pouvoir diversifier l'offre de prise en charge sur le territoire, avec la sécurisation des conditions de maintien à domicile, le développement de petites unités de vie et la création d'un premier EHPAD. Pour ce faire, le territoire a été doté de crédits de fonctionnement (5 M€) et d'aide à l'investissement (2,6 M€).

✓ **Créer un premier EHPAD à Mayotte**

La procédure d'appel à projet pour la création de ce premier EHPAD a été lancée en juillet 2024. Lors de la commission de sélection, l'ARS et le Conseil départemental n'ont pas réussi à trouver de terrain d'accord sur l'opérateur à sélectionner.

Le Président du Conseil départemental de Mayotte et le Directeur général de l'ARS Mayotte ont finalement convenu de déclarer infructueux ce premier appel à candidature. Un nouvel appel à projet sera lancé, sur la base d'un cahier des charges retravaillé entre les deux institutions.

Afin de limiter les risques de désaccords, il apparaîtra pertinent de pouvoir diffuser, avec le concours de la CNSA une information aux différentes fédérations nationales médicosociales sur les programmations à venir dans le secteur médico-social à Mayotte.

✓ **Poursuivre le déploiement de Petites Unités de Vie (PUV)**

Le plan de programmation du secteur médicosocial en faveur des personnes âgées prévoit la création d'une petite unité de vie au sein de chaque commune. Ce dispositif, plus léger que les EHPAD et foyer résidentiel, permet d'accueillir des personnes âgées fragilisées dans le cadre d'un plan d'aide à la perte d'autonomie – GIR 6 à GIR 3). Il s'agit de structure d'aval du premier EHPAD mais aussi qui sera capable d'apporter une réponse de répit aux aidants. Ce dispositif sera complété par l'installation d'un accueil de jour médicosocial par bassin de santé (environ 3 communes par BS). Ce maillage est complété et sera renforcé, par des services d'aide et de soins à domicile pour apporter une réponse au plus près des lieux de vie.

**PRIORITE N°2 : REHAUSSER TRES FORTEMENT LA DENSITE DE
PROFESSIONNELS DE SANTE A MAYOTTE**

Le département présente une très faible densité médicale, tant à l'hôpital qu'en ville. Cette faible densité s'explique en partie par les conditions de vie difficiles à Mayotte, qui limitent fortement l'installation ou la pérennisation des professionnels sur le territoire. Par ailleurs, faute de formations médicales implantées, il n'est pas possible de compter sur un « vivier » de médecins mahorais pour assurer cette continuité médicale.

Les crises rencontrées en 2023 et 2024 ont eu un impact majeur sur le système de santé entraînant des désaffectations de postes très importantes ; notamment dans des services les plus critiques comme celui des urgences. Aussi, afin de maintenir une offre de soins *a minima*, l'ARS a été contrainte de solliciter la venue en nombre de renforts nationaux (plus de 1 200 professionnels issus de la réserve sanitaire ou de la solidarité nationale), faisant de Mayotte un véritable territoire sous perfusion.

**1. METTRE EN PLACE UN VERITABLE CHOC D'ATTRACTIVITE ET DE FIDELISATION DES
PROFESSIONNELS DE SANTE DU CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE**

✓ **Revaloriser l'indemnité particulière d'exercice (IPE)**

L'indemnité particulière d'exercice (IPE) a été mise en place en 2014 à destination des praticiens hospitaliers de Mayotte. En contrepartie d'un engagement à accomplir une période de quatre années consécutives de services au CHM, le praticien percevait par fraction annuelle une IPE s'élevant au total à seize mois de ses émoluments. En 2018, la durée d'engagement a été divisée par deux et son montant annuel a été maintenu. Jusqu'alors, cette prime était reductible, chaque fois que le praticien s'engageait deux nouvelles années à servir au sein du CHM. Cependant, l'annonce par la Première ministre lors de sa venue à Mayotte en décembre 2023 de l'augmentation du montant de l'IPE de 50% et de sa déconjugalisation s'est traduite dans le décret n°2024-126 par un versement unique et non renouvelable. Si la direction du CHM a ordonné au trésorier-payeur de poursuivre les versements, il apparaît cependant nécessaire à très brève échéance de réviser ce décret, tout en réaffirmant la volonté d'attirer des praticiens hospitaliers à Mayotte.

Dans ce contexte, il apparaît opportun d'imaginer une nouvelle évolution de l'IPE, versée sur la base d'un contrat de 1 an, reductible, et pour un montant équivalent à 7 mois d'émoluments. Le coût de cette mesure est évalué à 634 k€, par an, sur la base du nombre de praticiens hospitaliers en exercice au CHM aujourd'hui éligibles à celle-ci.

✓ **Créer une prime d'engagement spécifique pour les sages-femmes au CH de Mayotte**

Les sages-femmes n'étant pas reconnues comme praticien.nes hospitalier.es, elles ne sont pas éligibles à l'indemnité particulière d'exercice (cf. supra). Cependant, au regard de l'activité gynéco-obstétrique très importante sur l'île et des tensions liées à ces recrutements pour permettre un fonctionnement normal de la maternité de Mamoudzou, il est important de pouvoir valoriser ce métier comme sur le même mode que celui des médecins au CHM.

Afin notamment de diminuer les écarts de rémunération entre les sages-femmes titulaires ou sous contrat au CHM et leurs homologues de la Réserve sanitaire, il est proposé de créer une prime d'engagement spécifique, dont les contours se rapprochent de l'IPE versée aux praticiens hospitaliers.

Cette prime serait versée aux sages-femmes choisissant de s'engager au sein du CHM pour une durée minimale d'un an, renouvelable, et pour un montant égal à 4 mois de salaire. Le coût de cette mesure est évalué à 350 k€ par an, sur la base du nombre de sages-femmes titulaires et contractuelles en exercice au CHM aujourd'hui.

Il conviendra cependant d'apprécier si la création de cette prime est compatible avec l'indemnité de sujétion géographique, à laquelle sont éligibles les sages-femmes en tant qu'agents de la fonction publique hospitalière.

✓ **Créer une prime pour les métiers en tension des personnels non médicaux du Centre hospitalier de Mayotte**

Au même titre que les professionnels médicaux, le Centre hospitalier de Mayotte connaît des difficultés de recrutement pour certaines catégories de professionnels non médicaux (infirmiers anesthésistes, infirmiers de bloc opératoire, manipulateurs radio, etc.). Ces tensions affectent fortement le fonctionnement des services, et par là-même l'hôpital de façon générale. Des renforts extérieurs et des recrutements en contrat très court permettent de maintenir la continuité des soins, au détriment de la stabilité et de l'organisation des équipes.

Dans cette optique, il apparaît nécessaire, pour ces métiers en tension, de proposer une politique de valorisation des nouveaux contrats et de fidélisation des agents titulaires. A cet égard, une prime de **2 000€ brute annuelle (pour les contractuels) et 200 € brut mensuelle (pour les titulaires)** pourrait être octroyée à ces professionnels. Le coût de cette mesure est évalué à 2 M€ par an, et évolutif chaque année en fonction de la liste des métiers en tension définie par l'ARS.

✓ **Intégrer ces mesures salariales dans une offre globale attractive de ressources humaines en santé**

L'attractivité de Mayotte passe par des mesures salariales directes et aussi par une offre professionnalisée de service global favorisant l'implantation durable sur le territoire. Cette offre de service à concrétiser en lien avec les partenaires du territoire et les Elus devra intégrer les conditions de logement, d'exercice et de vie. Ces engagements peuvent, pour la santé, être incluses dans les Contrats Locaux de Santé – CLS – intercommunaux que l'ARS a l'ambition de contractualiser avec les inter-collectivités territoriales.

2. STRUCTURER UNE COOPERATION INTER-ETABLISSEMENT AFIN D'ORGANISER UNE ROTATION SYSTEMATIQUE DE RENFORTS

Avant le passage du cyclone, seuls 122 postes de praticiens hospitaliers étaient pourvus au CHM, sur les 224 budgétés. Considérant la très faible probabilité de parvenir à pourvoir les postes vacants dans les mois et années à venir, il apparaît nécessaire aujourd'hui d'organiser une structuration plus pérenne de la venue de personnels en renfort à Mayotte.

A ce titre, l'ARS et le CHM proposent d'orienter le financement disponible de ces postes non pourvus vers des CHU partenaires, qui organiseraient l'envoi de rotations régulières à Mayotte. Ces partenariats pourraient être noués avec différents CHU, qui s'engageraient à appuyer ou on plusieurs services identifiés. Ce travail de collaboration nécessitera un appui en coordination du ministère de la Santé, et notamment de la DGOS.

Il convient de noter que ce chantier s'inscrit en complémentarité des autres travaux engagés, et notamment la consolidation des coopérations entre le CH de Mayotte et le CHU de la Réunion.

3. ACCELERER LE DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE DE FORMATION SUR LE TERRITOIRE

Si le déficit important de professionnels de santé à Mayotte nécessite la mise en œuvre d'une politique d'attractivité pour répondre aux enjeux de court terme, il apparaît primordial dès à présent, et considérant notamment les projets structurants qui émergeront dans les prochaines années, d'augmenter significativement les capacités de formation médicales et paramédicales à Mayotte. Le développement d'une offre de formation à Mayotte, très attendue par les élus locaux, doit en effet permettre aux jeunes du territoire de s'engager dans des voies professionnelles d'avenir à Mayotte, mais aussi de former des futurs professionnels de santé susceptibles d'exercer de façon plus pérenne sur l'île.

✓ Créer un deuxième institut de formation en soins infirmiers

Mayotte ne dispose aujourd'hui que d'un seul institut de formation en soins infirmiers (IFSI), porté par le CHM. Cet IFSI forme chaque année 35 étudiants à Mayotte ; en parallèle, des conventions ont été signées avec la Croix-Rouge permettant à 50 autres étudiants mahorais d'être formés dans l'Hexagone. Malgré l'augmentation des quotas de formation IDE ces dernières années, l'offre de formation demeure insuffisante pour couvrir des besoins supplémentaires estimés à 840 IDE en 2040.

Aussi, une augmentation de quota de 65 places supplémentaire d'étudiants à former sur Mayotte paraît nécessaire.

Des discussions ont d'ores et déjà été engagées entre l'ARS, le Conseil départemental de Mayotte et la Croix-Rouge pour ouvrir un second IFSI à Mayotte. Le projet, travaillé depuis plusieurs mois, est aujourd'hui suspendu à la décision du Conseil départemental d'autoriser cette ouverture et d'en supporter le coût de fonctionnement. Il convient ici de noter que la question du financement des formations paramédicales demeure un point d'achoppement important entre l'ARS et le Conseil départemental, bien que la DGOS ait confirmé que le transfert de compétences issu de la départementalisation se soit accompagné d'un transfert de ressources financières permettant d'assurer celles-ci.

✓ Engager les premières étapes visant à instaurer une offre de formation maïeutique à Mayotte

L'OPTION DE MISE EN PLACE D'UNE ECOLE DE SAGE-FEMME A MAYOTTE N'APPARAÎT AUJOURD'HUI PAS REALISTE, CONSIDERANT NOTAMMENT L'ABSENCE DE RESSOURCES HUMAINES ET D'INGENIERIE LOCALE POUR ASSURER LA DEFINITION ET LA MISE EN ŒUVRE D'UNE FORMATION DIPLOMANTE DE CE TYPE. NEANMOINS, IL APPARAÎT NECESSAIRE DES A PRESENT D'AMORCER CETTE STRUCTURATION D'UNE OFFRE DE FORMATION LOCALE, DANS UN SCHEMA QUI REPOSERAIT A COURT TERME SUR L'INSTAURATION D'UN PARTENARIAT AVEC UNE ECOLE DE SAGE-FEMME IMPLANTEE AILLEURS EN FRANCE, ET LA CREATION D'UNE ANTENNE DE CETTE ECOLE A MAYOTTE (SUR LE MODELE DE LA FORMATION IBODE EN PARTENARIAT AVEC LE CHU DE NANTES).

Afin de permettre cette réalisation, l'ARS met en place un plan d'actions intégrant d'une part sur le territoire mahorais, des sensibilisations/informations aux métiers de la santé (fortement méconnus) ; des partenariats avec les écoles de SF de l'Hexagone qui ont des places vacantes de formation et qui pourraient accueillir des mahorais. Ceci trouvera alors sa continuité avec la proposition de création d'une antenne d'une école de SF à Mayotte.

**PRIORITE N°3 : DEFINIR UN NOUVEAU MODELE DE FONCTIONNEMENT ET
DE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE A MAYOTTE**

Mayotte est le seul département français dans lequel l'aide médicale d'Etat (AME) et le dispositif des soins urgents n'existent pas. Dans les faits, l'absence d'AME se traduit par un accès aux soins pour les personnes irrégulières limité au seul établissement de santé public mais quasi-gratuit dans celui-ci. **85 000 personnes en situation irrégulière ont ainsi reçu des soins au Centre hospitalier de Mayotte (CHM) en 2022.** Il convient de noter par ailleurs que le CHM est aujourd'hui encore financé via une dotation globale, et non pas en tarification à l'activité (TZA).

L'absence d'AME à Mayotte contribue ainsi à l'existence du système très hospitalo-centré sur l'île, avec un CHM positionné de fait en offreur de soins de premier recours pour les personnes en situation irrégulière sur l'île. Ce mode de fonctionnement ajoute un flux de patients considérable à l'activité du CHM et participe à son engorgement et à la surcharge de celui-ci. Ceci a un impact négatif à la fois sur la disponibilité des soins pour l'ensemble de la population mais également sur la qualité et la sécurité des soins qui sont proposés.

Un dispositif innovant pourra alors être travaillé avec la DGOS afin de trouver les moyens de financer, autrement que par le CHM, les opérateurs privés qui auront conventionnés avec l'ARS dans le cadre d'un contrat de service public hospitalier – SPSH (comme vu plus haut en aide à l'investissement). En effet, aujourd'hui, le CHM finance l'activité de soins d'un établissement privé de dialyse, complémentaire au CHM qui n'a pas de centre lourd en œuvre. Ceci n'est pas permis par le code de la santé publique et pose de nombreuses difficultés de gestion et relations.

Il est à noter par ailleurs que ce modèle de financement freine fortement le développement de l'ensemble du système de santé (volonté de développer les structures d'exercice coordonné, transfert de l'activité de délivrance de produits pharmaceutiques du CHM vers les officines de ville, installation de deux nouvelles cliniques privées, organisation de campagnes de dépistage ou vaccination ou le déploiement des grandes priorités nationales en santé publique, ...).

A cet égard, il apparaît primordial de définir aujourd'hui un nouveau modèle de financement du système de santé à Mayotte, qui devra permettre d'une part d'assurer une orientation. Deux options sont envisageables.

1. OPTION A : INTRODUIRE UNE AIDE MEDICALE D'URGENCE TERRITORIALISEE A MAYOTTE

Mayotte est caractérisée par la jeunesse de sa population, considérant notamment le fort taux de natalité qui prévaut depuis plusieurs années. De façon corollaire, l'activité gynéco-obstétrique constitue une part très importante de l'activité hospitalière (près de 27% des motifs de séjour hospitaliers).

Considérant ces spécificités, et en sus des éléments relatifs au panier de soins urgents (urgence vitale, maladies aiguës médicales ou chirurgicales, grossesse), il pourrait être proposé d'instaurer à Mayotte une nouvelle ouverture de droits médicaux, plus stricte que l'aide médicale d'Etat, restreinte aux besoins essentiels identifiés localement. Cette aide médicale d'urgence territorialisée pourrait être restreinte au panier de soins suivants : soins de suivi des nourrissons et des enfants (dont vaccinations obligatoires), soins suites à des maladies bénignes infectieuses de l'adulte, soins liés à la contraception et à la grossesse de la femme.

Par rapport à la situation existante, d'une aide médicale urgente territorialisée à Mayotte	
... Permettrait	... Ne permettrait pas / plus
D'orienter les patientes vers les sages-femmes – notamment lors de périodes de tension au CHM –, et un pédiatre libéral	D'orienter massivement les patients sans affiliation sociale en-dehors du CHM (dont les pharmacies d'officines, laboratoires de biologie médicale, MSP/CDS,...).
De couvrir une part importante des dépenses engagées par le conseil départemental de Mayotte et son service de la PMI pour assurer la prise en charge des femmes sans affiliation sociale (qui composent la grande majorité de la file active de la PMI).	D'assurer une prise en charge et un suivi des patients chroniques. La prévalence des pathologies chroniques est particulièrement élevée à Mayotte. Pour rappel, les 2 principales causes de décès sont les pathologies cardiovasculaires et aux cancers avec des prévalences et des incidences supérieures à celles de la France métropolitaine (17% de diabétiques, 48% d'hypertendus à Mayotte) ; par ailleurs, les deux principales causes de décès sur le territoire procèdent des pathologies cardiovasculaires et des cancers. La prise en charge des patients chroniques par obtention d'un titre de séjour pour soins n'apparaît par ailleurs pas être une bonne solution, dans la mesure où elle pourrait créer un véritable « appel d'air » sur le territoire.
D'engager des campagnes et actions visant à promouvoir l'accès à la contraception, sur un territoire où l'indice de fécondité demeure très élevé.	D'assurer une prise en charge précoce des patients dans une logique de parcours. Les ruptures de soin qui seront engendrées par la non prise en charge des soins liés aux pathologies chroniques vont entraîner des aggravations systématiques de leur état de santé et aboutir à des hospitalisations pour complications de ces maladies chroniques. Ces prises en charges tardives généreront une dégradation globale de l'état de santé de ces populations, une suractivité hospitalière et un surcoût pour notre système de santé.

<p>D'instaurer une part de tarification à l'activité sur certaines activités du CHM (dont notamment l'activité gynéco-obstétrique, représentant près de 30% de l'activité du CHM).</p>	<p>De déployer une approche préventive des pathologies les plus prévalentes à Mayotte, et les campagnes de santé publique prioritaires associées (dépistage, vaccination) identifiées localement et nationalement (vaccination HPV, dépistage diabète-HTA...)</p>
	<p>D'accélérer le développement de l'offre de santé sur le territoire (transfert de l'activité de délivrance des médicaments, développement de l'offre privée...). Cette mesure ne permettrait ainsi pas d'accompagner la volonté de l'ARS – transcrite dans son PRS – de réduire les inégalités sociales de santé sur le territoire.</p>
	<p>De fluidifier la prise en charge des patients, considérant la difficulté pour les professionnels de santé et les patients à déterminer, dans une prise en charge unique, ce qui relèverait ou non du panier de soins inclus dans l'AMU territorialisée. Ce régime particulier viendrait ajouter une complexification administrative dont la charge reposera sur des structures de santé ou des professionnels déjà sous pression. Le coût organisationnel serait sans doute supérieur aux bénéfices escomptés.</p>

Ce modèle nécessitera par ailleurs, comme c'eût été le cas pour l'instauration de l'AME telle qu'elle existe ailleurs en France, **certaines adaptations conséquentes** :

- Instauration d'un système d'information robuste, en lien avec l'Assurance maladie ;
- Réflexion sur l'évolution du modèle de financement du CHM ;
- Instauration de dispositifs permettant l'accès aux droits, etc.

Il convient enfin de noter que cette évolution du modèle de prise en charge devra pouvoir être pensée en lien étroit avec les perspectives de développement du territoire et la situation administrative des résidents. La population de Mayotte est aujourd'hui officiellement estimée à environ 300 000 personnes. Le nombre de personnes sans affiliation sociale représenterait plus du tiers de la population en 2020.

De fait, il apparaît important, dans ce schéma, de pouvoir assurer une prise en charge en première ligne de l'ensemble des patients de Mayotte. Le surcout initial lié à la prise en charge de première ligne et de suivi (à considérer ici comme un investissement) serait à moyen terme compensé par la non prise en charge des complications (nécessitant des hospitalisations dans des pôles d'expertise avec des prises en charge largement plus coûteuses en moyens humains, matériels et donc financiers.). Aussi, le schéma de prise en charge précédemment dessiné pourrait être opérant si la proportion et le nombre de personnes sans affiliation sociale diminuait fortement sur le territoire. La transition vers ce schéma est donc à penser sur le long terme.

2. OPTION B : SANCTUARISER, SUR LE FIR DE L'ARS DE MAYOTTE, UNE ENVELOPPE BUDGETAIRE DEDIEE AU DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE EN SANTE A MAYOTTE

Considérant la modification substantielle que représenterait l'instauration d'une AMU territorialisée à Mayotte, la difficulté à assurer une prise en charge satisfaisante en premier recours de l'ensemble de la population, et le temps nécessaire à sa mise en œuvre, il est opportun de réfléchir à la mise en œuvre d'un système transitoire, non pas centré sur l'ouverture de nouveaux droits aux personnes non affiliées, mais sur la possibilité donnée à certains établissements hors CHM de pouvoir assurer des prise en charge universelles.

Concrètement, et dans la double optique d'orienter les patients non affiliés hors du CHM et de favoriser le développement de l'offre de soins à Mayotte, il est proposé d'octroyer à certains établissements / structures une enveloppe budgétaire (via le FIR ARS) qui leur permette de prendre en charge des patients non affiliés, en l'absence de financements AME.

A court et moyen terme, il serait opportun de pouvoir étendre ce modèle aux structures suivantes :

- Les structures d'exercice coordonné, permettant par ailleurs d'inciter à la pratique en exercice coordonné ;
- Les pharmacies d'officine, permettant d'entériner le transfert d'activité de la délivrance des médicaments des CMR vers les officines de ville ;
- Les opérateurs porteurs du 1er recours en téléconsultation
- Les cliniques privées : actuellement, seules les SAS, Maydia (opérateur en dialyse) et les Flamboyants (opérateur de SMR complémentaire au CHM) sont installées à Mayotte, mais de nouveaux et nombreux projets doivent pouvoir aboutir très prochainement et nécessiteront des créations de GCS ;
- Les laboratoires privés : une structure existante, et projet de développement ;
- Les sociétés de transport sanitaire privées.

Ce modèle permettrait par ailleurs de financer l'ensemble des actions de prévention que prévoit de déployer l'ARS (notamment en matière de vaccination et de dépistage), et d'accompagner de manière satisfaisante les actions prioritaires gouvernementale en matière de santé publique.

**PRIORITE N°4 : PARACHEVER LE DERNIER KILOMETRE SUR LES ENJEUX DE
SANTÉ PUBLIQUE MAJEURS DU TERRITOIRE**

**1. DETERMINER UN PROGRAMME D'ACCES A L'EAU POUR TOUS SUR L'ENSEMBLE DE L'ILE
POUR DIMINUER LES RISQUES EPIDEMIQUES**

Le réseau de distribution d'eau potable ne dessert à Mayotte qu'environ 75% des foyers du territoire. Aussi, ce sont donc plusieurs dizaines de milliers de personnes à Mayotte qui ne bénéficient pas d'un accès à l'eau potable direct, causant des risques sanitaires majeurs, que ce soit par les défauts d'hygiène ou par les risques de contamination induits par la consommation d'eaux non contrôlées (eaux des rivières, eaux des puits...). La récente crise du choléra en 2024 a ainsi de nouveau mis en exergue l'impérieuse nécessité de faciliter l'accès à l'eau potable pour tous, afin de freiner la propagation des épidémies. Ces éléments ont par ailleurs été soulignés par le Pr Renaud Piarroux, venu en expertise à Mayotte dans le cadre de cette crise.

Afin d'améliorer cette situation, l'ARS s'est ainsi engagée dès le début des années 2000, en déployant un réseau de bornes fontaines monétiques (bornes publiques accessible grâce à une carte prépayée et rechargée) sur l'ensemble du territoire ; à ce jour, une centaine de bornes sont opérationnelles à Mayotte. Une convention tripartite entre l'ARS, le syndicat des eaux de Mayotte (LEMA) et son délégué (SMAE) permet aujourd'hui de poursuivre le déploiement de ce dispositif, à raison de 10 BFM supplémentaires par an (coûts d'investissement entièrement supportés par l'ARS).

Malgré ces efforts, il est évident aujourd'hui que l'accès à l'eau pour tous n'est toujours pas garanti à Mayotte, contrevenant d'une part à la directive européenne UE 2020/2184, d'autre part aux enjeux de santé publique et de protection des populations face au risque épidémique. A ce titre, il serait nécessaire aujourd'hui de disposer de 140 BFM (soit 2,1 M€) supplémentaires pour couvrir des besoins minimaux (20l/j/personne), voire 500 (7,5 M€) pour assurer la couverture de besoins corrects (50-100l/j/personne). Des dispositifs alternatifs, tels que les rampes (points d'accès gratuits à l'eau), ont pu être déployés, notamment au moment de l'épidémie de Covid, puis durant la crise de l'eau, afin d'augmenter les points d'accès publics à l'eau potable sur l'île. Ces dispositifs sont cependant fortement décriés par les élus locaux et une partie de la population, considérés comme réservés aux populations en situation irrégulière.

En tout état de cause, il apparaît aujourd'hui nécessaire qu'une réflexion approfondie soit menée pour couvrir de façon pérenne les modalités d'accès à l'eau des populations aujourd'hui non raccordées au réseau de distribution.

2. ORGANISER LES MOYENS HUMAINS ET MATERIELS POUR REPENDRE AUX URGENCES SANITAIRES OU AUX OPERATIONS MASSIVES DE SANTE PUBLIQUE NECESSAIRES A LA PROTECTION DE LA POPULATION

Le territoire de Mayotte est, de façon récurrente, confronté à d'importantes crises dont les effets de bords sur la santé des populations sont notables (cyclone CHIDO puis tempête DIKELEDI cette année, crise du choléra en 2024, crises répétées de l'eau en depuis 2021), qui nécessitent à cet égard la projection rapide de renforts et de moyens sur place, afin de stabiliser la situation locale. Par ailleurs, la population de Mayotte souffre d'une importante vulnérabilité sanitaire, considérant notamment les très faibles taux de couverture vaccinale et recours au dépistage ; de fait, la projection de renforts et de moyens apparaît également indispensable afin de limiter tout débordement dans la gestion de crise.

La forte vulnérabilité sanitaire de la population à Mayotte s'explique en partie par les faibles taux de couverture vaccinale et recours aux offres de dépistage, qui conduisent dans le premier cas à une surexposition en période de risque épidémique, dans le deuxième à des retards de prise en charge difficilement supportables par le système de santé locale. L'organisation de l'offre de soins, et notamment le caractère très embryonnaire de l'offre de ville ainsi que celle de la PMI, ne permettent aujourd'hui pas d'assurer une offre de dépistage et de vaccination satisfaisante pour la population.

C'est dans ce contexte que l'ARS Mayotte avait notamment conduit des opérations d'ampleur ces dernières années : opération massive de dépistage du diabète et de l'hypertension (10 000 personnes dépistées au mois de septembre 2022), opération massive de rattrapage vaccinal DTP/ROR en milieu scolaire au printemps 2023 qui aura par exemple permis de rehausser de 25% à 70% la couverture vaccinale des collégiens. Ces opérations ont pu être mises en œuvre grâce au concours de la Réserve sanitaire, qui a, sur une période déterminée, pu projeter un *pool* important de renforts soignants.

Dans l'attente de la consolidation d'une offre de proximité satisfaisante, il apparaît nécessaire de poursuivre dans les mois et années à venir ces opérations de rattrapage, qui constituent de véritables urgences de santé publique, et pour lesquelles l'ARS dispose d'un véritable savoir-faire. Plusieurs facteurs pourraient aujourd'hui faciliter ces interventions.

✓ Créer une PUI commune au SDIS et à l'ARS Mayotte

Les interventions de terrain de l'Agence sont aujourd'hui fortement tournées vers des opérations de vaccination ou traitement, de façon préventive ou réactive selon les épisodes de crises et départs épidémiques rencontrés. En l'absence de circuit d'orientation de proximité, l'ARS dispose aujourd'hui de ressources humaines en capacité d'être projetés dans les meilleurs délais sur le terrain pour intervenir autour de ces situations. L'intervention rapide repose cependant sur la disponibilité de vaccins ou de traitement, dont le circuit défini aujourd'hui n'apparaît pas optimal (circuit reposant notamment sur un conventionnement entre l'Etablissement pharmaceutique de la Réserve sanitaire et l'un des grossistes répartiteurs de l'île).

Dans cette optique, et afin de disposer de vaccins ou traitements de façon sécurisée en proximité immédiate, l'Agence souhaite pouvoir disposer d'une pharmacie à usage intérieur – partagée avec le SDIS. Des réflexions ont été engagées afin de déterminer les conditions matérielles et humaines nécessaires à cette configuration.

✓ **Revoir le cadre d'emploi et de mobilisation de la Réserve sanitaire**

L'ARS Mayotte sollicite aujourd'hui très régulièrement le concours de la Réserve sanitaire, en premier lieu pour venir en appui des services de l'hôpital, en second lieu pour répondre à des urgences sanitaires fréquentes (filiales spécialisées au CHM, interventions de terrain multiples). Si la Réserve constitue aujourd'hui un vivier indispensable à Mayotte pour surmonter les défis de santé du territoire, il apparaît aujourd'hui nécessaire de repenser ses modalités d'engagement et d'action, afin qu'elles s'adaptent mieux encore aux situations d'urgence sanitaire.

A cet égard, il conviendrait notamment de réfléchir à la modification du cadre d'emploi des réservistes, afin que ceux-ci soient projetables plus rapidement sur les terrains qui le nécessitent, dans des conditions souvent dégradées. Il serait sans doute à ce titre intéressant de glisser d'une logique de volontariat à une logique d'engagement ; de même, il apparaît indispensable que la quotité de travail des Réservistes, aujourd'hui plafonnées à 35h/semaine, puisse être relevée et progressivement harmonisée avec les temps de travail des personnels en poste sur place. Enfin, il sera sans doute opportun de réviser et alléger les conditions d'accueil et de prise en charge des Réservistes sur les terrains d'opération. Cette plus grande flexibilité des mobilisations dans le cadre de la Réserve sanitaire pourrait être compensées par des revalorisations de frais de missions.

De façon corollaire, il apparaît nécessaire d'imaginer les conditions d'acquisition de matériel au sein du ministère de la Santé (et notamment de modules type EMT 1), qui pourraient être déployés sur les théâtres, en relai des projections réalisées par la Sécurité civile.

✓ **Pérenniser la solidarité inter-ARS déployée post-CHIDO**

Les 17 autres Agences Régionales de Santé se sont immédiatement mobilisées. Si le cadre juridique a été mis en œuvre rapidement – au travers de mise à disposition d'agents au profit de l'ARS de Mayotte via une convention simplifiée -, les ARS ont été confrontées à la nécessité d'identifier parmi leurs agents ceux possédant les compétences idoines et pouvant être mobilisés très rapidement. L'identification de « ressources mobilisables » tout en consolidant les modalités d'intervention de ces personnels permettrait de créer une « task force » des ARS tant à leur profit commun qu'à celui d'autres organismes.

3. DEVELOPPER DRASTIQUEMENT LES EQUIPES DE MEDIATEURS EN SANTE A MAYOTTE POUR DUPLIQUER LES ACTIONS EN ALLER-VERS

Le rôle des médiateurs en santé apparaît aujourd'hui absolument déterminant dans la mise en œuvre des politiques de santé publique, que ce soit dans l'appui aux opérations massives déclinées sur le terrain, dans l'interaction quotidienne avec la population ou dans les remontées d'informations diverses.

Le projet régional de santé de Mayotte 2023-2028 prévoyait notamment une structuration des politiques de santé par bassin de santé (5 bassins recoupant les périmètres intercommunaux de Mayotte), et le renforcement dans chacun de ces bassins des équipes de médiateurs en santé. Ce renforcement passera par 2 leviers :

- A court terme, un engagement financier fort du ministère de la Santé pour permettre aux associations de recruter massivement ce type de profil ;
- A moyen terme, l'opportunité de mettre en place à Mayotte une formation de médiateurs en santé.

PRIORITE N°5 : CONCENTRER LES EFFORTS DE SANTE A DESTINATION DES PUBLICS JEUNES

Mayotte se caractérise par une densité de population particulièrement élevée. La plupart des indicateurs de santé à Mayotte illustrent les fortes inégalités de santé qui persistent par rapport au reste de la France : 77% des habitants à Mayotte vivent en dessous du seuil de pauvreté national, l'espérance de vie est 7 à 11 ans inférieure aux moyennes nationales. Mayotte se caractérise également par sa pyramide des âges singulière : la moitié des habitants a aujourd'hui moins de 18 ans. Les indicateurs de santé des jeunes à Mayotte sont également très dégradés : 16% des jeunes filles sont en surpoids quand 14% des jeunes garçons sont en insuffisance pondérale ; 1 élève de primaire sur 2 n'était pas à jour de son rappel vaccinal DTP. A ce titre, l'amélioration de la santé des jeunes à Mayotte constitue l'un des objectifs prioritaires inscrit dans le Projet régional de santé de Mayotte 2023 – 2028.

Considérant que la structuration de l'offre de soins sur le territoire dans les années à venir ne permettra pas de répondre à l'ensemble des besoins de la population de l'île, l'objectif serait de pouvoir concentrer une part importante des efforts en direction des publics jeunes, afin que ceux-ci démarrent leur vie d'adulte dans les meilleures conditions de santé, et limitant ainsi les recours aux soins par défaut ou retard de prise en charge à l'âge adulte. Au regard de la captivité des jeunes dans les établissements scolaires, le renforcement de l'offre de santé à destination de ce public devra inévitablement passer par un partenariat fort entre l'ARS et le Rectorat de Mayotte.

1. D'ICI LA FIN DE L'ANNEE : ACCENTUER L'ENGAGEMENT DE L'AGENCE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS SCOLAIRES POUR SOULAGER LES SERVICES DE LA MEDECINE SCOLAIRE

Au regard de l'impact du cyclone CHIDO sur le fonctionnement des établissements scolaires et sur la santé des jeunes, l'ARS est prête à s'engager plus fortement dans les mois à venir, afin notamment de soutenir les services de la médecine scolaire à Mayotte. La mise en place de ce plan d'action nécessitera cependant i) que le Rectorat dispose de moyens organisationnels suffisants pour faciliter les interventions en milieu scolaire et ii) que l'ARS dispose de renforts pour conduire ces actions afin de ne pas abandonner totalement celles initialement programmées, notamment en population générale.

Sur le modèle « officier de liaison », un conseiller technique épaulerait le Rectorat afin de disposer d'un relais efficient.

✓ **Pour les élèves du 1er degré : L'amélioration des mesures d'hygiène pour lutter contre le risque épidémique**

La surveillance sanitaire du département repose aujourd'hui en partie sur les remontées d'information des infirmier.es scolaires. L'objectif serait, en lien avec l'ARS Mayotte et Santé publique France, de disposer d'informations plus précises au niveau du 1^{er} degré, afin d'orienter les actions idoines sur les secteurs et établissements les plus fragiles :

- Dans les secteurs sans signal particulier, l'ARS Mayotte pourrait accompagner et soutenir le corps enseignant dans la diffusion des recommandations sanitaires élémentaires et de messages de prévention (hygiène individuelle et collective). Cet accompagnement pourrait prendre la forme de contenus adaptés au jeune public et/ou de formations spécifiques à destination des personnels de

l'Education Nationale (service de santé scolaire, chefs d'établissements, enseignants, parents d'élèves, ...).

- Dans les secteurs où un signal particulier serait identifié, l'ARS Mayotte serait en mesure de proposer des capacités d'intervention renforcées :
 - Intervention en direct via les réseaux de médiateurs sanitaires dans les établissements scolaires pour organiser des sessions de formation et de sensibilisation des élèves sur les mesures d'hygiène à respecter (lavage des mains, consommation d'eau potable, modalités de stockage de l'eau) ;
 - Configuration d'une offre de santé adaptée, en lien avec l'offre de proximité existante (définition de plages horaires dédiées aux élèves dans les dispensaires) ou en lien avec les différentes équipes mobiles intervenant sur le territoire ;
 - Mise à disposition de matériel (galets de chloration, savon) aux collectivités locales pour renforcer les mesures d'hygiène dans les établissements scolaires.

✓ **Pour les élèves du 2nd degré : Une action de rattrapage de la couverture vaccinale et des consultations obligatoires pour les classes de 5ème**

De nombreux élèves ne sont aujourd'hui pas à jour de leurs consultations ou couverture vaccinales obligatoires. L'objectif serait de pouvoir sécuriser, pour une classe d'âge clé, un bilan complet de consultation et rappel vaccinal DTPc en 2025.

Concrètement, l'objectif serait de cibler l'ensemble des élèves scolarisés cette année en 5^{ème}, afin de :

- Proposer une consultation de dépistage à ceux n'ayant pas pu bénéficier, en classe de 6^{ème}, de celle obligatoire réalisée par les professionnels de santé scolaire
- Proposer dans le même temps un rattrapage du calendrier vaccinal.

Ce soutien médical et paramédical pourrait être réalisé avec le concours du service des Actions de santé du CHM ainsi que des équipes mobiles aujourd'hui mobilisées sur la gestion du risque épidémique en population générale.

2. A L'HORIZON DE LA PROCHAINE RENTREE SCOLAIRE : ETABLIR UNE CONVENTION CADRE ARS-RECTORAT DETERMINANT LES ACTIONS PRIORITAIRES ET MOYENS ENGAGES POUR AMELIORER LA SANTE DES JEUNES SCOLARISES

Plusieurs actions prioritaires pourraient être identifiées de façon conjointe entre l'ARS et le Rectorat, dans l'optique d'améliorer durablement la santé des jeunes à Mayotte. La détermination de ces actions prioritaires et des besoins matériels et humains nécessaires pour les conduire pourrait être conduite d'ici la fin de l'année scolaire, pour aboutir à la signature d'une convention cadre à horizon septembre 2025, avec l'engagement au même moment de nouvelles actions. D'ores et déjà, plusieurs pistes de travail peuvent être identifiées :

- Pour le premier degré : mise en place de programmes de développement de compétences psychosociales, vérification des carnets de vaccination et orientation vers le rappel, développement des actions de santé bucco-dentaire, etc.
- Pour le second degré : mise en place d'espaces de vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS), organisation d'un circuit d'orientation à la vaccination HPV, santé mentale, etc.

Ces discussions devront permettre de définir clairement, au-delà des priorités de santé publique identifiées et partagées par l'ARS Mayotte et le Rectorat, les moyens humains et financiers engagés de part et d'autre et des modalités de gouvernance permettant de garantir la mise en œuvre effective des actions définies. Dans cette optique, et dans un cadre expérimental à Mayotte, deux réflexions doivent pouvoir être amorcées :

- L'instauration d'une autorité fonctionnelle de l'ARS Mayotte sur le service de santé scolaire du Rectorat, afin d'assurer une coordination plus directe entre les deux ministères ;
- L'élargissement des compétences aujourd'hui dévolues aux médecins et infirmiers scolaires.

PRIORITE TRANSVERSALE : AUGMENTER LES CAPACITES D'ACTION DE L'ARS MAYOTTE

1. ELARGIR LE DROIT DE DEROGATION DU DG ARS DE MAYOTTE

Afin de tenir compte des difficultés régulièrement rencontrées par l'ARS pour assurer un développement rapide du système de santé, il est proposé d'élargir le champ de dérogation du directeur général de l'ARS, afin que ce dernier puisse plus aisément orienter les financements vers des projets d'intérêt pour Mayotte, adapter les pratiques professionnelles, ou encore organiser de nouveaux modèles de prise en charge.

Ces pouvoirs dérogatoires, qui pourraient être circonscrits sur la période du plan « Mayotte Debout » doivent permettre d'initier un développement rapide des projets pour engager une dynamique vertueuse sur le territoire.

A titre indicatif, ces dérogations pourraient porter sur plusieurs aspects :

- Développement accéléré de l'offre de soins (autorisation d'activités spécialisées malgré le non-respect des seuils minimaux mais réalisés par des opérateurs de proximité avec des solutions de proximité régionale, ...)
- Adaptation des missions des ressources humaines en santé (simplification de la mise en œuvre des protocoles de délégations de tâches, autorisation du regroupement familial pour les PADHUES)
- Adaptation des financements (dérogation aux arrêtés nationaux et aux cahiers des charges associés pour le déploiement de dispositifs ne répondant pas aux besoins identifiés localement, ...).

Une évaluation régulière sera formalisée afin de mesurer les impacts de ce nécessaire élargissement du droit à dérogation.

2. ENCADRER L'AUGMENTATION TEMPORAIRE DU PLAFOND D'EMPLOI DE L'ARS MAYOTTE

L'ARS Mayotte est composée de 150 agents, dont 70 agents de la lutte antivectorielle. Malgré une implication forte, les effectifs de l'ARS sont composés en grande partie de personnels devant bénéficier d'un accompagnement puissant en matière de formation et de ressource humaine.

Les directions métiers, notamment la DOSA est confronté à une double réalité : celle d'accompagner les transformations des offres/réformes/évolutions des offres mises en œuvre par le National et dans le même temps, assurer un rythme cadencé des appels à projets, autorisations sanitaire, co-construction des structures pour dynamiser le développement de son offre. Cela nécessite un renforcement sur le secteur de l'autonomie et de l'offre hospitalière.

Aussi et en sus des renforcements vus plus haut sur les investissements en santé, l'ARS de Mayotte sera obligée de mettre en œuvre des compétences d'analyses médico économiques (avènement du Privé hospitalier) et de pondération des GMP sur le futur EHPAD, missions qui ne sont pas aujourd'hui mise en œuvre à Mayotte. Pour cela, des partenariats sur ces métiers très techniques et spécifiques seront nécessaires avec d'autres ARS, de l'Hexagone ou d'Outre-mer au travers le CRN.

Le volet Santé du plan « Mayotte Debout » et le PRS 2023-2028 appellent des savoir-faire et savoir-être décisifs au regard de l'ambition légitime des enjeux à relever. Le turn-over des équipes accentue par ailleurs cette perte de savoir-faire au fil du temps. Dans ce contexte, et afin de ne pas bouleverser l'écosystème interne et provoquer de nouvelles tensions sociales, il apparaît nécessaire que l'ARS Mayotte bénéficie, dans les deux ans à venir, d'un pool de 15 cadres et cadres supérieurs missionnés pour mener à bien ces chantiers stratégiques.

- Cette marge de manœuvre supplémentaire et agile permettra par ailleurs d'engager une véritable réflexion sur la refonte de l'organisation interne de l'Agence régionale de santé de Mayotte largement engagée en matière de Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

En effet, si sa structuration est aujourd'hui globalement calquée sur celle des autres Agence (direction de l'offre de soins, direction de la santé publique, ...), il apparaît important aujourd'hui de prendre en considération le fait que la succession régulière de crises sur le territoire conduit régulièrement l'Agence à modifier temporairement ses organisations, afin de répondre aux besoins de très court terme.

Dit autrement, si les mobilisations court-termistes des autres Agences relèvent de situations exceptionnelles et épisodiques, elles deviennent à Mayotte quasi-permanentes, laissant à la construction des politiques de long-cours une place résiduelle. S'il apparaît nécessaire de ne pas abandonner les projets de long-terme, notamment dans la période de reconstruction qui s'ouvre, il convient cependant d'étoffer de façon plus pérenne les organes de gestion de crise au sein de l'ARS Mayotte.

La logique de cette dotation exceptionnelle essentielle de 15 ressources supplémentaires est de fournir une force agile et flexible venant en support des membres du Comité de direction de l'ARS Mayotte. Ces moyens seront délégués à partir d'un contrat de missions formalisé autour d'objectifs mesurables à atteindre par chaque directeur support et métiers de l'agence.

3. AUGMENTER LES DOTATIONS DE FINANCEMENT POUR L'ARS MAYOTTE

La population de Mayotte présente aujourd'hui des indicateurs de santé très dégradés par rapport aux moyennes nationales. Aussi, il existe sur ce territoire un véritable enjeu singulier comparé aux autres régions françaises de développement d'un système de santé. L'élaboration d'un premier projet régional de santé, adopté le 30/10/2023, s'inscrit dans cette logique de « rattrapage ». Le FIR de l'ARS Mayotte (environ 28 M€/an pour 2024 et 36 M€ pour l'année 2025) représente une allocation de 120 €/hab/an (soit seulement 46 euros par an et par habitant de plus qu'en Ile-de-France), quand elle est de 133€ à la Réunion et 220€ en Guyane.

Cette enveloppe est en grande partie mobilisée pour assurer des missions extra-réglementaires (absence d'AME, fonctionnement de dispositifs dérogatoire, intervention sur des champs d'action hors sanitaire comme la sécurisation des professionnels de santé, ...) et le financement de la réserve sanitaire déployée auprès du CHM (pour un montant estimé de 6,5 M€ en 2025 hors la crise liée à CHIDO).

Une première estimation de la mise en œuvre des principaux nouveaux dispositifs fait apparaître un besoin de financement d'environ 20 M€ par rapport à la dotation FIR actuelle. A cet égard, et tenant compte par ailleurs des diverses crises qui secouent le territoire et qui nécessitent des engagements financiers exceptionnels, il apparaît indispensable que la trajectoire financière de l'enveloppe FIR soit revue à la hausse : un rehaussement de celle-ci à hauteur de 45 M€ dès 2025 et dans une dynamique à la hausse pour les cinq années suivantes (autour de 50 M€ annuel) apparaît à ce titre indispensable.

Les passages du cyclone CHIDO et de la tempête DIKELEDI marqueront durablement Mayotte dans sa chair, son esprit, ses ressources et ses besoins alors même que le territoire se singularisait déjà par des indicateurs sociaux et sanitaires très dégradés.

Si on osait l'écrire et porté par « *La vie, c'est la santé* », ces derniers épisodes dramatiques exceptionnels peuvent aussi constituer une opportunité en matière de résilience et ce plan en est l'illustration.

Guidé par le Projet régional de santé 2023-2028, le collectif de l'ARS Mayotte en progression constante dans son implication grâce à un plan d'animation territoriale en lien avec les Elus est un maillon essentiel et jouera son rôle à plein afin de faire bouger les lignes Santé au bénéfice des Mahoraises et Mahorais.



ANNEXE N° 10 : TÉMOIGNAGES D'ASSURÉS SOCIAUX MAHORAI

« L'hôpital de Mayotte est **tellement saturé** qu'il est quasi impossible d'obtenir un diagnostic sur un malade et s'il y a, sa fiabilité est douteuse. Tu pars à l'hôpital pour des douleurs intenses on te prescrit un Doliprane souvent sans prise de tension ou autre. Combien de nos proches ont-ils perdu la vie car pendant plus d'un an ils ont effectué des aller-retour à l'hôpital pour des Dolipranes. **Jamais les soignants n'ont eu le temps de prescrire** une simple prise de sang qui dévoile certaines anomalies comme le manque de fer, des reins anormaux ou encore un foie en défaillance. Ces simples prises de sang auraient pu et dû sauver des vies, mais les soignants n'ont pas assez de temps, d'expérience ou de motivation pour s'attarder sur les symptômes d'un patient ? Manque de soignants, de matériel médical ? Va savoir. En tout cas ce qui se dit c'est que la maternité est plus fonctionnelle que les autres services, laissés à l'abandon au profit de la natalité qui rapporte davantage. La prise en charge des malades sans grossesse est quasi inexistante à Mayotte. La plupart des Evasan s'avèrent être des malades dont le diagnostic est posé trop tard, dû à un parcours de soins négligé par les soignants. »

« Agression par une pierre qui atteint mon œil gauche - aucun acte médical au CHM à part des anti-douleurs **car 0 spécialiste** - même pas droit à une chambre individuel - Évasan **4 jours plus tard à la Réunion** - perte totale de la vue de l'œil gauche »

« Est ce qu'on doit parler de **désert médical** ou plutôt de **surpopulation dans l'île** ? Les mahorais n'ont pas accès à la santé car il y a **trop d'étrangers à l'hôpital** avec des maladies grave car ils vivent dans l'insalubrité. On fait la queue avec des personnes qui ne devraient pas être sur ce territoire [...]. »

« J'ai passé **2 jours, à jeun, à attendre** de passer au bloc pour une intervention bénigne car je n'étais pas une urgence vitale. J'ai vu une femme accoucher **par terre dans le couloir** sans que personne ne s'en rende compte. J'ai entendu une soignante s'effondrer en disant qu'elle venait de voir un patient en attente avec 7 de tension et 35 de température. Il pleuvait dans un couloir. Je connais quelqu'un d'une cinquantaine d'années à qui on a mis une sonde urinaire sans avoir eu de diagnostic. Sa famille a voulu l'EVASANER mais cela a été refusé. **Au bout de presque 6 mois** (après avoir fait pression auprès du préfet et demandé de l'aide d'un député) **il a été envoyé à La Réunion et on lui a expliqué que le cancer avait eu le temps de se généraliser, il devenu tétraplégique et a fini par décéder...** »

« Nous souhaitons porter à votre attention les graves dysfonctionnements rencontrés au Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) lors d'une prise en charge médicale au premier semestre 2022, qui ont eu des conséquences dramatiques pour la santé de mon épouse. Au premier semestre 2022, mon épouse a ressenti des douleurs abdominales. Elle a consulté une gynécologue en cabinet privé, qui a diagnostiqué une grossesse de quelques jours, non viable. La gynécologue a prescrit un médicament pour accélérer l'expulsion du fœtus et nous a orientés vers le CHM pour obtenir ce traitement. À notre arrivée au CHM, le personnel a refusé de fournir le médicament, estimant que l'expulsion était déjà en cours, **et nous a renvoyés chez nous sans autre suivi ni examen complémentaire**. Dans la nuit qui a suivi, mon épouse a souffert de saignements abondants et de pertes de connaissance. Nous avons contacté le SAMU, qui a dépêché une ambulance pour la transférer à l'hôpital de Mramadoudou. Sur place, elle a subi plusieurs pertes de connaissance. Le médecin a alors décidé son transfert aux urgences du CHM à Mamoudzou.

À Mamoudzou, mon épouse a été placée dans une chambre, mais n'a bénéficié d'aucun suivi médical pendant environ dix heures. Au bout de ce délai, elle a été autorisée à sortir sans aucun examen supplémentaire, avec pour seule information que le fœtus avait été expulsé.

Quelques jours plus tard, nous sommes partis en congé à Madagascar. Environ dix jours après la visite initiale au CHM, mon épouse a de nouveau souffert de douleurs abdominales intenses. Prise en charge en urgence à Madagascar, les médecins ont diagnostiqué une infection grave due à des résidus de la fausse couche non évacués. Un curetage a été réalisé pour nettoyer l'utérus, mais des complications ont nécessité une hystérectomie (ablation de l'utérus). Cette intervention a entraîné une infertilité définitive, avec des conséquences psychologiques et physiques lourdes pour mon épouse et notre famille. »

« Je suis Mahoraise, malgré tous les problèmes de prise en charge médicale à Mayotte, je tenais à accoucher mon premier enfant chez moi, dans mon île. Mais ce que j'ai vécu à l'hôpital de Mamoudzou m'a complètement détruite.

*J'ai dû subir une césarienne car après avoir perdu les eaux deux jours avant, je n'avais toujours pas de contraction, bébé se fatiguait alors on a dû le faire sortir par une opération. Ce qui m'a touché, c'est qu'après l'accouchement, **on m'a mis dans une chambre avec 2 autres personnes. En effet, nous étions 3 femmes dans la chambre avec nos 3 berceaux. Un médecin a ouvert la porte et a crié "vous allez faire couler Mayotte à force de trop accoucher ! c'est une chambre de deux personnes et vous voilà à trois ! On ne peut même pas circuler".***

Je me suis senti tellement mal car les deux autres femmes étaient des étrangères. Je me suis senti humiliée, alors que c'était mon premier enfant, à tout juste 28 ans.

Je ressentais beaucoup de douleur après la césarienne, mais mon mari n'avait pas le droit de m'assister les nuits. J'avais du mal à m'occuper de mon bébé toute seule. J'avais besoin d'aide. Mais même le personnel ne me donnait pas de l'aide. Elles me disaient être trop débordée. J'ai passé 5 nuits horribles à pleurer toutes les nuits. Je me sentais très malheureuse. Après cela, j'ai fait une longue dépression.

Pour mon deuxième accouchement, je m'étais préparée psychologiquement à tout subir. Oui, je comptais encore accoucher chez moi. Mais je n'avais pas réalisé que cela allait avoir un impact sur ma santé.

En effet, j'ai subi une autre césarienne, cette fois-ci j'avais des contractions mais mon col ne s'ouvrait pas. Alors que je réclamais d'aller en salle d'accouchement après des heures d'attente en douleur de contractions. Le personnel me demandait d'attendre. Attendre parce que d'autres femmes accouchaient. Il n'y avait pas de place pour me recevoir. J'ai attendu des heures à ne plus en pouvoir. Je réclamais la péridurale en pleurant de douleur. Mais je ne pouvais pas aller en salle d'accouchement, car les médecins étaient débordés.

*Après avoir attendu presque toute la nuit, il était maintenant 5 heures du matin. J'étais à bout de souffle et le cœur de bébé ralentissait. Ils m'ont donc permis d'aller en salle d'accouchement. Les médecins étaient exténués, ils avaient perdu toute leur patience. **Lors de la césarienne un médecin a dit "Sors de la sale gosse". Un autre disant "qu'il en pouvait plus, qu'il avait enchaîné 6 césariennes". Ça m'a tellement blessé, je me suis mise à pleurer. Encore une fois, je me suis sentie humiliée et blessée. Mais je comprenais leur fatigue.***

Pour mon 3ème enfant, je n'avais plus le courage d'accoucher à Mayotte. Je suis partie à la Réunion et j'ai une meilleure prise en charge. Pour une fois, j'ai compris ce qu'est le bonheur d'accueillir son nouveau-né.

J'ai malheureusement eu une rupture utérine pour cette grossesse, les médecins à la Réunion m'ont expliqué que cela serait dû probablement à la manière dont mes césariennes ont été recousues. De plus, les 2 derniers comptes-rendus d'accouchement que je leur ai donné n'étaient pas « clairs » et « incohérents » pour eux.

À cause de cela, les médecins me déconseillent d'avoir un autre enfant.

Peut-être que ma volonté de vouloir accoucher à Mayotte pour mes 2 premières grossesses, a détruit mes possibilités d'avoir d'autres enfants aujourd'hui ? »

« Je me permets de vous adresser ce mail pour témoigner d'une situation qui est, à mon sens, alarmante et malheureusement minimisée. Je suis une professionnelle dans le médico-social, et j'accompagne des personnes en situation de handicap. Dans le cadre de mon travail, je suis actuellement face à la situation d'une personne qui, en cas de crise, se montre violente envers ses proches et notamment ses deux enfants mineurs. Une prise en charge par le Centre Médico-Psychologique (CMP) est nécessaire pour l'isoler et soulager ses proches.

*Récemment, en début de soirée, cette personne a fait l'objet d'une intervention de la part des pompiers et de la gendarmerie pour l'amener de force au CHM de Dzoumogné. Une fois sur place, elle a reçu une injection pour la calmer. **Dans la foulée, les soignants ont contacté la famille pour venir la récupérer. Alors qu'ils auraient pu là transférer vers Mamoudzou pour une observation plus longue, le temps qu'elle se stabilise réellement et sans l'aide de l'injection qui ne dure que quelques heures.** La famille n'ayant pas un moyen de transport a refusé de se déplacer étant donné la distance entre leur domicile et le CHM. Un choix motivé par le contexte quotidien du village de Dzoumogné et surtout par rapport à l'heure de l'appel. Le matin, nous apprenons avec la famille que la patiente a fugué du CHM. Aucune investigation n'a été faite de leur part. Dans nos recherches, nous apprenons par des personnes extérieures le sens de son déplacement. **Au final, elle s'est rendue du CHM vers son domicile par ses propres moyens (à pied et en faisant de l'auto-stop). Des jours plus tard, lorsque la personne était dans un état moyennement lucide, elle nous explique la tentative de viol qu'elle a subi lors de son trajet entre le CHM et son domicile. Le CHM n'est pas revenu vers la famille pour connaître l'état de la patiente, aucune démarche n'a été faite. Pour eux, elle est partie en fugue. Ils n'ont plus de responsabilité envers la patiente.***

Je souhaite dénoncer l'absence de prise en charge adaptée pour les patients avec un profil psychologique non stabilisé. Il suffit de regarder le nombre de personnes concernées dans la seule commune de Mamoudzou, sans parler des 16 autres communes. Le CMP de Mamoudzou est le seul pour toute l'île à disposer d'un accueil avec hébergement, qui malheureusement compte peu de place. De ce fait, les patients sont accueillis dans la limite d'une semaine. Le cas doit être jugé « urgent ». Qu'est-ce qui est urgent ? Une mère qui agresse ses enfants mineurs n'est pas un cas urgent ? Oui, parce que la patiente est très souvent refoulée vers son domicile après moins de deux heures de prise en charge.

Les patients qui ont le malheur de faire des crises récurrentes, à l'annonce de leur nom, le Centre Médico-Psychologique de Mamoudzou, dans la discrétion, refuse leur admission. Ils sont automatiquement refoulés vers leur domicile. Il en est de même pour les pompiers et la gendarmerie.

Nombreux sont en errance et présentent des profils dangereux de par la violence dont ils peuvent faire preuve.

Le manque de professionnels du corps médical et depuis utilisé pour justifier l'absence d'une prise en charge digne et adaptée. Il justifie aussi le comportement de certaines soignantes vis-à-vis des patients ou bien des familles. Une situation qui dure et qui n'aide pas. Oui, lorsque j'entends un soignant dire « Encore elle ? Ou bien « elle fait expert ».

Les profils psy sont des armes. Ils présentent pour certains un comportement dangereux pour eux comme pour les autres. Des cas de meurtre et d'agression ont été recensés. Comment l'Agence Régionale de Santé de Mayotte et le CHM, dont le Centre Médico-Psychologique défaillant, peuvent-ils fermer les yeux sur ce sujet ?

Aujourd'hui, nous additionnons chaque mois le nombre de victimes. Souvent des proches aidants qui n'osent pas déposer plainte. Dans quel autre département voyons-nous des profils psychologiques non-stabilisés traîner dans les rues ou bien laissé à l'abandon dans leur seul refuge, le cercle familial ? Pourquoi un appel à projet pour une structure d'accueil de jour et d'hébergement ne fait pas surface à Mayotte ? Quand aura-t-on enfin des mesures concrètes pour soutenir et décharger les familles ? »

« Il n'y a pas si longtemps que ça, samedi dernier, je ressentais des fortes douleurs au niveau abdominal ne passaient pas malgré quelques médicaments. Dimanche, j'ai appelé le SAMU : la personne que j'ai eue au bout du fil n'avait pas l'air de s'inquiéter de mon état. J'ai insisté. Finalement elle m'a dit « on va envoyer une ambulance mais ce ne sera pas tout de suite ». Je me suis dit qu'il arriverait dans 1h ou 2h, donc j'ai raccroché. Au bout de 3h, voir 4h toujours rien, j'ai rappelé et là on me sort qu'il n'y a qu'une seule ambulance pour la nuit. Finalement, j'ai cherché quelqu'un pour m'y amener. Arrivé là-bas, sans m'avoir examiné, on me dit que mon cas n'est pas grave, qu'ils prennent en charge des patients qui se sont cassés des bras, jambes... Comment vous dire, j'ai été choqué, personnellement, je pense que les douleurs invisibles sont plus graves que quelqu'un qui s'est « juste » cassé le bras car ça peut être fatal si l'on ne cherche pas le problème qu'a la personne qui souffre avant que ça ne soit trop tard. Aujourd'hui, j'ai pris un billet pour me rendre en métropole pour me soigner et savoir ce que j'ai exactement car ça fait un moment que je ressens ces douleurs mais, plus le temps passe, plus les douleurs s'intensifient. »

« Les mésaventures sont nombreuses, mais je me permettrais de vous partager seulement 3 situations marquantes :

1. Décès tragique d'un enfant de 2 ans en raison d'une erreur de soins

Lors de la crise des urgences au CHM, un enfant âgé de 2 ans est décédé des suites d'une erreur médicale évitable. L'enfant, souffrant d'une gastro-entérite aiguë sévère, était dans un état de déshydratation critique et nécessitait une réhydratation urgente et adaptée. Malheureusement, le médecin en charge était un médecin de la réserve sanitaire sans formation ni compétence en pédiatrie. Il a alors administré par méconnaissance un produit de réhydratation totalement inapproprié pour les enfants et toxique dans ce contexte. Ce traitement inadéquat a provoqué un arrêt cardiaque chez l'enfant, qui n'a pu être réanimé. L'événement indésirable a été officiellement signalé à la hiérarchie, mais à ce jour, aucune mesure correctrice structurelle n'a été mise en place. Malheureusement ce drame n'est pas un cas isolé. La crise des urgences a causé, dans l'ombre, de nombreux préjudices graves, dont certains mortels.

2. Handicap lourd chez une femme de 60 ans par absence de prise en charge adéquate d'un AVC

Une patiente âgée d'environ 60 ans, dont j'ai encore le contact, a été conduite aux urgences par sa fille pour des symptômes évocateurs d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Selon les recommandations les plus élémentaires, il fallait la réalisation en urgence d'une IRM, afin de confirmer ou d'écarter le diagnostic. **Or ce soir-là, le service des urgences fonctionnait en sous-effectif chronique, avec un personnel médical débordé, manquant de temps et de lits d'hospitalisation. Dans ce contexte, la médecin urgentiste, faute de ressources disponibles, a renvoyé la patiente à son domicile sans avoir pu effectuer les examens nécessaires.**

Deux jours plus tard, la fille a dû reconduire sa mère aux urgences, l'état neurologique s'étant aggravé. Mais il était déjà trop tard : la patiente présentait une paralysie complète d'un hémicorps, conséquence irréversible du délai de prise en charge. **Elle souffre aujourd'hui de séquelles lourdes, nécessitant notamment une alimentation par gastrostomie (une poche à son ventre, reliée à son estomac.)**

3. Fracture non opérée faute de ressources

Un de mes patients médecin traitant, un homme de 40 ans, a souffert d'une fracture déplacée qui aurait dû être opérée selon les standards médicaux. **Pourtant, les chirurgiens orthopédiques du CHM ont décidé de ne pas intervenir.** Troublé par cette décision, j'ai sollicité deux téléexpertises auprès de spécialistes en métropole, qui ont tous deux confirmé sans équivoque la nécessité d'une opération.

Le plus préoccupant, c'est que **le chirurgien local lui-même a reconnu qu'il aurait opéré ce patient s'il exerçait en métropole.** Cette décision s'explique à priori par un problème structurel : **plusieurs blocs opératoires du CHM sont hors service, contraignant les équipes à ne traiter que les urgences vitales.**

Ce patient, comme d'autres que j'ai suivis, a finalement dû se rendre à La Réunion à ses frais pour recevoir les soins appropriés. Des cas similaires sont fréquents, et les chirurgiens orthopédiques réunionnais sont régulièrement effarés par le niveau de prise en charge observé à Mayotte.

Je suis également confronté à des problématiques de prise en charge de patients non affiliés à la CSSM, et sans AME du fait de l'exception mahoraise. **Sans couverture, ils ne sont pas soignés à temps, ce qui favorise les complications et les épidémies.** C'est une réalité à laquelle les médecins de ville sont quotidiennement confrontés. **Il ne faut pas oublier que la prévention est moins coûteuse en temps et en argent, car les patients avec complications finissent en service d'hospitalisation et mettent à mal un système de santé déjà saturé.**

Enfin, ayant travaillé dans le service de médecine du CHM — seul service d'hospitalisation adulte —, je peux témoigner de la tension permanente. Ce service saturé empêche la programmation d'examens ambulatoires et aggrave la situation aux urgences. **Ainsi, des patients restent parfois jusqu'à 10 jours sur un brancard dans les couloirs des urgences.** A titre de comparaison, en métropole, 30 heures d'attente suffisent à susciter l'indignation nationale.

Sachez que je conseille régulièrement à mes patients de se faire soigner à La Réunion ou en métropole. C'est pour moi un aveu de l'échec de notre système de soin. Ceci n'est pas

acceptable. Les Mahorais ont droit à un accès aux soins équivalent à celui de tous les citoyens français.

Nous avons urgemment besoin : d'un second hôpital ; de plus de structures de soins de proximité ; d'une gouvernance hospitalière plus cohérente et responsable. Je ne l'ai pas mentionné mais je n'oublie pas que la mauvaise gestion de l'hôpital a précipité la fuite de médecins urgentistes compétents et dévoués, il y'a 3 ans. »

« En 2017, je n'avais que 41 ans et demi. Mon médecin traitant a découvert une ACFA (maladie cardiaque) confirmée par les urgentistes du CHM.

*On m'a prescrit un traitement temporaire, dans l'attente d'un rdv avec un cardiologue au CHM. **Rendez-vous plusieurs fois reporté par le CHM, d'un mois à l'autre. Au final, je n'ai rencontré aucun cardiologue l'année en cours.***

[Entre temps, je dois éviter tout saignement (éviter tout accident, que ce soit de voiture ou coupure à la campagne ou de jardinage ou autre). Tout saignement peut-être léthal, mortel à cause des anticoagulants que je prends régulièrement. Je ne pouvais pas travailler correctement pendant cette période transitoire. J'ai eu le soutien de mon entreprise pendant les 2 premiers mois. Au 3ème mois, j'ai perdu la totalité de mon salaire (0€ au bulletin de salaire) car ma situation s'est dégradée au fil du temps.]

Au 3ème mois, avec le soutien de mon médecin traitant et de toute ma famille (y compris ma femme), j'ai pu partir à Angers pour consulter un cardiologue dans une clinique privée. Tout (transport, billet d'avion, loyer, nourriture, soins) était entièrement pris en charge par ma famille, excepté le pourcentage de soins réservé à la CSSM.

Ce fut une expérience difficile et compliquée, mais je reste une personne chanceuse et peut-être privilégiée dans ce désert médical. »

« Je vous écris aujourd'hui car je suis complètement déseparée. Je suis mahoraise, travaillant au CHM.

J'ai accouché prématurément de ma fille, cela fait plus d'une semaine qu'on doit être EVASAN à la Réunion. On devait partir jeudi, hier matin : annulation et ce matin, annulation encore une fois.

*Déjà qu'à la maternité **on m'a mis une pression pour quitter les lieux alors que j'ai eu une césarienne d'urgence** (donc des agrafes, problèmes de tension artérielle etc.) et sachant que mon enfant est hospitalisé en réanimation néonatale. **J'ai demandé pourquoi je devais quitter ma chambre : leur réponse était « car trop de femmes qui ont accouché dorment dans le couloir avec leur bébé ».***

J'ai refusé de partir car j'estime qu'en tant que mahoraise et citoyenne française payant des impôts c'est mon droit de rester dans cette chambre jusqu'à notre Evasan.

J'ai le médecin responsable de l'Evasan qui m'a juste dit « je suis désolé ». Moi énervée, je lui dis « si c'était un petit anjouanais, un mzungou qui était dans ma position, une solution aurait été trouvée ». Elle me répond avec un ton menaçant « je ne vous permets pas de dire cela sous prétexte que vous soyez mahoraise ». Puis je lui ai raccroché au nez.

De plus, pour que nous puissions être Evasan, on a exigé un hébergement chez un membre de ma famille. Or, normalement le CHM travaille avec une résidence à Saint-Clotilde qui héberge les gens qui sont en Evasan. Moi, voulant des meilleurs soins pour mon enfant, j'ai

contacté un membre de ma famille à Saint-Denis qui a accepté volontiers de m'héberger chez elle.

Selon les échanges de mails, c'était bon pour l'hébergement. Une fois sur place je contacte le responsable, pas de réponse. Je la rappelle le lundi vu qu'on était arrivés le dimanche. Après plusieurs appels, il me répond en disant qu'il n'était au courant de la date exacte de ma venue mais qu'il allait me contacter le mardi afin de récupérer les clés. Le mercredi, ne pas voyant son appel, j'appelle et il me sort une autre excuse. Le vendredi, la veille du cyclone il me dit de rester chez ma famille jusqu'à lundi. Le lundi arrivé, toujours pas de nouvelles. Au final, je n'ai pas eu de logement. Pourtant dans la même semaine une mère étrangère avec son enfant que j'ai rencontré à l'hôpital a bénéficié de logement et moi mahorais payant mes impôts je n'ai rien obtenu car moi j'ai des papiers.

Jusqu'à quand allons subir ces injustices ? Pourquoi l'étranger qui ne paye rien à Mayotte a plus de bénéfices que nous, Mahorais ? »

« Nous nous permettons de vous adresser ce courrier, afin de témoigner du véritable parcours du combattant que nous vivons depuis l'évacuation sanitaire (EVASAN) de notre fille vers La Réunion.

Notre situation familiale a basculé en juillet 2023. Notre fille, alors âgée de 3 ans, a fait une chute grave d'un balcon à notre domicile vers 15h15, occasionnant un traumatisme crânien sévère. Prise en charge en urgence par les pompiers et le SMUR, elle a été transportée au Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) à Mamoudzou, admise en déchocage et placée dans le coma. Face à un pronostic vital engagé, son évacuation sanitaire vers le CHU Sud de La Réunion à Saint-Pierre a été décidée et effectuée le lendemain. Elle a été admise en réanimation jusqu'à la deuxième quinzaine d'août 2023, puis transférée au service de pédiatrie jusqu'à fin août 2023. Elle a ensuite été orientée vers l'hospitalisation complète à l'Hôpital d'enfant de Saint-Denis pour une suite des soins et une rééducation intensive.

Dès notre arrivée à La Réunion, ma compagne (Gestionnaire administrative au Rectorat de Mayotte) et moi-même (Inspecteur des Douanes et Droits Indirects affecté à la Direction Nationale des Statistiques du Commerce Extérieur (DNSCE) à Toulouse depuis 2021, en congé à Mayotte au moment des faits) avons dû nous débrouiller seuls pour trouver un hébergement, jonglant entre hôtels, Airbnb et Booking (le CHU Sud ne proposait pas de logement type "maison parentale").

Depuis sa sortie d'hospitalisation en janvier 2025, notre fille est suivie en libéral par une psychomotricienne. Elle est inscrite sur liste d'attente pour une prise en charge dans un Institut Médico-Éducatif (IME) en ergothérapie et en orthophonie conformément à une notification MDPH. En attendant, elle continue de consulter mensuellement un Neuro-pédiatre de l'hôpital d'enfants. Son état de santé nécessite toujours une prise en charge spécifique et une rééducation renforcée. Or, les structures adaptées à sa prise en charge dans l'océan Indien se trouvent principalement à Saint-Denis de La Réunion. Mayotte ne dispose pas d'un plateau technique suffisant pour répondre à ses besoins.

Face à cette épreuve, nous avons été confrontés à une succession de difficultés et à un manque criant de soutien et d'accompagnement de la part des institutions :

1. Soutien initial et information : Il y a un manquement grave d'information du CHM envers les familles des patients évasanés sur leurs droits avant les transferts vers d'autres départements. En novembre 2023, nous avons été informés de l'existence d'une cellule de la

Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM) au sein du CHU de Bellepierre. Cette cellule est censée venir en aide aux évacués sanitaires. Cependant, en raison de problèmes relatifs au dossier de notre enfant, qui n'a pas été correctement traité par le service EVASAN, ainsi que du non-paiement des factures par la CSSM, ces difficultés ont persisté.

2. Maison de Mayotte à Saint-Denis : Malgré plusieurs démarches auprès de cette structure, que l'assistante sociale de l'Hôpital d'Enfants avait recommandé de contacter, nous n'avons pas reçu d'aide de la part de cette entité du département de Mayotte. Celle-ci est pourtant censée assister les Mahorais dans leurs démarches à La Réunion, ce qui nous amène à questionner son utilité réelle.

3. Conseil Départemental de Mayotte : Ma compagne a pris l'initiative d'alerter les conseillers départementaux afin de leur exposer notre situation. Toutefois, ces démarches n'ont pas abouti, ce qui nous a laissés avec un sentiment de négligence.

4. Remboursements CSSM : Les demandes de remboursement de nos frais de location et de repas, déposées via la cellule CSSM de Bellepierre, se sont avérées être un véritable parcours du combattant. Chaque mois, je contactais le conseil d'administration de la CSSM de Mayotte, afin de demander son aide pour le traitement de nos remboursements.

5. Transports sanitaires : L'irrégularité des transports sanitaires, qui acceptaient les bons de transport à l'hôpital mais ne se présentaient souvent pas pour nous chercher, nous a contraint à acheter un véhicule en décembre 2023 pour assurer les allers-retours entre notre domicile et l'hôpital d'enfants dès que nous avons eu une permission de sortie de l'hôpital les week-ends.

6. Demandes de mutation : Malgré de multiples demandes de mutation pour La Réunion, motivées par l'état de santé de notre fille et étayées par plusieurs rapports sociaux, ni ma direction (DNSCE) ni la Direction Générale des Douanes et Droits Indirects (DGDDI) n'ont accédé à mes requêtes à ce jour. Un recours hiérarchique auprès de la DGDDI est également resté sans réponse. Ma compagne se heurte aux mêmes difficultés pour obtenir sa mutation du Rectorat de Mayotte vers Le Rectorat de la Réunion.

7. Versement des allocations (CAF) : À la suite de la notification de la MDPH en septembre 2024 nous accordant l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH), il a fallu plusieurs mois pour que la CAF de La Réunion accepte le transfert de dossier de ma compagne de la CAF de Mayotte vers la CAF de La Réunion puis procédé au versement. À La Réunion nous avons souvent le sentiment, en tant que Mahorais, de ne pas être reconnus comme des citoyens français à part entière par certaines administrations (Sécurité Sociale, CAF, Hôpital, etc.), qui semble mettre en place des obstacles administratifs décourageants. Par exemple, il nous a été impossible d'avoir un RDV avec un conseiller de la CAF afin d'expliquer notre situation. Lorsqu'on appelle pour obtenir des informations sur le délai de traitement du dossier, il est indiqué que l'enquête est en cours et qu'un rendez-vous ne peut être accordé, malgré la nature urgente de la situation.

8. Prise en charge médico-sociale (SESSAD/MGEN) : Nous avons dû nous battre pendant trois mois pour que le SESSAD Levasseur accepte d'accompagner notre fille. L'organisme ne reconnaissait pas l'affiliation de ma compagne à la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN) de Mayotte pour la prise en charge des frais socio-médicaux pourtant ordonnés par la MDPH. Il a fallu de nombreux appels et courriels avec la MGEN Métropole pour obtenir l'engagement écrit que notre enfant serait bien couverte à La Réunion, malgré le fait que la MGEN soit nationale.

Aujourd'hui, en mai 2025, nous nous sentons livrés à nous-mêmes. Nous n'avons plus eu des nouvelles du CSSM depuis que notre fille n'est plus couverte par le protocole d'EVASAN Mayotte-La Réunion car elle n'est plus hospitalisée. Pourtant, son retour à Mayotte est inenvisageable à ce jour, au vu de son état et de la nécessité de poursuivre ses prises en charge thérapeutiques en libéral ici.

Nous continuons à soumettre nos demandes de mutations respectives régulièrement auprès de nos employeurs, sans certitude quant au résultat. Afin d'assurer une présence constante auprès de notre fille, je suis en télétravail total depuis La Réunion. Je me rends régulièrement à Toulouse en raison de l'incertitude concernant la pérennité de cette autorisation de télétravail. De plus, ma compagne est en congé maladie de longue durée en raison d'une détresse psychologique.

Cette situation engendre de **lourdes conséquences financières** : nous devons assumer le loyer de mon logement à Toulouse, nécessaire en raison de l'incertitude concernant mon télétravail, ainsi que le loyer et les charges d'un second logement à Saint-Denis. Nous avons épuisé toutes nos économies, malgré les aides partielles à l'hébergement de la Mutuelle des Douanes et le soutien de l'ODOD (Œuvre des Orphelins et de Développement des Œuvres Sociales des Douanes), qui a pris en compte le handicap de notre fille.

Nous espérons sincèrement que notre témoignage pourra contribuer à une prise de conscience et à une amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement des familles mahoraises confrontées à l'épreuve de l'évacuation sanitaire. **Le manque de coordination, de communication et de soutien actif des institutions compétentes ne fait qu'ajouter une charge immense à des familles déjà fragilisées.** »

« J'ai une rage de dents qui dure depuis 3 ans et j'ai contacté tous les dentistes de l'île. Tous ne prennent plus de nouveaux patients j'ai passé une journée complète au CHM sans être vue par le dentiste ; je me suis ensuite présenté à l'hôpital de campagne après Chido pas de dentiste non plus. Aujourd'hui, je traîne encore cette dent, je voudrais juste qu'on me débarrasse de cette douleur. »

« Les infirmeries d'établissements surpeuplés (plus gros collèges et lycées d'Europe) tentent, en effectifs réduits et sans médecin scolaire de pallier les défauts de soins de parents démunis face à la peur du gendarme et au manque d'argent. **Il devrait y avoir un infirmier pour 1000 élèves environ (secteur collège/primaire) et nous sommes à un infirmier pour 2500 élèves Le soin qui devrait être 10 à 20% de notre activité s'élève à 60/70% de notre temps. Ce qui empiète sur nos missions premières : éducation à la santé, promotion de la santé et prévention. Avec des interventions très compliquées : En métropole on intervient devant un niveau, ce sont 6 ou 7 classes concernées. Ici c'est entre 13 et 18 classes par niveau... Deux à trois fois plus.**

Quand il faut faire des interventions comme "l'hygiène", "l'EVARS" tant décriée, "les gestes qui sauvent", "lutte contre le harcèlement", etc. en groupe de 12/14 élèves (demi-classes) on passe de 12 séances en métropole à 26 à 36 séances à Mayotte... Intenable car très dur à organiser, avec toujours des aléas qui nous font reporter (profs qui oublient, bus caillassés, cyclone/COVID/choléra/barrages/situations graves à gérer...)

Les dépistages infirmiers obligatoires de la 12^e année (test la vision de près, de loin, des couleurs, la stéréoscopie, l'audition, les poids et taille, dépistage des affections à éviction scolaire comme la teigne et la gale, le bucco-dentaire, etc.) sont rarement réalisés pour tous. Dans un collège de 1400 élèves ce sont 350 élèves de 6^e à voir ; dans un établissement de

1800 élèves, 450. Un entretien individuel dure 20/30mn fonction de l'éducation qu'il y a à faire selon les problèmes relevés. Multiplié par 350 à 450 élèves (l'effectif d'un collège moyen de métropole) c'est compliqué d'en venir à bout en étant sollicités toutes les 2mn pour des maux de ventre, de tête, des maux de dents, des blessures en EPS car la plupart n'ont pas de baskets aux pieds, etc.

Sans compter que tout ça est annulé quand on a une situation de coup de couteau/compas/ciseaux, violence familiale, de viol, de rapport non protégé (pilule d'urgence, accompagnement PMI pour les IST et le suivi),

La carence de médecins de l'éducation nationale, la carence de dentistes, d'ophtalmos, d'orthophonistes, de manière générale de spécialiste est une barrière.

La crise de l'eau nous amène des diarrhées, vomissements, problèmes cutanés à gérer et orienter.

Les expulsions des parents font que des gamins se retrouvent chez des tantes et des grands-mères démunies, moins attentionnées, avec des problématiques familiales bien supérieures et de nombreux abus.

Il nous est très difficile de joindre les familles et de les faire venir car souvent les numéros sont faux, ont changé, ont été résilié car pas de crédit...

Nous n'avons clairement pas le temps ni les moyens humains pour remplir pleinement nos missions de santé publique (prévention, promotion, éducation) parasités par le manque de professionnels sur le territoire, qui conduit parents et enfants à se dire, "j'irai voir l'infirmière ou l'infirmier". Or, nous sommes des établissements d'enseignement et non de soins (à part les soins d'urgence et premiers secours)... Nous ne sommes pas médecins, ne pouvons ni dispenser sans avis médical (rôle prescrit) ni prescrire.

Cet état de fait nous laisse passer à côté de bon nombre de situations individuelles comme le mal être adolescent, la surpopulation qui est anxiogène (bruit, agitation, foule, chaleur, fatigue...), l'hypersollicitation, les incivilités des caïds qui viennent crier en plein rush des 10mn de récré qu'ils veulent « des capotes pour baiser » : situation qu'on ne peut gérer devant les 23 élèves de la salle d'attente, aussi démunis que nous.

Je ne me plains pas de mon métier, il est formidable. Mais sans Psychologue, sans médecin éducation nationale, sans MDPH pour traiter les dossiers, sans numéros de parents valides, sans moyens humains adaptés, sans moyens matériels dans le premier degré (qui dépendent des mairies), etc.... On traite les situations au jour le jour en faisant ce qu'on peut avec les moyens dont on dispose ... **Et on passe à côté de beaucoup de situations, et beaucoup d'élèves ne sont pas dépistés, et beaucoup d'interventions ne peuvent avoir lieu... »**

« Je partage mon expérience en tant que patiente il y avait quelques mois. J'étais admis aux urgences suite à une luxation du genou. J'étais bien prise en charge aux urgences mais l'attente avec la douleur était insoutenable. Les personnes proches ou accompagnants ne sont pas autorisées à rester avec la personne malade pour la nuit. Le pire s'est produit le lendemain de mon transfert aux services traumatologiques orthopédiques. **Étant en incapacité totale de me déplacer par moi-même, je pouvais passer toute une journée sans voir de soignant ce qui est compliqué et déplorable. Les aides-soignants passaient une fois dans la journée et les soirs en cas de besoin je pouvais attendre plusieurs minutes avant de voir quelqu'un venir. Une fois, j'ai failli me faire dessus. »**

« Je suis mahoraise, insérée, je travaille dans un service public de l'État, mon conjoint est enseignant et nous payons nos impôts. Pourtant quand nous avons besoin de nous soigner et de soigner notre famille, nous sommes obligés de payer un billet d'avion, et un Airbnb pour cela, un véritable gouffre financier.

Nous avons eu 6 ans de parcours PMA, plusieurs aller-retours et plusieurs locations Airbnb mais, hélas, les règles d'Evasan de la CSSM étant complètement arbitraires et non facilitantes pour des personnes qui sont déjà en épuisement psychologique, nous avons réussi à obtenir le remboursement de 2 séjours uniquement après un long combat administratif. Au vu des efforts qu'il a fallu déployer pour un soutien minimum de notre département, tout le reste de nos séjours, nous les avons payés nous-mêmes. Aujourd'hui, nous voyons le bout du tunnel : un magnifique bébé est en route et hélas nous le devons qu'à Dieu, nous-même et le centre PMA de Saint Pierre. Mon île, Mayotte, n'y est pour rien.

Actuellement nous sommes déjà en train d'anticiper l'accès aux soins en tant que futurs parents et sommes obligés d'investir dans une résidence secondaire à la Réunion afin de faciliter nos futurs séjours médicaux sur l'île.

Je pourrais vous citer d'autres exemples de parents et proches qu'on a dû evassasser par nos propres frais car ils ont voulu faire confiance au système de santé mahorais mais qui ont vu leur état de santé général se dégrader. Aujourd'hui, j'ai l'exemple de ma maman qui a retrouvé une jeunesse grâce au Chikowa qu'on a dû mettre en place mes frères et sœurs et moi pour l'envoyer subir presque deux ans de soins médicaux à Toulouse.

Mon bababé quant à lui est actuellement non autonome dans ses gestes quotidiens pour une cataracte, le CHM nous dit depuis plusieurs années ne pas avoir de médecin pour l'opérer sur place et il n'est visiblement pas prioritaire pour une EVASAN car nous avons à plusieurs reprises fait la demande, en vain. Encore un prochain chicowa en devenir.....

Ma maman a dû faire deux séjours médicaux, le premier en 2022 a duré 3 mois où elle a subi une première intervention chirurgicale. Pour ce premier nous avions un budget de base de 4000 euros pour le billet Mayotte/Paris, Paris/Toulouse, aller-retour avec un peu d'argent pour les dépenses sur place. **Mais cela n'a pas suffi car une fois sur place chaque enfant a dû envoyer un peu d'argent pour lui permettre de vivre dignement et poursuivre les soins.** Puis, une fois à Mayotte on a dû la faire repartir dans la même clinique car des complications suite à sa première intervention chirurgicale sont apparues. Cette fois elle y reste 6 mois, c'était l'année dernière. Nous n'avons jamais cherché à budgétiser ces deux séjours car tout ce qui comptait pour nous à ce moment-là c'était la santé de notre mère, mais je peux sans hésitation vous dire que nous avons atteint la barre des 10 000 € et nous n'étions que 3/5 enfants à travailler à ce moment-là. »

« En mai 2024 j'ai fait un suivi de grossesse chez nous ici [À Mayotte], les rendez-vous sont annulés sans aviser les patients. Obligée d'aller dans un cabinet de sage-femme privé, très bon suivi.

Arrive le jour de l'accouchement : ce qui devait être l'un des plus beaux moments de ma vie familiale se transforme en angoisse interminable.

Je me rends à l'urgence maternité avec M. vers 7 heures à la suite de contractions.

Arrivé là-bas, on me demande d'attendre du fait du nombre de patients compréhensible. Arrivé mon tour, on m'examine, mais elle a été obligée de suspendre, appelée pour une urgence pour cause d'insuffisance de personnel. Donc je reste en attente dans une petite salle sur un

brancard et M. est l'attente, le téléphone reste le seul lien. Je sonne et resonance mais à chaque fois on me demande d'attendre du fait des urgences. 1h30 après la sage-femme me donne l'autorisation de sortir de la salle pour enfin rejoindre M. dans la salle d'attente de la maternité.

Je pratique les exercices d'avant accouchement.

11h40, la faim provoque des vertiges, la fatigue commence à affecter le corps et le mental, mais on me dit qu'on a oublié de m'enregistrer donc pas de repas. M. va acheter à manger, je mange mais toujours pas de reprise de l'examen. Vers 17H30 on me fait rentrer dans la même petite salle pour un examen et on m'explique que bébé est fatigué et qu'il va falloir le faire sortir, donc déclenchement par gel. Je demande à aller marcher dans la salle d'attente mais on me le refuse. Compréhensible. Vers 19h les contractions s'intensifient sur le lit d'accouchement. 20 minutes après bébé vient.

Le cauchemar commence : j'ai passé les 2 heures après l'accouchement dans les mêmes draps plein de sang, tous les détritrus sortis sont restés-là, sur moi. J'ai demandé à la sage-femme pourquoi il n'y a pas de changement, elle m'a répondu qu'il n'y a pas de serviettes, d'aise... Le lit est resté bloqué en hauteur après l'accouchement, pas de possibilité de voir bébé qui pleure dans son berceau, J'ai accouché seule car M. avait dû rentrer à la maison pour une urgence. Sortie de la salle, 2 heures 30, je me retrouve sur un brancard, serrée, dans une petite salle à côté dans la salle de naissance avec 3 autres mamas.

2 jours après, on me trouve une place dans une chambre à la maternité.

Chambre à 3 personnes mélangées, une femme qui a fait une césarienne, une qui n'avait plus son bébé, rentré à la maison avant elle. Les sanitaires noirs de moisissures, les lits qui craquent, les nourritures immangeables et beaucoup de dysfonctionnements que je passe.

Je suis sortie avec des douleurs pires que celles liées à l'accouchement.

Je suis une maman de 6 enfants accouchés à La Réunion et ma dernière, la 7^{ème}, que j'avais tant souhaité accoucher chez moi, c'était mon cauchemar. »

« Je suis maman d'un enfant en situation d'handicap. Il est suivi au CMP BANDRELE. Ces suivis ne sont pas bien assurés car il y'a pas les professionnels. Pas de psychomotricien ni d'orthophoniste, du coup, son suivi est à l'arrêt. Chez les privés il y'a une liste d'attente très longue et encore, ils ne sont pas beaucoup. Et très chers pour un parent qui ne gagne pas beaucoup d'argent. À la MDPH les dossiers prennent des mois et des mois pour être traités. Situation difficile en tant que parent. »

« Je me permets aujourd'hui de t'écrire pour te raconter une histoire, mon histoire, celle d'une maman, d'un couple, d'une famille, et d'un combat pour la vie. En 2016, j'étais enceinte d'une petite princesse. Mais très vite, ce bonheur a été teinté d'épreuves.

Lors de mes consultations à Mayotte, une sage-femme s'agaçait parce que mon bébé bougeait trop pendant l'échographie. Elle finissait par perdre patience et a quitté le service. Je suis ensuite tombée sur une autre sage-femme, douce, attentive, humaine. C'est elle qui a détecté une cardiopathie sévère chez mon bébé. Notre monde s'est effondré. La première n'avait rien vu. Nous étions sidérés, désespérés.

À partir de là, tout s'est précipité. **Le CHM de Mayotte a commencé à me harceler pour que je mette fin à ma grossesse. On m'a dit que je ne pourrais pas accoucher ici. Que ma fille ne**

survivrait pas. *Que notre vie serait un cauchemar. Mais comment pouvais-je ôter la vie d'un bébé que je sentais bouger ? Comment anéantir la joie de mon mari, de mes proches, nos rêves ? À chaque rendez-vous, on me poussait vers l'IVG. J'ai refusé, encore et encore. J'ai demandé une évacuation sanitaire.*

*Chaque visite à l'hôpital devenait un supplice. **On m'a dit que mon bébé n'avait aucune chance à Mayotte.** Mais rien ne bougeait. C'est seulement après l'intervention courageuse de ma mère, qui leur a dit qu'elle ne resterait pas les bras croisés si quelque chose m'arrivait, qu'ils ont fini par agir.*

J'ai été évacuée à l'hôpital Necker à Paris, où j'ai accouché. Ma fille a été opérée à une semaine de vie. Deux mois plus tard, nous sommes rentrés à Mayotte.

Sans infirmier. Sans aide. Dans l'avion, ma fille désaturait. Personne ne m'a assistée.

Arrivées à Mayotte, une ambulance nous attendait dehors. Direction CHM. Ma fille était en état critique. Ils l'ont placée dans un coma artificiel.

Un mois et demi plus tard, elle a commencé à souffrir du point de vue respiratoire. Aux urgences, personne ne réalisait la gravité [de la situation]. J'ai dû hurler, supplier, expliquer que ma fille avait un APSO de type 2. C'est moi qui ai dû porter l'urgence de mon enfant pour qu'elle soit prise en charge.

*Elle a été de nouveau plongée dans le coma. **Un dimanche, un soignant n'a pas correctement serré les lunettes d'oxygène. Ma fille a fait un arrêt cardiaque. Les médecins nous ont dit que si elle survivait, elle serait un « légume ».***

Nous avons attendu dans les couloirs. Sans colère. Juste la peur. Juste la douleur. Une semaine plus tard, ma fille a commencé à s'éteindre. Une médecin m'a dit, sans détour : « Ventoline... ça passe ou ça casse, madame. »

Ces mots résonnent encore aujourd'hui dans ma tête.

Et ce fut la fin.

Je n'ai jamais eu la force de raconter notre histoire

Nous étions brisés.

Aujourd'hui encore, chaque fois que je dois me rendre au CHM de Mayotte, je dois me préparer psychologiquement. Et pourtant, il y a eu des soignantes formidables.

Une d'elles est restée à mes côtés jusqu'à ce que ma fille soit emmenée à la morgue.

Je ne l'oublierai jamais.

Combien de femmes ont perdu leurs enfants par négligence, manque de tact, manque de moyens ? Manque de soignants ? Jusqu'à quand serons-nous des cobayes ? Notre douleur ne peut plus rester silencieuse. »

*« Mes enfants, des jumeaux, sont d'anciens grands prématurés, nés à la Réunion en octobre 2016. J'ai dû quitter Mayotte précipitamment car, à l'hôpital, **on m'avait confirmé une fausse couche, qui n'a jamais eu lieu, on s'en est rendu compte 3 mois plus tard**, brisant ainsi toute confiance envers le CHM. Aujourd'hui mes jumeaux ont 8 ans et sont suivis pour traitement par hormones de croissance. **N'ayant pas de spécialiste à Mayotte, nous devons nous rendre, par nos propres moyens, 2 fois/an à la Réunion pour qu'ils puissent consulter la pédo-endocrinologue.** »*

ANNEXE N°11 : TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI

Proposition de loi	Dispositions en vigueur modifiées	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
1 ^{er}	Code de l'action sociale et des familles	L. 542-5
	Code de la santé publique	L. 6416-5