



CONSEIL DE L'ENFANCE
ET DE L'ADOLESCENCE

**SANTE ET SCOLARISATION
DES ENFANTS AVANT 6 ANS
A MAYOTTE, EN GUYANE
ET A LA REUNION**

**Rapport adopté par le Conseil de l'enfance
et de l'adolescence
le 28 septembre 2021**

SOMMAIRE

Introduction	4
I. Portraits de territoires.....	6
A. Des collectivités au statut territorial particulier, la Réunion, la Guyane et Mayotte	6
1. La Guyane	8
2. La Réunion	8
3. Mayotte.....	9
B. Des territoires jeunes avec une forte pression démographique	10
1. Une part importante des jeunes enfants sur ces territoires.....	10
2. À Mayotte et en Guyane, une immigration clandestine importante	12
3. À La Réunion, une poussée démographique ralentie mais des revenus insécurisés.	13
C. Des services publics éloignés de la population	16
1. Des populations enclavées	17
2. Une part importante de familles pauvres et très pauvres, et des prestations sociales peu accessibles.....	18
3. Un écart culturel et linguistique entre la population et les services portés par l'État ..	23
II. L'école.....	26
A. La loi pour scolariser tous les enfants de trois ans.....	26
1. Renforcement des formations pour les équipes éducatives.....	26
2. Renforcement de l'accompagnement des élèves et création des Pôles inclusifs d'accompagnement localisés (Pial)	26
3. Mise en place d'une évaluation de l'enseignement scolaire	27
4. La place de l'école dans le suivi de la santé des enfants	27
B. Les conditions de la scolarisation des enfants non encore garanties en Guyane et à Mayotte.....	28
1. Un sous-dimensionnement des infrastructures scolaires.....	29
2. Un problème d'attractivité du recrutement des professionnels scolaires.....	33
3. Face au manque d'offre scolaire, des stratégies locales	35
C. Des résultats problématiques.....	36
1. Un taux de scolarisation difficile à mesurer mais très bas en Guyane et, surtout, à Mayotte	36
2. Des difficultés de lecture	39
III. La santé	43
A. Un suivi de la santé des jeunes enfants altéré : un travail de prévention limité.....	43
B. À Mayotte et en Guyane, impacts sanitaires de l'habitat insalubre	47
C. Une offre de soins insuffisante : des situations modulées selon les territoires.....	48
D. D'importantes fragilités de la couverture sanitaires qui mettent en danger de la santé des enfants	53

IV. Un problème de fiabilisation des données recueillies	60
V. Axes d'améliorations	62
A. Des mesures urgentes pour scolariser et prendre soin de la santé des enfants avant 6 ans.....	62
Proposition 1 – rattraper le droit commun et traiter l'urgence avec les associations et les formats intermédiaires	62
1. Des partenariats institutions–associations et des actions ajustées aux territoires	63
a. Les ajustements justifiés des politiques de santé et d'éducation aux spécificités locales	63
b. L'exemple réussi des classes passerelles à la Réunion	66
c. Un appui des réseaux associatifs locaux auprès des acteurs institutionnels pour la réussite des politiques publiques.....	67
2. De nombreuses actions partenariales et associatives à Mayotte et en Guyane	68
Proposition 2 – Le Haut conseil encourage la mise en place de dispositifs innovants pour favoriser le lien enfant – parent – institutions publiques.....	70
B. Des pistes d'amélioration pour mieux comprendre, scolariser et soigner les enfants	70
Proposition 3 – Visibiliser les données consolidées sur les territoires ultramarins	70
Proposition 4 – pour l'école : des locaux proches des communautés et des enseignants formés localement	70
Proposition 5 – pour la santé : valoriser la prévention et les soins locaux : PMI et périnatalité, santé scolaire.....	71
Proposition 6 – Scolariser plus longtemps pour réduire le nombre des grossesses adolescentes.....	74
Proposition 7 – Travailler sur l'attractivité des territoires pour faciliter le recrutement des professionnels.....	74
Proposition 8 – Modéliser, évaluer et mutualiser les actions innovantes qui fonctionnent :	74
Bibliographie	Erreur ! Signet non défini.
Liste des abréviations.....	79

INTRODUCTION

Le présent rapport, réalisé avec le concours d'EY¹, et basé sur les travaux transversaux du HCFEA², vise à mieux comprendre les spécificités des territoires ultramarins sur les questions centrales que sont la santé et la scolarisation des enfants de moins de 6 ans, afin de dessiner les pistes des propositions qu'il serait souhaitable d'instruire pour améliorer la situation des enfants au regard de l'accès à la santé et à l'école, en particulier à Mayotte et en Guyane.

Les études et rapports nationaux traitent peu de la situation dans les territoires départements où l'information à disposition est encore parcellaire et plus difficilement mobilisable, alors même que l'on souligne des **réalités sociales particulièrement défavorables**.

La loi pour une école de la confiance³ introduit la notion d'instruction obligatoire pour les enfants de 3 ans en France. Cette mesure peut paraître de faible portée compte tenu de la très forte part d'enfants de cet âge qui sont scolarisés *en moyenne* (98 %). Or, bien au contraire, il est essentiel de rappeler que les 2 % restant se situent principalement dans les départements et régions d'outre-mer (les Drom⁴), principalement à Mayotte et en Guyane.

Ainsi, si les chiffres sont difficiles à confirmer selon les sources et les indicateurs retenus, **à Mayotte, sur la base du recensement, en 2017, seuls 64 % des enfants de 3 ans sont scolarisés contre 87 % en Guyane et 93 % à La Réunion⁵**.

Depuis plusieurs années (loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, stratégie nationale de santé 2018-2022), le gouvernement souhaite renforcer les actions de prévention précoce et de lutte contre les inégalités sociales et scolaires dès le plus jeune âge. **L'école constitue un lieu privilégié pour prévenir, repérer et traiter les troubles de santé, notamment à travers l'examen médical systématique réalisé à l'école dans la 3^e année de l'enfant** (le « B4 »⁶). Et cela, d'autant plus que ces troubles peuvent avoir des impacts particulièrement néfastes sur le développement de l'enfant et sur les apprentissages scolaires, s'ils ne sont pas pris en charge le plus tôt possible. En outre, scolarisation et actions de santé en faveur des jeunes enfants contribuent notablement aux

¹ Nous remercions EY et en particulier Mme Marie Ahounou pour leur participation importante à l'avancement de ce dossier et les entretiens qu'ils ont effectués et restitutions qu'ils ont apportées durant une période fortement marquée par la pandémie de Covid-19, le confinement et les restrictions de la période 2020-2021.

² Les éléments sociodémographiques s'appuient sur le Rapport transversal HCFEA, 2022, *Diversité et précarité : le double défi des univers ultramarins*, par Marie C.-V. et Antoine R., basé sur les travaux de Claude-Valentin Marie et Robin Antoine et en particulier sur l'enquête Migrations, famille, vieillissement (Ined).

³ Loi du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance, <https://www.vie-publique.fr/loi/269264-loi-ecole-de-la-confiance-du-26-juillet-2019-loi-blanquer>.

⁴ L'appellation Drom rassemble les collectivités qui sont à la fois départements et régions d'outre-mer, à savoir la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et La Réunion.

⁵ Voir HCFEA, 2022, Rapport transversal, *op. cit.* Source : Insee, *recensement de la population 2017*. Voir aussi Insee, Dossier complet Départements de La Réunion et de La Guyane, 2017, https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-974#tableau-FOR_G1 et https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-973#tableau-FOR_G1.

⁶ Le B4 est une visite médicale organisée par l'école maternelle, pour tous les enfants âgés de 3 à 4 ans. Elle s'inscrit dans les 20 examens obligatoires remboursés par l'assurance maladie. Ce bilan médical gratuit vise en particulier à suivre le calendrier vaccinal et repérer les signes qui peuvent entraîner des difficultés d'apprentissage : problèmes visuels, auditif ou troubles du langage. Voir <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1879>.

stratégies nationales de prévention et de lutte contre la pauvreté, de soutien à la parentalité et de protection de l'enfance, en particulier dans les territoires défavorisés.

Les travaux menés dans le cadre de ce rapport viennent interroger l'accès des enfants à la santé, et pour cela, à la scolarisation à 3 ans, qui donne accès au B4. Ils visent à identifier les freins à l'application de la loi et les conséquences pour les jeunes enfants et examiner les dispositifs mis en place pour favoriser ou suppléer cet accès à la préscolarisation et à un suivi de santé.

Les trois territoires retenus disposent chacun de spécificités propres (éloignement avec la métropole, problématiques communautaires importantes, niveau de pauvreté en particulier à Mayotte, ou encore étendue du territoire guyanais). Mayotte et la Guyane rencontrent de profondes difficultés à assurer la santé et la scolarisation des enfants, tandis que La Réunion malgré des difficultés (pauvreté⁷, violence conjugale) dont certaines sont aiguës, est néanmoins dans une bien meilleure situation concernant la santé et la scolarisation des enfants, y compris la préscolarisation, et a en outre expérimenté des modalités de réponse qu'il peut être intéressant d'envisager d'adapter.

Deux années après l'adoption de **la loi du 26 juillet 2019** pour une école de la confiance, quelle est la situation dans ces territoires, jusque-là nettement en retard par rapport à la métropole en termes de scolarisation ? quels sont les difficultés, les freins, les obstacles, qui pèsent sur la santé et la scolarisation des enfants, mais aussi les ressources et les actions qui leur sont favorables ? dans quelles directions, sur la base de ces constats, orienter la recherche de propositions améliorant et soutenant la santé et l'accès à l'école des enfants ?

Ce rapport réalisé entre septembre 2020 et avril 2021 a été construit sur la base d'une analyse des ressources documentaires disponibles, d'échanges avec des acteurs locaux (institutionnels et associatifs) et des experts des questions ultramarines. Tous n'ont pas pu être entendus du fait de la gestion de la crise sanitaire de la Covid-19. Les autres travaux du HCFEA qui composent de dossier transversal – rapports de cadrage réalisé par C.-V. Marie et R. Antoine (2021), du Conseil de l'âge (2021) du Conseil de la famille (2022) – et la possibilité de mener des entretiens et observations au sein des territoires pourront compléter le présent rapport et apporter des développements sur certaines questions et propositions spécifiques.

⁷ Ainsi, en 2018, « Quatre Réunionnais sur dix sont en situation de privation matérielle et sociale » in Enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie en 2018, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4996404>.

I. PORTRAITS DE TERRITOIRES

A. DES COLLECTIVITES AU STATUT TERRITORIAL PARTICULIER, LA REUNION, LA GUYANE ET MAYOTTE

Les collectivités d'outre-mer de la Guadeloupe, La Réunion, la Guyane, la Martinique et Mayotte sont régies par l'article 73 de la Constitution⁸ qui stipule que les lois et les règlements s'y appliquent de plein droit, mais des adaptations « *tenant aux caractéristiques et contraintes particulières de ces collectivités* » peuvent être décidées par elles dans leurs domaines de compétence. La législation sociale et les prestations sont étendues très progressivement, sans rattraper la métropole. Les autres collectivités d'outre-mer, relevant de l'article 74, sont dotées d'une plus grande autonomie⁹.

La diversité des collectivités d'outre-mer provient d'abord de leurs statuts :

- **La Réunion** et la Guadeloupe sont à la fois **départements d'outre-mer et régions d'outre-mer**. Elles comportent donc un **conseil départemental compétent dans le champ social** et un **conseil régional compétent notamment dans les champs économique et de la formation** ;
- **la Guyane, Mayotte** et la Martinique sont des « **collectivités uniques** ».
 - o Depuis le 31 mars 2011, **Mayotte** exerce les **compétences d'un département et partiellement celles d'une région d'outre-mer avec un accès progressif aux droits sociaux**. Afin de le distinguer des 100 autres départements dont l'organisation est différente, le législateur a décidé de le nommer « **département de Mayotte** »¹⁰.
 - o Depuis le 1^{er} janvier 2016, la collectivité territoriale de Martinique et **la collectivité territoriale de Guyane cumulent les compétences exercées auparavant par leurs conseils généraux et régionaux respectifs**.

⁸ https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000019241099/2021-05-14.

⁹ Pour un cadrage plus complet, voir les travaux de Claude-Valentin Marie (Ined) et Robin Antoine (Ined) à partir, en particulier, de l'enquête Migrations, famille et vieillissement, sur les mutations démographiques dans les Dom, HCFEA, 2022, *op. cit.*

¹⁰ Loi organique du 7 décembre 2010 et loi du 7 décembre 2010 relatives au département de Mayotte.

Tableau 1 : Chiffres clé de cadrage par territoire

	Guyane	La Réunion	Mayotte
Superficie (km²)	83 534	2 503	374
Date de la départementalisation du territoires	1 946	1 946	2 011
Population en nombre d'habitants¹¹	288 086	856 858	278 926
Densité (hab au km²)	3,2	341	690
Part enfants moins de 6 ans¹²	13 %	9 %	18 %
Taux de natalité (en 2018)¹³	27,3 ‰	15,4 ‰	36,4 ‰
Taux de scolarisation des 2-5 ans (2017)	68,2 %	74,6 %	NC ¹⁴ .
Taux de mortalité infantile (en 2018)¹⁵	7,9 ‰	6,1 ‰	9,8 ‰
Taux d'activité de la population en 2016 (actifs / population de 15 à 64 ans en %)¹⁶	61,7	70,0	50,5
Taux de pauvreté¹⁷	53	42	77

¹¹ Insee, 2020, *Estimation de population, résultats provisoires Insee arrêtés fin 2020*, Insee.

¹² Insee, 2019, *Estimation de population*.

¹³ Drees, Panorama 2020. Source Drees ; Insee, estimations de population/données provisoires, état civil.

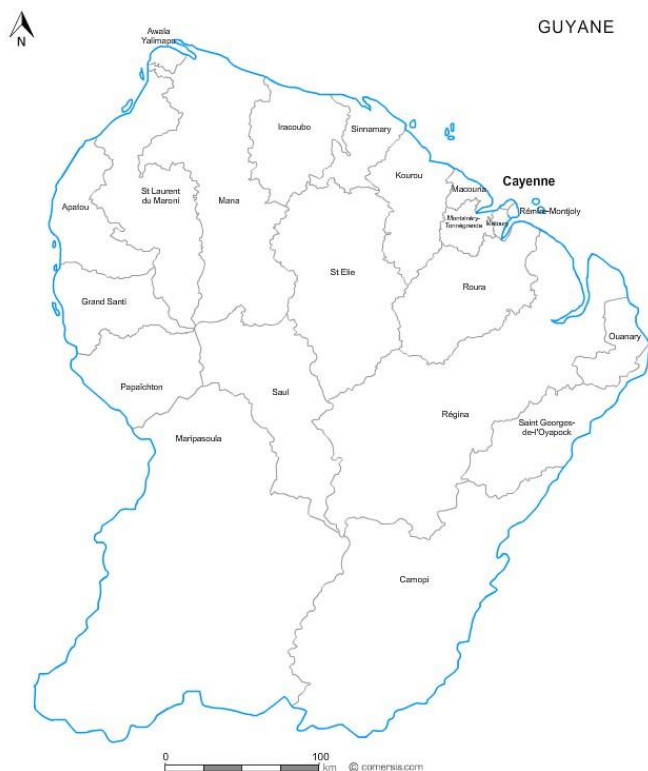
¹⁴ Il est même difficile d'estimer ce taux dont tous les acteurs institutionnels comme associatifs s'accordent à dire qu'il est très faible. On peut lire dans le rapport du défenseur des droits *Établir Mayotte dans ses droits* qu'en 2019, selon le vice-recteur, 48 % des enfants de 3 ans sont scolarisés mais que « *cette estimation est effectuée sur la base du nombre d'enfants nés à Mayotte en 2016. Elle ne tient donc pas compte du nombre de plus en plus important de femmes mahoraises allant accoucher à La Réunion ou en métropole* ».

¹⁵ Estimation Insee, HCFEA rapport transversal *op. cit.* D'autres chiffres existent, notamment in Drees, *Panorama 2019*. Source Drees ; Insee, estimations de population/données provisoires, état civil.

¹⁶ Indicateurs sociaux départementaux, *Insee Flash Mayotte*, n° 63 février 2018.

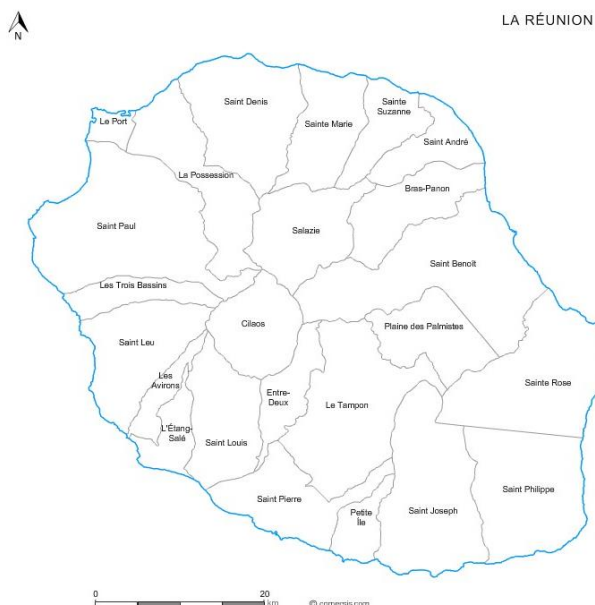
¹⁷ Insee, 2017, *Une pauvreté marquée dans les Dom, notamment en Guyane et à Mayotte*, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4622377#tableau-figure1>, 2017.

1. La Guyane



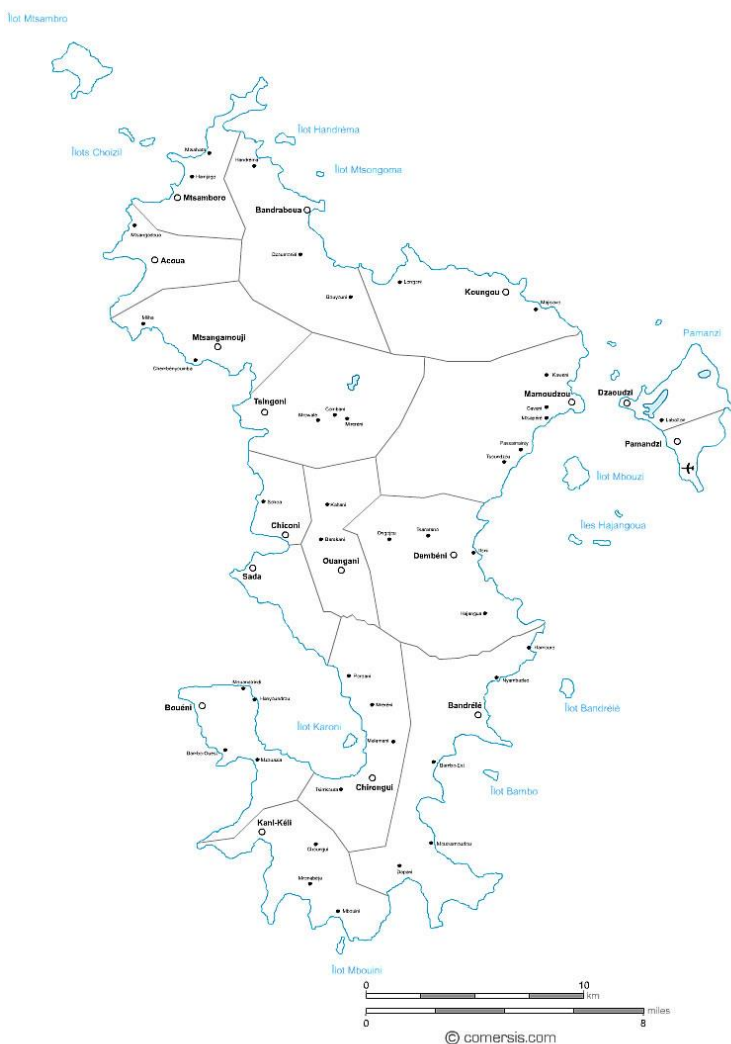
- 290 691 habitants au 1^{er} janvier 2020 sur une superficie de 83 534 km².
- 2^e plus jeune région française après Mayotte : la moitié des habitants ont moins de 25 ans.
- Fécondité de 3,6 enfant par femme.
- Croissance démographique : + 27 % entre 2010 et 2020.
- Une population concentrée sur la « zone littorale » du territoire et, pour moitié, dans la zone d'emploi de Cayenne
- Département le moins densément peuplé.
- Des communes fortement enclavées et difficiles d'accès et des liens anciens et nombreux avec les pays frontaliers
- Une **part d'enfants de moins de 6 ans supérieure à la moyenne nationale** (y compris Dom-Tom) (13 % vs 7 %).
- Un **taux de scolarisation des 2-5 ans inférieur à la moyenne nationale** (68,2 % vs 73,6 %), en forte hausse.

2. La Réunion



- 856 858 habitants sur une superficie de 2 503 km².
- **Fécondité de 2,38 enfant / femme** (2014)
- Quatrième région la plus densément peuplée
- Une **part d'enfants de moins de 6 ans supérieure à la moyenne nationale** (y compris Dom-Tom) (9 % vs 7 %).
- Un **taux de scolarisation des 2-5 ans supérieur à la moyenne nationale** (74,6 % vs 73,6 %).

3. Mayotte



- 278 926 habitants sur une superficie de 374 km².
- **Fécondité de 4,68 enfants par femme.**
- Troisième région la plus densément peuplée.
- Une **part d'enfants de moins de 6 ans nettement supérieure à la moyenne nationale** (y compris Dom-Tom) (18 % vs 7 %).
- Un **taux de scolarisation des 3-5 ans très inférieur à la moyenne nationale** (79 % vs < 100 % en 2016).

B. DES TERRITOIRES JEUNES AVEC UNE FORTE PRESSION DEMOGRAPHIQUE

1. Une part importante des jeunes enfants sur ces territoires

La situation sociodémographique dans les Drom varie d'un territoire à l'autre et tous ne présentent pas les mêmes types de pyramide des âges¹⁸.

Sur l'île de **La Réunion**, la transition démographique n'est pas achevée, contrairement aux Antilles. La natalité demeure forte et la croissance démographique se poursuit (+ 4,7 % entre 2010 et 2020 contre + 3,4 % en moyenne nationale¹⁹), mais bien moindre qu'en Guyane ou à Mayotte. L'indice de fécondité est également plus élevé que la moyenne nationale (2,39 enfants par femme en 2019 contre 1,98 au niveau national). Cette situation conduira **La Réunion à assumer à la fois le vieillissement de la population et un nombre croissant d'enfants à scolariser**. Les enfants de moins de 6 ans représentent 10 % de la population réunionnaise (contre 7 % en métropole)²⁰. Toutefois, bien que **la majorité des enfants ait accès à l'école dès 3 ans sur l'île**, l'augmentation du taux de natalité freine les capacités d'accueil²¹. Avec un taux de 343 habitants au km² (moyenne nationale, 103,6 hab/km²), **La Réunion** est la quatrième région française la plus densément peuplée, après l'Île-de-France, **Mayotte** et la Martinique.

Mayotte²² (3,8 %) et la **Guyane**²³ (2,6 %) connaissent également une forte croissance démographique avec **une augmentation de la population jeune** et une natalité vive (le taux en métropole est de 1,2 %). L'indice de fécondité des deux territoires est le plus haut de France (Guyane, 3,63 et Mayotte, 4,68).

Sur le territoire **guyanais**, la situation sociodémographique est particulièrement dynamique, avec une immigration importante, des naissances nombreuses et une population croissante. **Le territoire compte aujourd'hui plus de 40 % de jeunes âgés de 0 à 19 ans**²⁴, et moins de 5 % de 65 ans et plus (tableau 2).

Tableau 2 : évolution de la population par tranche d'âge en Guyane, à la Réunion et à Mayotte

	2007			2017		
	> 20 ans	20-64 ans	65 ans et plus	> 20 ans	20-64 ans	65 ans et plus
Guyane	44,5	51,8	3,8	42,2	52,5	5,4
La Réunion	35,0	57,2	7,8	31,0	57,9	11,1
Mayotte	54,4	43,3	2,4	53,8	43,6	2,7
France metro.	24,8	58,7	16,5	24,2	56,3	19,5

¹⁸ Voir en particulier le cadrage sociodémographique approfondi très récent réalisé par Claude-Valentin Marie et Robin Antoine pour le HCFEA : HCFEA, rapport transversal, 2022, *op. cit.*

¹⁹ Soit un rythme annuel moyen de + 0,5 % contre + 0,3 % en métropole.

²⁰ Observatoire régional de la santé Océan Indien (ORS), Bardot M., 2019, Santé des jeunes à La Réunion, La Réunion, Agence de santé Océan Indien (ARS).

²¹ Unaf, Scolarisation et accès à la sante des enfants de moins de 6 ans – La Réunion, Mayotte, La Guyane.

²² Insee, recensement de la population 2017.

²³ Drees, 2017, Santé publique France, Profils régionaux.

²⁴ <https://www.Insee.fr/fr/statistiques/3695893#titre-bloc-12>.

Le **taux de natalité en Guyane est le plus élevé de France** (27,3 ‰ en 2019 contre 11,1‰ en métropole) et 50 % de la population est âgée de moins de 25 ans. La Guyane associe en effet une forte fécondité, une augmentation des femmes en âge de procréer et une contribution grandissante des femmes étrangères. En 2019, **trois nouveau-nés sur cinq sont d'une mère de nationalité étrangère et deux sur cinq sont de père étranger**, principalement de nationalité haïtienne.

Par ailleurs, le nombre de naissances croît chaque année, avec **une augmentation de plus de 30 % entre 2013 et 2018**²⁵. La Guyane est traversée d'importantes **migrations** : départs accrus des jeunes adultes et installations nouvelles d'immigrants du Brésil, du Surinam et d'Haïti²⁶ : en 2017, plus d'un tiers des habitants (35 %) est étranger, dont une part importante sans titre de séjour.

Plus grand de tous les départements français (de taille comparable au Portugal), la **Guyane** est aussi **le moins densément peuplé**²⁷ (3 hab/km² contre 103,6 hab/km² au niveau national), avec une répartition très inégale de sa population sur un territoire presque entièrement couvert par la forêt amazonienne. **Une population très dense dans les villes de « bande littorale »**²⁸ – surtout Cayenne et St Laurent-du-Maroni – **et des communes de l'intérieur isolées et très peu denses**²⁹. La croissance démographique pèse sur un développement économique et social à la fois limité et inégal. **La Guyane est la plus pauvre de toutes les régions françaises, après Mayotte.**

À **Mayotte** la fécondité (4,68 enfants par femme), en hausse, est deux fois et demie plus élevée qu'en métropole (1,87), et aussi plus élevée qu'en Guyane (3,63), avec **une augmentation des naissances de plus de 33 % entre 2014 et 2019**, passant de 7 310 à 9 770 naissances. L'immigration est encore plus forte qu'en Guyane, où **les trois quarts des enfants sont nés de mères étrangères**, parmi lesquelles 70 % de femmes **comoriennes**, dont la fécondité est près de deux fois supérieure à celles des natives de Mayotte (6,0 enfants par femme, contre 3,5³⁰).

L'année 2019 a connu un pic de 9 770 naissances³¹, prises en charge pour l'essentiel (7 sur 10) par la maternité du centre hospitalier de Mayotte, « première maternité de France »³².

À **Mayotte**, plus que dans les autres Drom, le modèle familial principal est le couple avec enfants. Le taux de famille monoparentale est plutôt faible³³ (un tiers des familles avec enfant mineur comparé aux autres Drom et les familles, au ¼ étrangères³⁴). Un tiers des familles avec enfant mineur sont monoparentales (métropole 22 %). Il est à noter qu'à la différence des autres Drom, la très grande majorité des nouveau-nés (90 %) ont été reconnus à la naissance par leur père en 2019, soit un taux proche de celui de la France métropolitaine.

²⁵ Santé publique France, 2020, *Antilles, Guyane : promouvoir la santé de la mère et de l'enfant*.

²⁶ Auxquelles s'ajoutent celles des cadres métropolitains et européens, en plus faible nombre et généralement provisoires.

²⁷ Les Guyanais ne forment que 13,4 % des habitants des Drom en 2020.

²⁸ Près de 97 % du territoire, soit 81 380 km², est occupé par la forêt amazonienne.

²⁹ Le plus souvent inaccessibles par la route : Maripasoula, Papaïchton, Grand-Santi sur la frontière surinamaïse, Saül, Saint-Elie au centre du territoire, Camopi et Ouanary sur la frontière brésilienne. Pour les populations concernées, le seul moyen de transport est la pirogue à moteur.

³⁰ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3713016>.

³¹ L'année 2020 accuse une baisse en revanche.

³² <https://www.linio.re/ocean-indien/mayotte/le-centre-hospitalier-de-mayotte-enregistre-un-chiffre-record-de-40-naissances-par-jour>.

³³ HCFEA, Rapport transversal, *op. cit.*

³⁴ Et dans 40 % des cas, des familles nombreuses.

Les familles nombreuses largement majoritaires à Mayotte

Mayotte est surtout le département français qui compte la plus grande part de « familles nombreuses ». En 2017, près d'une famille sur deux (48,9 % contre 16,5 % en métropole) comptait au moins trois enfants mineurs, et pour la plus grande part quatre ou plus (29,1 %) ³⁵. Les mères avec enfant(s) mineur(s) sont étrangères à 61 %.

Dans l'ensemble, **la moitié des familles n'exerce aucune activité** (8 sur 10 dans les familles monoparentales ; 9 sur 10 quand un des parents est de nationalité étrangère) ³⁶.

2. À Mayotte et en Guyane, une immigration clandestine importante

Mayotte et la Guyane sont les régions dans lesquelles le phénomène d'immigration est le plus important. Depuis 2014, la **Guyane** connaît une forte vague migratoire, notamment en provenance d'Haïti, et fait face à une nette augmentation des demandes d'asile qui ont triplé entre 2014 et 2015 et plus que doublé entre 2015 et 2016 ³⁷. En 2019, les étrangers forment ainsi **35 % de la population en Guyane**, principalement originaires du Surinam, d'Haïti, du Brésil et du Guyana, et 40 % à Mayotte (métropole, 6,4 %) ³⁸.

Ainsi qu'on peut le lire dans le rapport transversal du HCFEA sur les Dom ³⁹ « *Pour les populations des rives du Maroni et de l'Oyapoc, les fleuves sont des voies de communication et d'échanges et sont loin d'être perçus comme des frontières. Sur ce plan, un mot très significatif est prêté au Préfet Thierry Quefellec à propos de la frontière avec le Surinam : "On ne partage pas une frontière, mais une population. L'identité du fleuve est souvent plus forte que l'identité guyanaise ou surinamaïse". De longue date, la mobilité s'y déploie sous trois formes essentielles, avec une intensité variable au gré des circonstances : des "migrations pendulaires" faites d'allers-retours journaliers entre les deux rives, que ce soit à Saint-Laurent-du-Maroni ⁴⁰, dans les bourgs d'Apatou, de Papaïchton et de Maripasoula ou à Saint-Georges-de-l'Oyapock ⁴¹; des "migrations durables" de populations qui s'installent pour un temps indéterminé, et souvent sans disposer d'un titre de séjour ⁴² ; enfin des "migrations totalement illégales" vers des sites d'orpaillage ».*

En Guyane et à Mayotte, les conséquences sur la vie des populations sont perceptibles. L'enfant peut être positionné par ses parents, ou considéré par l'administration, comme un moyen pour sa famille d'échapper à l'expulsion et devient alors un instrument politique qui conduit certains acteurs à interroger la forte fécondité des femmes étrangères, et entraîne certaines stratégies supposées dissuasives.

³⁵ Thibault P., 2020, Familles avec enfant(s) mineur(s) à Mayotte en 2017 : Beaucoup de familles nombreuses, *Insee Flash Mayotte*, n° 100, janvier.

³⁶ HCFEA, Rapport transversal, *op. cit.*

³⁷ Marie C.-V., 2020, Les DOM à l'horizon 2030 – Entre migrations, vieillissement et précarité : quel projet de société ?, France Stratégie.

³⁸ Cese, délégation à l'Outre-mer, 2020, L'accès aux services publics dans les outre-mer

³⁹ HCFEA, Rapport transversal, *op. cit.*

⁴⁰ Profitant des prix des produits de consommation souvent inférieurs dans les commerces de la rive surinamaïse, nombreux sont les habitants de la rive française à s'approvisionner sur l'autre rive.

⁴¹ Y compris en raison des difficultés à se loger du fait de leur prix très supérieur, comparé au Brésil.

⁴² Des milliers de ces personnes sont, chaque année, reconduites aux frontières. Une part de ces migrations répond aussi à une demande de soins. L'étude « migrations et soins » conduite en 2009 par l'AFD et l'Inserm a cependant montré que ces migrations sanitaires étaient très minoritaires.

Ainsi à **Mayotte**, dans un contexte de pénurie de places dans les écoles, ont été constatées des demandes de justificatifs abusives de la part des communes pour empêcher l'inscription à l'école d'enfants issus de l'immigration irrégulière.

En **Guyane**, du fait de leur situation irrégulière sur le territoire, les familles ne peuvent fournir de justificatifs de domicile pour la scolarisation de leurs enfants et, de ce fait, ces derniers n'ont pas accès à l'école.

« *On peut observer une instrumentalisation des jeunes enfants dans cette lutte contre l'immigration clandestine* », selon des acteurs associatifs spécialisés dans l'accompagnement des jeunes enfants immigrés.

De même, par peur de l'expulsion du territoire, les familles sans titre de séjour peuvent choisir de ne pas scolariser leur enfant⁴³. Or en Outre-mer, il n'existe aucun centre d'accueil de demandeurs d'asile (Cada), pour réaliser l'accompagnement, le suivi des populations migrantes⁴⁴ et de ce fait leur accès aux services publics.

Un amendement de Juin 2018 a restreint les conditions d'application « du droit du sol ». Son objectif était de lutter contre l'immigration irrégulière sans qu'il soit possible d'identifier un effet de diminution des arrivées illégales.

Un projet de loi pour Mayotte⁴⁵, qui pourrait comporter notamment un durcissement de l'exception au droit du sol, est en préparation et devrait être présenté au Parlement début 2022. Plusieurs associations et ONG alertent sur les effets de ce durcissement sur l'accès aux soins des familles, et des enfants⁴⁶.

À ces problématiques démographiques s'ajoutent des caractéristiques territoriales importantes qui rendent difficile l'accès à la scolarisation et à la santé des familles. Les équipements sont éloignés et le recours aux services et aux droits, limité, a fortiori pour les étrangers et sans accompagnement social.

3. À La Réunion, une poussée démographique ralentie mais des revenus insécurisés

L'île de La Réunion se caractérise par un dynamisme démographique moins important. À l'inverse de Mayotte et de la Guyane, le territoire est confronté à **une démographie scolaire en baisse**, avec 638 élèves en moins entre 2018 et 2019. Cette baisse est constante sur les effectifs du 1^{er} degré, avec 6 350 élèves en moins en dix ans, entre 2009 et 2019⁴⁷.

⁴³ Unaf, *op. cit.*

⁴⁴ Cese, 2020, *op. cit.*

⁴⁵ <https://www.publicsenat.fr/article/politique/restreindre-encore-le-droit-du-sol-a-mayotte-une-mesure-polemique-190242>.

⁴⁶ Voir notamment l'appel de Médecins du Monde : <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/france/2021/09/08/projet-loi-anti-immigration-mayotte> et de la Cimade : <https://www.lacimade.org/annonces-ministerielles-a-mayotte-une-nouvelle-fuite-en-avant-repressive-et-toujours-plus-inegalitaire/>.

⁴⁷ BCSSE, 2020, *L'éducation à La Réunion*, DGOM.

À la rentrée 2018, 43 400 élèves sont scolarisés en maternelle. Entre 1997 et 2018, le nombre d'élèves en maternelle suit le pas des naissances. Depuis 2014, le nombre d'élèves se stabilise⁴⁸.

D'une manière générale, la situation de **La Réunion**, malgré des indicateurs sociaux et économiques en deçà des moyennes métropolitaines, ne connaît pas les difficultés socio-sanitaires les plus aigües que rencontrent la Guyane et surtout, Mayotte. Cependant, la Réunion connaît une forte précarité financière à laquelle s'ajoutent des inégalités plus fortes qu'en métropole : comme on l'a vu, la masse des revenus des 20 % des personnes les plus aisées est 5,4 fois supérieure à la masse des revenus des 20 % les plus modestes (indicateur d'inégalités S80/S20), contre 4 en moyenne métropolitaine⁴⁹.

Comme dans l'ensemble des Drom, **la faiblesse des taux d'emploi** constitue une des caractéristiques majeures de l'économie réunionnaise. Compte tenu de la distribution des types de famille réunionnais, les enfants pauvres sont présents dans les **familles monoparentales** mais aussi au sein de **ménages complexes** (abritant plusieurs familles et/ou plusieurs générations), confrontés à de fortes difficultés économiques.

En matière de services sanitaires, les indicateurs sont meilleurs à La Réunion qu'en Guyane ou à Mayotte et de nombreuses initiatives ont été mises en place, notamment par l'ARS de La Réunion, en prévention et promotion de la santé sur diverses thématiques (alimentation, addictions, vaccinations...).

Plus précisément, la famille réunionnaise a fortement évolué : effritement du modèle de la famille nombreuse, des unions plus fragiles, des divorces accrus et un taux de nuptialité en recul (de 5,9 ‰ à 3,6 ‰). **En parallèle, l'allongement de la scolarité et l'accès grandissant aux études universitaires ont aussi eu pour effet un différé de la « mise en union »** (HCFEA, rapport transversal 2022).

Dans le même temps, **la hausse du taux d'activité des femmes** (66 %) s'est accompagnée d'une baisse de la fécondité et d'un recul de l'âge moyen à la première maternité (25,7 ans). Ces évolutions expliquent la nette réduction de la part des familles nombreuses.

La Réunion occupe une position intermédiaire entre Antilles où la famille monoparentale est majoritaire et métropole, où le modèle de la famille traditionnelle prédomine encore⁵⁰. Le modèle « traditionnel » y demeure très légèrement majoritaire, mais la part de la famille monoparentale y progresse (31,9 en 2017).

Ainsi, en 2018, plus de la moitié des enfants réunionnais (52,4%) vivaient avec leurs deux parents, éventuellement avec des frères et sœurs qui sont tous les enfants du couple parental. 38,0 % vivaient dans une famille monoparentale, le plus souvent (9 fois sur 10) avec leur mère ; et moins

⁴⁸ Projections du nombre d'élèves à La Réunion, Baktavatsalou R. et Chaussy C. (Insee), Delvoye S., Legros F., Parvedy J-E., Payet F. (Rectorat).

⁴⁹ C'est à Mayotte, où une grande part des habitants ne dispose d'aucun revenu régulier, que ces inégalités sont le plus exacerbées. Voir HCFEA, rapport transversal, *op. cit.*

⁵⁰ En 2018, 68,8 % des enfants de métropole vivent avec leurs deux parents et aucun enfant issu d'une union antérieure de leurs parents.

de un sur dix vivait dans une « famille recomposée »⁵¹. Au total, 38 % des enfants réunionnais ne vivent qu'avec un seul de leurs parents, contre 20,4 % en métropole (tableau 3)⁵².

De plus, l'enquête *Migrations, famille et vieillissement* (MFV) a montré que, dans les Drom, **la monoparentalité constitue pour les enfants concernés un mode durable de vie familiale et non, comme en métropole, une simple « parenthèse »** entre deux moments de la vie de couple de leurs parents. La monoparentalité s'accompagne fréquemment d'une situation **de plus grande précarité**, parent concerné n'exerçant le plus souvent aucune activité professionnelle. À La Réunion, dans deux tiers des familles monoparentales, il est sans emploi contre un tiers dans les familles recomposées, et un cinquième dans les familles traditionnelles.

Même si la part d'enfants « non reconnus » par leur père est à La Réunion le double de celle de la métropole (25,6 % contre 12,1%), elle est bien inférieure à celle constatée aux Antilles ou en Guyane, et en diminution.

Il faut également indiquer un nombre particulièrement élevé de violences intrafamiliales dans les outre-mer et que, comme l'indique le Cese⁵³ « *au-delà d'une grande diversité de situations, les violences faites aux femmes y sont cependant plus nombreuses que dans l'Hexagone et les agressions les plus graves excèdent la moyenne* ». Un atelier du Grenelle des violences conjugales a été consacré aux outre-mer et les mesures ont intégré les besoins d'adaptation des outre-mer (mesure n° 9, adaptation du 3919...)⁵⁴.

Tableau 3 : Répartition des enfants selon le type de famille à la Réunion, aux Antilles et en métropole. (en %)

	Famille traditionnelle	Famille monoparentale	Famille recomposée
métropole	68,8	20,4	10,8
La Réunion	52,4	38,0	9,6
Antilles	38,9	53,2	7,9

Champ : enfants mineurs vivant en famille. Source : Insee, enquête annuelle de recensement 2018.

En 2014, quatre habitants (18 ans ou plus) de la Réunion sur dix étaient en surpoids, dont 11 % en situation d'obésité. Si le surpoids concerne autant les hommes que les femmes, ces dernières sont davantage touchées par **l'obésité** (14 %, contre 8 % des hommes), contrairement à la métropole (12 % chez les hommes et les femmes). Le surpoids et l'obésité étaient alors les facteurs les plus

⁵¹ Famille dans laquelle au moins un enfant n'est pas issu du couple. Le plus souvent, les enfants nés d'une union antérieure vivent avec leur mère dans leur « nouvelle » famille. Ils vivent soit avec un parent et un beau-parent ; soit avec leurs deux parents et des demi-frères et demi-sœurs. Ces familles recomposées comptent aussi davantage d'enfants mineurs : ceux du nouveau couple s'ajoutent souvent à ceux, plus âgés, d'une union antérieure. La moitié d'entre elles rassemble trois et même parfois quatre enfants ou plus.

⁵² In HCFEA, Rapport transversal, 2022, *op. cit.*

⁵³ Rivière D., Ronai E., 2017, *Combattre les violences faites aux femmes dans les outre-mer*, Avis, Conseil économique, social et environnemental (Cese), 242 p. 2017_09_violences_femmes.pdf (lecese.fr) <https://www.lecese.fr/travaux-publies/combattre-les-violences-faites-aux-femmes-dans-les-outre-mer>.

⁵⁴ Voir notamment dans l'enquête Virage le volet concernant la Réunion Condon S., Dauphin S., Dupuis J., 2019, *Violences envers les femmes dans les espaces publics, au travail et dans les couples à La Réunion, Premiers résultats de l'enquête Virage dans les outre-mer*, Ined, et Condon, S., Dauphin, S., Dupuis, J. et l'équipe de l'enquête Virage dans les Outre-Mer, 2021, Les femmes sur l'île de La Réunion fortement exposées aux violences pendant l'enfance et l'adolescence. *Population & Sociétés*, n° 592.

fortement liés au **diabète** à La Réunion (six diabétiques sur dix en surpoids). Une personne sur trois déclarait consommer des boissons sucrées au moins quatre fois par semaine, notamment les hommes et les jeunes (moins de 20 ans)⁵⁵. Selon l'enquête Baromètre santé réalisée en 2014 dans les Drom, La Réunion affiche en effet une prévalence élevée du **diabète** connue en population générale (15 à 75 ans) : à cette date, 9,3 % des Réunionnais étaient diabétiques, avec une prévalence qui s'accroît avec l'âge. Les femmes étaient davantage concernées (60 % des diabétiques), à la différence de la France métropolitaine. S'agissant du diabète traité pharmacologiquement, la Réunion était en **2013** la région française la plus concernée : avec un taux de prévalence standardisé sur l'âge de 10,2 % (deux fois supérieur au taux national, 4,7 %). **Le taux de mortalité (en cause initiale) représentait près de trois fois le taux métropolitain** et concernait les femmes plus que les hommes⁵⁶. À cette date, le suivi médical et cardiologique des patients⁵⁷ apparaissait insuffisant.

La prise en charge sanitaire des enfants de moins de 6 ans à la Réunion n'est pas sans poser des difficultés : une part importante d'enfants malades provient de Mayotte. En outre, certains d'entre eux sont pris en charge en l'absence de parent, resté à Mayotte compte tenu du coût que représenterait leur accompagnement⁵⁸.

En revanche, concernant la **scolarisation**, une part importante d'élèves va à l'école et la volonté politique de scolariser les enfants dès le plus jeune âge est forte. De plus, la Réunion est attractive pour les recrutements enseignants, alors que le nombre d'enfants d'âge scolaire diminue, ce qui permet **un taux de scolarisation plus haut que la moyenne nationale**. En 2018, 43 414 élèves sont scolarisés en école maternelle pour 1 858 classes. Plus précisément, 1 581 élèves de 2 ans sont scolarisés, 13 599 élèves de 3 ans, 13 875 élèves de 4 ans et 14 359 élèves de 5 ans⁵⁹. L'accent est également mis sur **la scolarisation dès 2 ans**, avec une augmentation de 252 % du taux de scolarisation pour cette tranche d'âge, passant ainsi de 394 enfants de 2 ans scolarisés en 2012-2013 à 1 387 en 2014-2015. Malgré cette situation satisfaisante, des difficultés structurelles persistent, à savoir un nombre conséquent d'effectifs dans les classes, des formations insuffisantes envers les personnels et un aménagement des espaces défectueux. En outre, dans certaines régions de l'île avec peu voire pas de transports et dans lesquelles les enfants se déplacent à pied, les parents ne sont pas toujours conscients de l'obligation de scolariser leurs enfants dès 3 ans⁶⁰.

C. DES SERVICES PUBLICS ELOIGNÉS DE LA POPULATION

La loi du 19 mars 1946⁶¹ a introduit l'égalité des droits et notamment le principe de l'égalité sociale pour les quatre anciennes colonies (Guadeloupe, Guyane, La Réunion et Martinique), devenues départements français. Cependant, l'exigence, posée dans l'article 3 de la loi, de mentionner

⁵⁵ En revanche, l'activité physique est plus fréquente à La Réunion qu'en métropole : 44 % des Réunionnais déclarent pratiquer une activité physique régulièrement contre 34 % en métropole.

⁵⁶ Des données probablement sous-estimées, puisque le diabète est globalement sous-déclaré sur les certificats de décès (en cause initiale ou associée).

⁵⁷ Les recommandations en sont fixées par la Haute autorité de santé.

⁵⁸ Unaf, *op. cit.*

⁵⁹ BCSSE, n.d. *Violentes faites aux enfants dans les outre-mer*, DGOM.

⁶⁰ Unaf, *op. cit.*

⁶¹ Loi n° 46-451 du 19 mars 1946 tendant au classement comme départements français de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Réunion et de la Guyane française.

explicitement l'extension de toute nouvelle loi aux DOM a freiné considérablement le processus vers l'égalité des droits, notamment sociaux et familiaux. Concernant Mayotte, le fait de devenir département le 31 mars 2011, lui permet d'accéder progressivement aux mêmes droits que les autres collectivités des outre-mer. Le principe constitutionnel selon lequel les politiques publiques nationales en matière sociale sont applicables aux collectivités des outre-mer à l'identique, mais peuvent être adaptées si les circonstances locales le nécessitent, n'a néanmoins pas favorisé la convergence des droits sociaux.

L'accès aux droits et aux services publics connaît de fortes disparités avec la métropole et entre territoires, sources de tensions pour la population ultramarine à l'origine de mouvements sociaux récurrents⁶². Même si **la loi du 28 février 2017 en faveur de l'égalité réelle outre-mer (Erom) a significativement rapproché la réglementation des prestations servies par les Caf des collectivités des outre-mer de celle des prestations servies dans l'Hexagone**, certaines particularités ou conditions d'attribution spécifiques subsistent encore. Les prestations familiales et sociales versées par les caisses d'allocations familiales et la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) constituent, compte tenu du niveau de vie médian et du taux de pauvreté dans ces trois territoires (voir infra tab. 4 et 5) même si c'est à des degrés différents, les leviers fondamentaux des politiques publiques de lutte contre les inégalités et de prévention des exclusions dans les Drom⁶³. **En 2019 ont été signés les premiers Contrats de convergence et de transformation (CCT)** entre l'État et les collectivités territoriales outre-mer avec l'objectif de permettre à chaque territoire de bénéficier d'infrastructures et d'équipements de haut niveau.

1. Des populations enclavées

Les Drom, étant donné leur caractère majoritairement insulaire, et l'étendue du territoire guyanais, sont souvent difficiles d'accès en raison d'un isolement, éloignement, enclavement d'une partie de la population, et sont exposés à des risques de phénomènes naturels importants⁶⁴. **Chacun des territoires ultramarins de l'étude présente des marqueurs géographiques forts qui ont une incidence importante sur les déplacements et les modes de vie des populations.**

La prise en compte de ces spécificités parfois mal connues par les instances de décision au niveau national est encore insuffisante.

La question du désenclavement de certaines parties de ces territoires est un enjeu majeur du développement économique et social de Mayotte, la Réunion et la Guyane, qui passe par un renforcement de la **connectivité globale des transports et des communications.**

Ainsi, la **Guyane**, plus vaste département français mais très peu peuplé, majoritairement couvert par la forêt équatoriale, voit, on l'a dit, une concentration de la population sur le territoire de Cayenne (aire urbaine, 140 000 habitants environ) et sur la bande côtière. Au sein de cet immense territoire, **les voies de communication intérieures sont peu nombreuses**⁶⁵. La faiblesse des réseaux de communication et l'enclavement de certaines zones géographiques accentuent les inégalités d'accès aux dispositifs sanitaires et préventifs⁶⁶. Par ailleurs, le département est parcouru par un

⁶² Cese outre-mer 2020, *op. cit.*

⁶³ Notamment 86 M€ en 2020 consacré à la restauration scolaire, HCFEA rapport transversal, *op. cit.*

⁶⁴ *Idem.*

⁶⁵ Insee, *Flash Antilles Guyane*, n° 131, décembre 2020.

⁶⁶ Drees, 2012, *La mortalité infantile dans les départements français d'outre-mer.*

faible nombre de routes, principalement le long de la côte maritime, un réseau de pistes et vers l'intérieur du territoire les déplacements s'effectuent surtout en **pirogue**, souvent le seul moyen de transport disponible, à la fois lent et coûteux, utilisé pour assurer les transports scolaires, et en avion. 20 % des Guyanais sont ainsi particulièrement isolés à la fois géographiquement et économiquement, ce qui limite fortement l'accès aux services publics sur le territoire. Ainsi, les communautés amérindiennes de **Guyane** qui vivent, pour nombre d'entre elles, dans des zones isolées et rencontrent des difficultés pour accéder aux services publics, éprouvent une certaine méfiance envers les services de la collectivité⁶⁷.

En outre, les services publics sont majoritairement situés le long de la côte maritime, qu'il s'agisse des institutions décentralisées (Conseil général, Conseil régional), des services extérieurs de l'État (préfecture, directions départementales et régionales), des chambres consulaires (Chambre de commerce et d'industrie, Chambre des métiers, Chambre d'agriculture) ou des services parapublics (Caisse d'allocations familiales). Cette situation contraint les habitants de l'intérieur du territoire à de fréquents déplacements, ce qui pose d'importantes difficultés de circulation, **la route littorale de l'ouest étant le plus souvent saturée**.

À **Mayotte**, on constate un manque important d'infrastructures de transports publics à quoi s'ajoute **une saturation des axes routiers pouvant paralyser l'île** durant de nombreuses heures (autour de Mamoudzou notamment qui concentre la presque totalité des services publics).

2. Une part importante de familles pauvres et très pauvres, et des prestations sociales peu accessibles

Le taux de pauvreté monétaire est, dans les Drom, deux à quatre fois plus élevé qu'en métropole, et cinq fois plus élevé à Mayotte. En outre les Drom se caractérisent **par des inégalités internes plus fortes, en particulier en Guyane et à Mayotte**⁶⁸.

En 2017, le niveau de vie médian⁶⁹ mensuel est beaucoup plus faible qu'en métropole (1 700 euros) à La Réunion (1 160 euros) en Guyane (920 euros) et plus encore, **Mayotte (260 euros)**⁷⁰ (tableau 4).

Plus de 4 Réunionnais sur 10, en 2017, vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire⁷¹, soit, pour une personne seule, moins de 1 020 euros par mois. Cette part était de 14 % en métropole⁷². **En Guyane**, où le niveau de vie médian⁷³ est près de deux fois inférieur qu'en métropole (920 euros contre 1 700), le taux de pauvreté atteint 53 % (tableau 5). **Mayotte est dans**

⁶⁷ Cnape, 2020, La protection de l'enfance en Outre-mer – états des lieux et phénomènes émergents.

⁶⁸ Audoux L., Mallemanche C., Prévot P., 2020, Une pauvreté marquée dans les DOM, notamment en Guyane et à Mayotte, *Insee Première*, n°1804, juillet.

⁶⁹ Niveau partageant la population en deux parties égales.

⁷⁰ Voir cadrage Drom HCFEA, rapport transversal, *op. cit.*

⁷¹ Le taux de pauvreté monétaire correspond à la part d'individus dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé « seuil de pauvreté » (exprimé en euros). Ce seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. Avec pour référence le seuil de 60 % du niveau de vie médian. Ainsi, est considérée comme pauvre, au seuil national en 2017, un couple sans enfant qui vit avec moins de 1 515 euros par mois, ou un couple avec deux enfants de moins de 14 ans qui vit avec moins de 2 120 euros par mois.

⁷² En métropole, seul le département de Seine-Saint-Denis se rapproche des Drom, avec un taux de pauvreté de 28 %.

⁷³ Celui qui partage la population en deux parties égales.

une situation extrême, avec un taux de pauvreté de 77 %. En référence au *niveau de vie médian local*⁷⁴, le taux de pauvreté apparaît **plus modéré à La Réunion**, s'établissant à 16 % avec un seuil à 700 euros et **Mayotte reste dans une situation à nouveau extrême avec 40 % de sa population sous le seuil de pauvreté local qui n'est, pourtant, que de 160 euros mensuels.**

Tableau 4 : niveau de vie mensuel des plus pauvres et des plus aisés dans les Drom et métropole en 2017

	1 ^{er} décile	2 ^e décile	Médiane	8 ^e décile	9 ^e décile
Guadeloupe	600	800	1 310	2 260	2 940
Martinique	630	800	1 360	2 320	3 100
Guyane	360	510	920	2 050	2 810
La Réunion	630	760	1 160	2 030	2 810
Mayotte	0	30	260	1 090	1 770
France métro	900	1 130	1 700	2 440	3 010

Lecture : en 2017, 20 % des personnes vivant en Guyane (2^e décile) ont un niveau de vie inférieur à 510 euros par mois.

Source : Insee, Budget de famille 2017.

La précarité économique, de l'habitat à l'état de santé, affecte l'ensemble des conditions de vie et se traduit, notamment, par **un moins bon état de santé et des taux de mortalité prématurée très supérieurs aux moyennes métropolitaines.**

Tableau 5 : Taux de pauvreté et indicateur d'inégalités en 2017

	Taux de pauvreté Seuil national (en %)	Indicateur d'inégalités : S80/S20	Seuil local	
			Seuil mensuel (en euros)	Taux de pauvreté (en %)
Guyane	53	10,5	550	23
La Réunion	42	5,4	700	16
Mayotte	77	> 80	160	42
France métro	14	4,0	1 020	15

Lecture : en 2017, au seuil national (60 % du niveau de vie médian en France) plus de la moitié (53 %) des Guyanais sont pauvres. La masse des niveaux de vie détenue par les 20 % des personnes les plus aisées en Guyane est 10,5 fois plus élevée que celle détenue par les 20 % les plus pauvres (S80/S20).

Le seuil de pauvreté local (60 % du niveau de vie médian départemental) est de 550 euros en Guyane) le taux s'établit à 23 %.

Source : Insee, Budget de famille 2017 (Audoux L., Mallemanche C., Prévot P., 2020, *Insee Première*, n° 1804).

En Guyane, six enfants sur dix vivent dans un ménage pauvre⁷⁵. Les plus affectés sont ceux dont aucun des parents n'est en emploi, avec un risque plus élevé pour les enfants des familles monoparentales (tableau 6). **Mais c'est bien à Mayotte que la situation de pauvreté des enfants (8 sur 10) est la plus préoccupante**⁷⁶.

⁷⁴ À 60 % du niveau de vie médian du département.

⁷⁵ Les taux sont de 8 sur 10 à Mayotte, d'environ 5 sur 10 à La Réunion et de 4 sur 10 aux Antilles.

⁷⁶ HCFEA, rapport transversal, *op. cit.*

Tableau 6 : Enfants dont les parents sont sans emploi en 2017 (en %)

Lieu de résidence de la mère	Part des enfants vivant dans une famille dont les parents n'ont pas d'emploi et ne sont ni retraité ni étudiant			Part des enfants vivant dans une famille monoparentale, parmi l'ensemble des enfants dont le parent n'a pas d'emploi	Part des enfants vivant dans une famille monoparentale parmi l'ensemble des enfants
	Parmi l'ensemble des enfants	Parmi les enfants vivant dans une famille monoparentale	Parmi les enfants vivant dans une famille constituée d'un couple		
Guyane	55,3	72,0	39,1	64,3	49,5
La Réunion	43,0	68,8	25,4	64,9	40,5
Mayotte	58,7	79,7	49,4	41,6	30,6
France Métro.	16,4	39,4	9,2	57,1	23,8

Source : Insee, recensement de la population 2017.

Des services et prestations sociales peu accessibles

Dans les Drom, le taux d'allocataires du RSA « socle » pour la population 15-64 ans est de 15,9 % contre 4,28 % en métropole⁷⁷, en raison du manque d'activités et d'emplois. Les prestations sociales jouent un rôle majeur de réduction de la pauvreté et des inégalités.

En **Guyane**, 43 % des familles monoparentales et 26 % des couples avec enfants perçoivent au moins une prestation de la **Caf** (graphique 1). Pour les ménages les plus modestes, les prestations sociales concourent à plus de la moitié de leur revenu disponible et jusqu'à 70 % pour ceux dont le niveau de vie est le plus faible (inférieur au 1^{er} quintile)⁷⁸. En décembre 2019, près d'un quart de la population de Guyane (23 %) était couverte par le revenu de solidarité active (**RSA**), contre 5,3 % dans l'Hexagone, et **31,9 % bénéficiaient de la couverture maladie universelle (CMU)**⁷⁹ (tableau 7).

⁷⁷ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/22-15.pdf>.

⁷⁸ Une étude de la Caf de 2012 indiquait que près de la moitié des allocataires de minima sociaux en Guyane, étaient alors d'origine étrangère. « *Analyse des situations de précarité en Guyane* », Programme partenarial 2011, Audeg. Données 2000-2005-2010, Premières exploitations.

⁷⁹ Elle permet un remboursement intégral des dépenses de santé aux foyers les plus précaires disposant de moins de 2 000 euros mensuels pour cinq personnes.

**Tableau 7 : Population couverte par le Revenu de solidarité active (RSA) fin 2019
Bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)⁸⁰ en 2018**

Département	Population couverte par le RSA* (allocataire, conjoint et personnes à charge) (%) au 31/12/2019. En % de la population totale	Bénéficiaires de la CMUC En % de la population totale
Guyane	23,0	31,9
La Réunion	26,6	35,2
Mayotte	5,3	ND (**)
France métro.	5,3	7,6

* Hors RSA jeunes (à la charge de l'État).

** : la CMU-c n'existe pas à Mayotte.

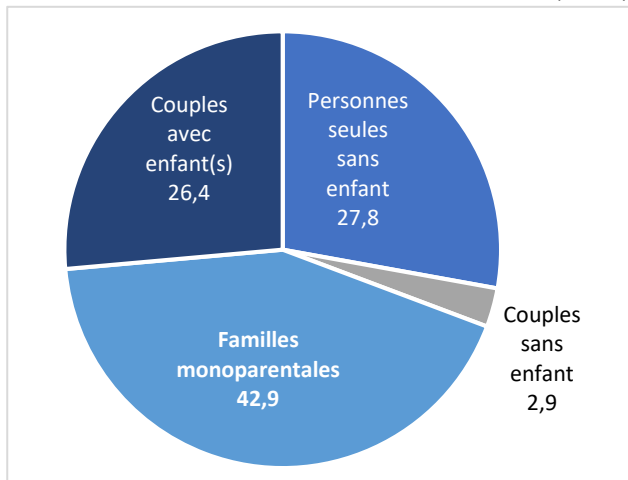
Sources : Cnaf, MSA ; Insee, estimations de population au 01/01/2020 (Résultats provisoires arrêtés fin 2019) ; Données CNAMTS, RSI, CCMSA, Calculs Fonds CMU ; Insee, estimations de population au 01/01/2018 (résultats provisoires arrêtés début 2019).

Le contexte local guyanais explique la progression continue du nombre de bénéficiaires de la CMU : 92 000 en 2017. L'aide médicale d'État (AME) est destinée aux étrangers en situation irrégulière sous réserve que leurs ressources soient inférieures à un certain plafond et qu'ils résident en France depuis plus de trois mois. En 2017, près de 17 000 personnes étaient couvertes par l'AME, dont une majorité résidait dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni, témoignant de la grande précarité d'une part importante de la population à laquelle l'accès aux soins serait sinon interdit, sachant que certains refusent d'en réclamer le bénéfice de peur d'être expulsés⁸¹.

⁸⁰ La CMU-C ouvre droit, sous condition de ressources, à une protection complémentaire de santé gratuite aux personnes résidant en France de manière régulière et stable. Elle est accordée, pour un an, aux personnes ayant une résidence stable et régulière sur le territoire français, appartenant à un foyer dont les ressources perçues au cours des douze derniers mois sont inférieures à un certain seuil. (fixé à 746 € mensuels en moyenne pour une personne seule et sans enfant, en métropole, au 1^{er} avril 2019.) Elle offre une protection complémentaire de santé gratuite, couvrant un panier de dépenses restant à la charge de l'assuré après l'intervention des régimes de base de la Sécurité sociale. Les foyers percevant le RSA sont directement éligibles à la CMU-C. Depuis le 1^{er} avril 2019, le renouvellement de la CMU-C est automatique pour les titulaires du RSA.

⁸¹ Voir HCFEA, rapport transversal, *op. cit.*

Graphique 1 : Répartition des foyers bénéficiaires d'au moins une prestation de la Caf en septembre 2020 selon le type de famille dans les Drom
(en %)



Source : Fichiers Benetrim et Fileas, Cnaf-DSER-pôle des statistiques de prestations légales.

À Mayotte, le RSA a été étendu le 1^{er} janvier 2012, pour un montant s'élevant à 25 % du montant versé dans l'Hexagone et les autres Drom, sans majoration pour personne isolé et avec des majorations de 10 % pour personne à charge à partir du quatrième, au lieu de 30 % dans l'Hexagone et les autres Drom. Ces montants et taux minorés ont été justifiés par le très faible niveau de vie médian⁸² à Mayotte, considérant que le RSA ne pouvait être plus élevé que les revenus du travail ou les montants moyens des pensions servis sur le territoire. Une seconde revalorisation a porté le montant du RSA à 50 % du montant versé dans l'Hexagone et les autres Drom sans modifier les taux de majoration plus faibles. Bien que l'article 4 de l'ordonnance créant le RSA à Mayotte avait prévu une évaluation de sa mise en œuvre en 2015, celle-ci n'a jamais été effectuée. Il faut noter qu'un étranger (hors UE) ne peut percevoir le RSA à Mayotte qu'après 15 ans de présence en situation régulière sur le territoire. Alors que le Gouvernement considérait que le RSA concernerait 13 000 à 18 000 foyers bénéficiaires, à ce jour moins de 6 000 foyers bénéficient du RSA. Le RSA a été recentralisé en 2019, à Mayotte et en Guyane et en 2020 à La Réunion, afin de ne pas faire supporter aux collectivités locales des budgets en hausse constante. En outre, à Mayotte, les allocations familiales sont inférieures aux autres Drom et à la métropole, à partir du 3^{ème} enfant et aucune convergence des montants d'allocations familiales au-delà du second enfant n'est actuellement prévue.

Enfin, comme on peut le lire dans le rapport transversal du HCFEA sur les Drom⁸³, **Mayotte demeure le seul département qui ne dispose ni de la complémentaire santé solidaire (ex CMU-C) ni de l'aide médicale de l'état (AME)**. Seul un habitant sur dix a déclaré souscrire à une mutuelle. La prise en charge adaptée du ticket modérateur a été instaurée à Mayotte en 2019, afin de permettre aux habitants en situation régulière, aux revenus modestes, d'accéder gratuitement à la médecine libérale. En cas de maladie grave, le taux de recours demeure particulièrement faible chez les non-affiliés (1/10 contre 8/10 parmi ceux qui bénéficient d'une couverture maladie complète) qui privilégient les centres de consultations (en raison de leur gratuité)⁸⁴. 1/5 recourt à la médecine

⁸² Insee Analyses n°25 du 1^{er} juillet 2020.

⁸³ *Op. cit.*

⁸⁴ Affiliés à la Sécurité sociale et souscripteurs d'une mutuelle.

traditionnelle pour des maux peu sévères). Les mahorais et les étrangers en situation régulière renoncent peu aux soins (7 %). S'agissant du renoncement aux soins, l'enquête MFV-Mayotte a montré qu'il était le plus souvent motivé par une « raison financière »⁸⁵. Les étrangers sans titre de séjour y renoncent⁸⁶ presque trois fois plus (22 % contre 8 %) dont un sur cinq par peur d'une reconduite à la frontière⁸⁷.

Un nouveau projet de loi sur Mayotte⁸⁸ amorcé à l'automne 2021, pourrait comporter notamment à la fois un volet pour la poursuite de la convergence des droits sociaux et des mesures renforçant la lutte contre l'immigration, dont un renforcement de la limitation du droit du sol⁸⁹.

Ainsi, du fait d'un manque d'accessibilité aux services publics, de difficultés de déplacements, mais aussi d'un manque de connaissance des administrations, d'une crainte liée à sa situation administrative et du coût du recours pour les plus pauvres, **de nombreuses personnes vivent en retrait de ces services publics et en marge de l'accès aux droits**. L'accès aux services publics se heurte aussi à la fracture numérique (couverture et usage) à laquelle sont confrontées certaines populations ultramarines. Cette accessibilité limitée aux services publics dans les Drom est, pour diverses raisons, particulièrement criante pour la **Guyane** et pour **Mayotte**.

3. Un écart culturel et linguistique entre la population et les services portés par l'État

Le niveau d'éducation dans les Drom est relativement faible, en particulier à **Mayotte et en Guyane** où **l'illettrisme** est important et explique qu'une part de la population d'actualise pas ou ne réclame pas ses droits. À Mayotte, une personne sur trois est ainsi en situation d'illettrisme, les femmes plus que les hommes.

De plus, **la maîtrise imparfaite ou la non-maîtrise du français**⁹⁰ **pèse fortement sur l'accès aux droits** et conduit à des inégalités de traitement, à des retards de prise en charge et à un manque d'échanges entre les soignants et les patients ou encore, de recueil du consentement éclairé. Ainsi, en Guyane, 80 % des patients soignés à l'hôpital de Cayenne ne maîtrisent pas le français. Ces difficultés de communication courantes conduisent à des « bricolages » linguistiques constants, qui limitent et altèrent la communication.

À **Mayotte** cohabitent principalement trois langues, le shimaoré, le kibuschi et le français mais au total, pas moins de dix-huit langues ont été recensées par l'inspection générale⁹¹. En outre, l'obligation scolaire a été instaurée en 1992. Auparavant les familles scolarisaient peu leurs enfants, qui fréquentaient uniquement l'école coranique. Les populations ont encore largement recours à l'école coranique qui a toujours eu une place importante dans l'organisation de la communauté de l'île, a contribué à renforcer l'éducation parentale et a souvent constitué la seule ressource scolaire.

⁸⁵ Réponses « *Vous ne pouviez pas vous le payer* » ou « *Les médicaments ne sont pas remboursés* ».

⁸⁶ Regroupement des réponses « *Problèmes de papiers* » et « *Peur de la police aux frontières (PAF)* ».

⁸⁷ Avec de plus, l'insuffisante couverture vaccinale des enfants, et donc une l'absence de protection contre les maladies infantiles.

⁸⁸ <https://www.publicsenat.fr/article/politique/restreindre-encore-le-droit-du-sol-a-mayotte-une-mesure-polemique-190242>.

⁸⁹ Un enfant né à Mayotte devra avoir l'un de ses parents présents légalement et en permanence sur le territoire depuis plus d'un an, contre trois mois depuis 2018.

⁹⁰ *Idem*

⁹¹ BCSSE, 2020, *L'éducation à Mayotte*, DGOM.

En effet, la population mahoraise, à 95 % de confession musulmane, se trouve dans un système social en pleine mutation. Les parents sont confrontés à de nouvelles exigences juridiques et éducatives via l'école de la République. Ainsi, une majorité d'enfants suivent à la fois l'école coranique et l'école primaire de la République⁹².

En outre, une grande partie de la population locale ne s'approprie pas les services portés par l'État, notamment sociaux⁹³. Il n'est pas culturellement admis ni habituel de faire appel à des services sociaux qui pénètrent le cercle familial et qui questionnent ce qui relève de l'intime. A cela s'ajoutent des professionnels venant parfois d'autres territoires et non au fait des habitudes culturelles des populations, ne connaissant pas la langue, ce qui ne facilite pas le déploiement d'accompagnement des familles.

Bilinguisme, plurilinguisme et langue française

La grande majorité des communautés présentes dans les territoires d'outre-mer connaissent une situation de bilinguisme ou de plurilinguisme. Dans certains cas, la langue française est venue s'ajouter aux langues parlées dans ces territoires. Dans d'autres, elle est le support du développement d'un créole qui s'est affirmé au point d'être considéré comme une langue à part entière, susceptible même d'accéder au statut de langue de littérature (langue écrite). Dans tous les cas, l'ensemble des populations est concerné par la présence d'au moins deux langues, sans préjuger d'apports linguistiques supplémentaires. Du point de vue de l'élève, ce bilinguisme se traduit par la cohabitation d'une langue maternelle ou première et de la langue française, langue de scolarisation. « *En somme, l'acquisition des connaissances se réalise par le prisme d'une langue étrangère pour ces enfants, sans qu'il soit possible de s'appuyer sur la langue maternelle, qui peine à trouver sa place dans l'école* »⁹⁴. Une cohabitation pour l'élève qui pose des enjeux de reconnaissance et des mémoires associées à ces langues, « *Le plus grand risque ne se trouve probablement pas dans la rivalité des mémoires avec comme conséquences possibles une communautarisation, ou bien une autostigmatisation. L'espace démocratique doit pouvoir réguler les revendications de groupes dont le désir le plus cher est que l'on reconnaisse leur histoire et qu'on accepte leur présence, et leur participation à un "vivre ensemble" pluriel* »⁹⁵.

Les langues vivantes régionales enseignées dans le système scolaire français font l'objet d'une liste précise (qui ne couvre de fait pas l'ensemble des langues vernaculaires de ces territoires). Dans les Drom-Com, cinq langues ou groupes de langues sont concernés : le créole (à base lexicale française), les langues mélanésiennes, le tahitien, le wallisien et le futunien (cf. circulaire relative à l'enseignement des langues et cultures régionales du 12 avril 2017). Mayotte n'est pas concerné par ces dispositions pour l'heure : les deux langues vernaculaires parlées par la population (shimaoré et kibushi), de tradition orale, font partie des langues de France mais n'appartiennent pas à la liste des langues régionales enseignées à l'éducation nationale.

⁹² Malbert T., M'trengoueni M., 2019, Familles et écoles à Mayotte : entre tradition musulmane et rapport à la laïcité, Icare (Institut coopératif austral de recherche en éducation).

⁹³ À Mayotte on utilise le terme « Sirkali » pour désigner tout ce qui est de la sphère publique et dont les mahorais ne comprennent pas toujours le sens.

⁹⁴ Unicef-Défenseur des droits, 2021, Guyane : les défis du droit à l'éducation, *Études & Résultats*, juillet.

⁹⁵ Mestre C., Mouchenik Y., 2008, Les violences faites aux mémoires, *L'Autre*, 2008/2 (Volume. 9), p. 165-166. DOI : 10.3917/lautr.026.0165. URL : <https://www.cairn.info/revue-l-autre-2008-2-page-165.htm>.

Focus sur les dispositifs d'appui au bilinguisme en milieu scolaire

Le plurilinguisme est progressivement pris en compte par l'institution scolaire. Des dispositifs de type **intervenants en langue maternelle (ILM) en Guyane ou « Éveil aux langues » à Mayotte**, implantés dans les petites classes (maternelle et premières classes de l'école élémentaire), s'appuient sur le bilinguisme afin de faciliter l'entrée dans la scolarisation et dans l'apprentissage du français pour des enfants qui n'ont pas le français pour langue maternelle.

La connaissance et la maîtrise de la langue d'origine sont structurées pour développer des compétences linguistiques transférables au service d'une meilleure acquisition de la langue française, dans des territoires où les résultats des élèves en français sont nettement inférieurs à la moyenne nationale.

Le récent rapport d'information de la commission des finances réalisé par M. Gérard Longuet en 2020 recommande ainsi que les enseignants bénéficient « *d'une formation, tant pour les sensibiliser au sujet des langues locales que pour leur permettre de développer des pratiques pédagogiques adaptées. Afin de développer un véritable bilinguisme et d'améliorer la pratique du français académique, l'intégration parmi les enseignements d'exercices d'expression orale est à approfondir. En Martinique, le rectorat a par exemple mis en place le projet EOL, pour expression orale libre, consistant dans la prise de parole libre d'un élève par jour pendant l'intégralité de sa scolarité, durant cinq minutes et sur un sujet de son choix. Un tel exercice pourrait être facilement généralisé à coût constant aux autres académies ultramarines* »⁹⁶.

Il est important de souligner que le modèle pédagogique métropolitain est importé sans adaptation dans ces territoires. Certaines méthodes pédagogiques se révèlent peu appropriées à des élèves dont le français constitue avant tout une langue seconde (au même titre que l'arabe), et qui sont encore scolarisés tardivement.

⁹⁶ Rapport d'information n° 224 (2020-2021) de M. [Gérard Longuet](#), fait au nom de la commission des finances, déposé le 10 décembre 2020.

II. L'ÉCOLE

A. LA LOI POUR SCOLARISER TOUS LES ENFANTS DE TROIS ANS

La **loi du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance** entend lutter contre les inégalités dès le plus jeune âge et de permettre aux élèves de maîtriser des savoirs fondamentaux à la sortie de l'enseignement primaire (lire, écrire, compter, respecter autrui)⁹⁷. Cette loi a plusieurs conséquences sur la scolarisation des élèves.

Tout d'abord, l'abaissement de **l'âge de l'instruction obligatoire de 6 à 3 ans** renforce la place de l'école maternelle dans le système éducatif et dans le développement affectif, social, langagier, cognitif, et sensori-moteur des enfants ainsi que leur éveil. De plus, l'obligation d'instruction vaut pour les enfants de 3 à 16 ans. Cette continuité contribue à **lutter contre les inégalités sociales à travers un cadre d'instruction commun à tous les élèves**. Les enfants peuvent également bénéficier d'une instruction dans la famille.

L'intervention continue de l'État conduit à de fortes dépenses du ministère de l'Éducation nationale de **plus de 4,2 milliards d'euros**, dont 40 % pour La Réunion. Le **coût de l'enseignement outre-mer par élève est nettement supérieur à la moyenne nationale**, de 30 % en moyenne. Mayotte et la Guyane ont par ailleurs bénéficié de soutien particulier dans le cadre des plans d'urgence pour la Guyane et pour l'avenir de Mayotte, l'État s'étant engagé à investir sur cinq ans respectivement 250 millions d'euros et 500 millions d'euros pour la construction de bâtiments scolaires, ainsi qu'à créer 120 et 345 postes d'enseignants supplémentaires.

1. Renforcement des formations pour les équipes éducatives

Par ailleurs, **la formation des enseignants est renforcée** en mettant l'accent sur les savoirs disciplinaires fondamentaux et la connaissance des valeurs de la République. La loi prévoit une formation initiale homogène pour les professeurs et la création d'un nouveau référentiel de formation mis en œuvre au sein des Inspé (Instituts nationaux supérieurs du professorat et de l'éducation), anciennement Espe (écoles supérieures du professorat et de l'éducation).

Cette loi prend également en compte de manière plus approfondie l'accompagnement des élèves en situation de handicap en mettant l'accent sur la formation des personnels et en donnant davantage de reconnaissance à leur travail. Ainsi, le **statut des AESH (accompagnants des élèves en situation de handicap) est renforcé** et leur recrutement est réalisé sur la base d'un CDD de trois ans au minimum, renouvelable une fois avant passage à un CDI. Ces professionnels font désormais partie intégrante de la communauté éducative.

2. Renforcement de l'accompagnement des élèves et création des Pôles inclusifs d'accompagnement localisés (Pial)

Ces pôles sont créés dans l'enseignement public et privé sous contrat et ont pour objectifs d'améliorer la coordination des aides humaines, éducatives, thérapeutiques et faciliter la gestion des accompagnants en prenant en compte l'évolution des besoins des élèves. La création de ces pôles s'inscrit de manière plus large dans le **renforcement de l'accompagnement proposé aux élèves**,

⁹⁷ Loi du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance, <https://www.vie-publique.fr/loi/269264-loi-ecole-de-la-confiance-du-26-juillet-2019-loi-blanquer>.

au plus près de leurs besoins pédagogiques. De plus, la coordination entre l'Éducation nationale, le secteur médicosocial et les collectivités territoriales se voit renforcée.

3. Mise en place d'une évaluation de l'enseignement scolaire

La création du **Conseil d'évaluation de l'école**, qui a pour objectif de devenir un outil d'évaluation du système scolaire français, vise à mettre en cohérence les évaluations de l'enseignement scolaire et le déploiement d'une évaluation des établissements scolaires sur le territoire national.

Ainsi, la mise en place de la loi pour une école de la confiance vise à renforcer plusieurs mesures en matière de scolarisation des élèves.

Ces mesures sont à visée générale sur le territoire national et les Drom ne prévoient pas de statut d'exception. Toutefois, quelques précisions ont été ajoutées ainsi, l'article 46 précise que « *dans les académies d'outre-mer, [les Inspé] préparent les enseignants aux enjeux du plurilinguisme et à la scolarisation des enfants allophones. Ils préparent aux enjeux d'évaluation des connaissances et des compétences des élèves* »⁹⁸.

4. La place de l'école dans le suivi de la santé des enfants

Les missions de santé scolaire sont définies par la circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001 et s'appliquent aux équipes municipales comme à celles de l'Éducation nationale. Elles visent à promouvoir la santé des élèves et s'organisent selon six grands axes :

- le suivi de la santé des élèves par la réalisation de bilans de santé aux âges importants du développement de l'enfant et de sa scolarité et par des examens à la demande et des dépistages systématiques (sensoriels notamment) ;
- l'intégration des enfants handicapés ou porteurs de maladies chroniques ;
- la protection de l'enfance et la prévention de la maltraitance ;
- la prévention et la lutte contre l'échec scolaire ;
- la prévention des maladies transmissibles particulières (méningites à méningocoques, tuberculose...) ;
- l'éducation à la santé.

La loi pour une école de la confiance vient renforcer la **structuration d'un parcours de santé pour les enfants de 0 à 6 ans**. Elle prévoit des visites médicales organisées à l'école à différents moments de la scolarité des enfants.

- Une **première visite médicale** est organisée pour les enfants au début de l'école maternelle, **entre 3 et 4 ans (B-4)**, dans l'objectif de **dépister** les troubles du neuro-développement, du spectre autistique, sensoriels, psycho-affectifs, etc. Cette visite est également l'occasion pour les professionnels de santé d'avoir une meilleure **compréhension du contexte scolaire** de l'enfant et de proposer, si nécessaire et en lien avec les enseignants, des adaptations.
- Une **seconde visite médicale** est organisée **entre 5 et 6 ans** afin de repérer les éventuels troubles de l'attention, de la coordination, de la vision, de la communication, etc. et une attention est portée sur la prévention des maltraitances infantiles. Cette visite

⁹⁸ Loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance, art. 46., <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038829065/>

de la sixième année nécessite une coordination renforcée entre le médecin de l'éducation nationale, les professionnels de santé et les membres de l'équipe éducative.

En 2011, la Cour des comptes et l'Assemblée nationale ont toutes deux **souligné l'intérêt remarquable** que présentaient, pour un suivi médical égalitaire, l'existence et le positionnement de la **médecine scolaire** en France. Mais elles ont parallèlement déploré les faiblesses de son pilotage, dans un contexte où les missions qui lui sont confiées sont nombreuses et disparates.

La convention-cadre de partenariat Santé/Éducation nationale signée à l'Élysée le 29 novembre 2016, « *scelle un engagement des pouvoirs publics afin de promouvoir la santé des enfants, des adolescents et des jeunes* » et affiche l'objectif de « *renforcer les interactions positives entre la santé et l'éducation, notamment en faveur des plus fragiles* ». Tout en précisant que le progrès dans cette direction « *nécessite une approche globale* », la convention identifie les « *domaines d'action* » et les « *leviers à mobiliser* » aux niveaux national, régional et infrarégional. La déclinaison des objectifs nationaux, des académies aux établissements, est ainsi organisée sur le papier. La coopération doit se développer dans les territoires en faisant intervenir les Agences régionales de santé (ARS), les rectorats et d'autres partenaires en particulier les Unions régionales des professionnels de santé (URPS). **Une personne référente a été désignée dans chaque ARS et dans chaque rectorat.**

La création des **Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc)**, présidés par les chefs d'établissements, traduit la volonté de fédérer les actions de prévention concernant la santé et la citoyenneté et de les inscrire dans un cadre cohérent, articulé avec les enseignements et la politique éducative de l'établissement en réunissant sous la présidence du chef d'établissement, les personnels d'éducation, sociaux et de santé, des représentants des élèves, des parents et des enseignants ainsi que toute personne (notamment des partenaires) qu'il estime nécessaire sur les sujets qu'il traite. **C'est aussi au sein du Cesc que devraient théoriquement se concevoir les partenariats entre l'établissement et les acteurs de santé locaux.** Le Cesc n'existe cependant que dans le second degré. Dans ces conditions, la conduite concrète des actions de promotion de la santé dans les établissements scolaires est trop souvent dépendante de quelques personnes, en général les infirmiers qui portent seuls un projet.

Enfin, la fracture est forte, tant pour ce qui est de l'école que pour la santé, entre la métropole et l'Outre-mer. Le Cese déplore d'autant plus cette situation que dans ces territoires où l'accès aux soins élémentaires est difficile, l'intervention de la médecine scolaire est encore plus nécessaire⁹⁹.

B. LES CONDITIONS DE LA SCOLARISATION DES ENFANTS NON ENCORE GARANTIES EN GUYANE ET A MAYOTTE

Cependant, comme on peut le lire dans les rapports sur le sujet¹⁰⁰, notamment le rapport Longuet, les taux de scolarisation sont faibles, de non-scolarisation, élevés, surtout à Mayotte et « *la très rapide croissance démographique de la Guyane et Mayotte est renforcée par la dynamique migratoire à l'œuvre [...] Corollaire de cette augmentation, malgré l'investissement immobilier de l'État, les établissements scolaires sont en nombre insuffisant en dépit d'un rythme de construction soutenu. Les établissements sont donc fréquemment surchargés [...] Le taux de scolarisation des*

⁹⁹ Cese, 2020, *op. cit.*

¹⁰⁰ Notamment le rapport de la Cour des comptes 2020 *op.cit.*, le rapport du Défenseur des droits 2020 *op. cit.*

3-5 ans en Guyane s'élevait en 2016 à 85 % en Guyane et à 79 % à Mayotte¹⁰¹, alors qu'il frôle les 100 % en métropole. Il décroît à Mayotte depuis 2 ans en raison du manque de salles de classe, aggravé par le dédoublement des CP [...] Par ailleurs, la question linguistique est un enjeu majeur. Au-delà de la problématique de la valorisation des langues régionales commune à la France métropolitaine, il s'agit d'intégrer au système scolaire un nombre considérable d'élèves allophones »¹⁰².

Face à la forte croissance démographique **en Guyane et à Mayotte**, ces territoires font face à un sous-dimensionnement des infrastructures scolaires pour leur population. La **Guyane** est confrontée à un manque d'accueil, de classes, d'internats et de professeurs qualifiés, rendant difficile la scolarisation des enfants¹⁰³ et de médecins scolaires. Comme on le rappelle le rapport Longuet : « **En Guyane**, la proportion de médecins scolaires contractuels est de 80 % contre 17,4 % au niveau national. **À Mayotte**, un poste de médecin scolaire est dépourvu de titulaire depuis plusieurs années ». En 2018, à Cayenne, plus de 300 enfants étaient sur liste d'attente en école maternelle et 215 en fin d'année scolaire¹⁰⁴.

1. Un sous-dimensionnement des infrastructures scolaires

En Guyane et à Mayotte, le manque de places touche tout particulièrement les populations autochtones qui souffrent d'une grande précarité et font face à de nombreuses discriminations, et les migrants présents en Guyane, venant principalement d'Haïti, du Surinam et du Brésil.

La CNCDH a publié en 2017 un avis sur le droit à l'éducation en Outre-mer et a mis en avant **l'insuffisance de conditions matérielles adéquates pour assurer une égalité des chances à l'école**¹⁰⁵.

Selon le Conseil économique, social et environnemental de **Mayotte** (Cesem), **le système éducatif mahorais ne répond pas aux exigences de l'école de la République et ne s'appuie pas sur un réel cadre de référence**¹⁰⁶.

La dérogation au droit du sol adoptée en 2018 (voir encadré) durcit encore la reconnaissance et la régularisation des enfants de parents étrangers sur le sol mahorais.

La dérogation au droit du sol à Mayotte, ses conséquences sur les futurs adultes.

Le Parlement a adopté en juin 2018 un amendement restreignant les conditions d'application « du droit du sol », avec pour objectif affiché la lutte contre l'immigration irrégulière.

Sans effet dissuasif sur le flux des arrivées illégales, ce texte a pour conséquence effective de placer des milliers de jeunes dans des situations problématiques à l'avenir puisque presque la moitié des naissances (45 %) le sont de deux parents étrangers.

¹⁰¹ Chiffres communiqués par la Depp du Menj.

¹⁰² Rapport d'information n° 224 (2020-2021) de M. [Gérard Longuet](#), fait au nom de la commission des finances, déposé le 10 décembre 2020.

¹⁰³ Unaf, *op. cit.*

¹⁰⁴ Le Monde, 2019, En Guyane, la scolarisation obligatoire à 3 ans met les écoles sous pression, 7/09/2019.

¹⁰⁵ CNCHD, Avis sur l'effectivité du droit à l'éducation dans les Outre-mer. Regard particulier sur la Guyane et Mayotte.

¹⁰⁶ Cesem, [L'École de la République à Mayotte, une exigence d'égalité](#), 2017.

En France, la loi stipule qu'un jeune arrivé avant ses 13 ans est régularisable de plein droit, et peut donc obtenir un titre de séjour. À Mayotte, il doit prouver qu'il y réside depuis l'âge de 13 ans, avec au moins l'un de ses parents lui-même en situation administrative régulière, alors que beaucoup sont hébergés par un proche (tante, oncle ou autre) qui, le plus souvent, ne dispose pas de titre de séjour. En conséquence, un grand nombre de ceux qui sont arrivés dès leur plus jeune âge à Mayotte et qui y ont été scolarisés risquent la menace permanente d'une expulsion dans un pays qu'ils ne connaissent pas.

De plus le dispositif dérogatoire interdit aux enfants nés à Mayotte de parents étrangers en situation irrégulière d'obtenir la nationalité française. A leur majorité (18 ans), une très large partie des jeunes nés à Mayotte se retrouvera en situation administrative illégale dans leur pays de naissance, avec le risque d'en être expulsés vers les Comores, un pays dont ils ignorent tout.

Le projet de loi pour Mayotte en préparation fin 2021 pourrait prévoir un renforcement de la limitation du droit du sol, l'enfant né à Mayotte devant avoir un parent en situation régulière et résidant permanent depuis un an à la naissance, au lieu de trois mois depuis l'amendement de 2018¹⁰⁷.

Pour de nombreux mineurs et mineurs non accompagnés (MNA) accès à des soins et à une scolarisation sont rendus très difficiles par les formalités administratives qui leur sont demandées. Faute de scolarisation de ces publics par les collectivités, le nombre exact de MNA non scolarisés et non pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance en Guyane et à Mayotte, n'est pas connu. Ils ne sont pas identifiés par les acteurs de l'enfance, et notamment par les services de protection de l'enfance, qui ne sont pas en mesure de les prendre en charge (voir encadré)¹⁰⁸.

Cependant, la situation évolue très rapidement à Mayotte. Ainsi le nombre de familles d'accueil a été multiplié par trois en trois ans, le recrutement des éducateurs spécialisés s'accélère¹⁰⁹. Sur la scolarisation des enfants des familles en situation irrégulière, une expérimentation vient d'être lancée par la préfecture, le rectorat et l'association Mlezi Maoré, pour une école « hors les murs » avec l'espoir que cette action sera généralisée dans tous les villages (70) où résident les familles en situation irrégulière.

Le défi des « mineurs non accompagnés » (HCFEA, rapport transversal, 2022)

Les « **mineurs non accompagnés** » sont des jeunes, présents sur le territoire national sans adulte responsable. En 2012, l'Insee en avait recensé plus de 3 900 à Mayotte (pour moitié de nationalité française, **dont un quart avait moins de 6 ans**). À cette date, 2 600 vivaient peu ou prou avec un autre membre de la famille, dont seuls 1 000 étaient en mesure d'indiquer un adulte référent.

Beaucoup ont été laissés sur place par leur(s) parent(s) reconduits aux Comores, confiés à un membre de la famille qui le plus souvent ne peut en assumer la charge. Ces mineurs, pour la plupart

¹⁰⁷ *Op cit* : <https://www.publicsenat.fr/article/politique/restreindre-encore-le-droit-du-sol-a-mayotte-une-mesure-polemique-190242>.

¹⁰⁸ Commission consultative des droits de l'homme, 2017, Avis « Droits des étrangers et droit d'asile dans les Outre-mer : Le cas de la Guyane et de Mayotte ».

¹⁰⁹ Récemment un article de presse a évoqué le cas d'un enfant abandonné resté deux ans sans identité mentionné dans le rapport de la défenseure des enfants *Rétablir Mayotte dans ses droits*, 2020, *op. cit.*, et le conseil départemental de Mayotte a réagi pour rappeler le contexte.

inconnus de l'Aide sociale à l'enfance, sont rapidement livrés à eux-mêmes, sans aucune prise en charge, déscolarisés ou jamais scolarisés. Ces « mineurs isolés » sont souvent tenus pour premiers responsables de la délinquance grandissante enregistrée à Mayotte.

Dans ce contexte, les flambées de violences et les actes de délinquance (voitures brûlées, pillages, bagarres entre bandes rivales, rackets d'automobilistes) se sont multipliées ces dernières années, avec souvent de jeunes adultes et adolescents, non scolarisés ou déscolarisés, issus des bidonvilles. Se sont accentuées en 2018 des opérations dites de « décasage » (expulsion d'étrangers en situation irrégulière ou non de leur habitat illégal et destruction du logement) accompagnées d'une dénonciation de plus en plus vive de l'importance de l'immigration, visant tout particulièrement les mères comoriennes venues accoucher à Mayotte. Les décasages participent à la déscolarisation des enfants, qui se retrouvent hébergés en urgence parfois très loin de leur école.

Dans son rapport pour l'année 2019, la cour régionale des comptes souligne combien, en raison des besoins, l'action de la collectivité en matière d'aide sociale à l'enfance demeure une mission de la plus haute importance, mais selon elle « *insuffisamment mise en œuvre en raison de moyens limités ne permettant pas d'apporter une réponse à l'ensemble des besoins de la population et aux obligations posées par le code de l'action sociale et des familles (CASF)* ». La collectivité « *privilégie le traitement des situations d'urgence si le département a lancé de nombreux chantiers concernant l'ensemble des domaines relevant de la protection de l'enfance, il est peu probable qu'il puisse atteindre les standards de prise en charge nationaux dans le cadre du schéma départemental de l'enfance et de la famille (Sdef) 2017-2020*¹¹⁰ ».

Il est essentiel de réaffirmer qu'un mineur ne peut être légalement considéré « *en situation irrégulière* » et « *doit pouvoir bénéficier d'une scolarisation et d'un accès aux soins* »¹¹¹.

En **Guyane**, la pénurie d'ensemble pénalise tout particulièrement les enfants d'étrangers, certaines communes¹¹² exigeant pour inscrire les enfants à l'école des documents non obligatoires dont un titre de séjour, ce qu'un rapport de la Cour des comptes confirme¹¹³. D'autres enfants auraient été soumis à une évaluation de leur niveau scolaire avant leur admission et auraient été exclus du système scolaire en raison de leur niveau scolaire jugé trop faible¹¹⁴. Se profile en arrière-plan de ces situations des stratégies de certaines communes pour réduire le nombre d'enfants à scolariser. Il faut y ajouter la non-inscription sur liste d'attente, administrativement ou faute de les avoir détectés (notamment quand les familles ne les signalent pas) d'un certain nombre d'enfants qui aboutit à une sous-estimation chronique du nombre d'enfants à scolariser. Le nombre d'enfants, inscrits et non inscrits, à scolariser est si important qu'il excède les capacités des communes à y répondre et pose la question centrale des moyens dont elles disposent pour y répondre.

¹¹⁰ Cour des comptes, 2019, Aide sociale à l'enfance – Département de Mayotte.

¹¹¹ Articles 3 et 28 de la convention des droits de l'enfance. <http://www.humanium.org/fr/convention/texte-integral-convention-internationale-relative-droits-enfant-1989/>.

¹¹² AFP, 2020, En Guyane, une ordonnance « historique » pour le droit à la scolarisation.

¹¹³ Cour des comptes, 2020, rapport *Le système éducatif dans les académies ultramarines*, remis le 10 décembre 2020.

¹¹⁴ HCFEA, Rapport transversal, *op. cit.*

En novembre 2020, une ordonnance du tribunal administratif de Cayenne enjoint le rectorat de Guyane et la mairie de Cayenne de scolariser dès que possible dix-huit enfants privés d'école. Il s'agit d'un positionnement inédit du tribunal administratif mettant en avant les défaillances des institutions publiques sur la question de la scolarisation en Guyane des enfants étrangers mais qui doit être considérée au regard des difficultés globales à répondre aux besoins de scolarisation à 3 ans de toute la population.

Il faut cependant souligner l'effort en cours visant à combler les retards et déficits, avec un programme annoncé de construction de nouveaux établissements et de rénovation des établissements les plus vétustes. Pour faire face au besoin, un rapport du Sénat recommandait déjà en 2012 la « *construction de 600 classes supplémentaires dans les écoles primaires, avec une participation budgétaire de l'État* »¹¹⁵, soulignant qu'un tel programme ne pourrait être mené à terme sans une participation budgétaire de l'État, en raison de la situation financière des communes. Pour leur part, les élus locaux estimaient à 36 millions d'euros le besoin financier pour la rénovation des écoles.

La scolarisation obligatoire à 3 ans a également conduit depuis 2019 à ouvrir de nouvelles écoles. Ainsi, Saint-Laurent-du-Maroni a ouvert une nouvelle école en février 2019 et 19 classes et qui a pour projet d'ouvrir de nouveaux établissements et vise une nouvelle école tous les huit mois, « en dur », ou en bungalows. Dans le Haut-Maroni, avec une augmentation considérable du nombre d'habitants (passage de 3 600 à 13 000 habitants en vingt ans), une nouvelle école¹¹⁶ a également été ouverte, permettant de scolariser l'ensemble des enfants en maternelle.

À **Mayotte**, la situation est similaire et la scolarisation des enfants de moins de 6 ans est un véritable enjeu sociétal¹¹⁷. Le département est confronté à des retards importants au niveau du développement économique et social, en témoignent des indicateurs socioéconomiques nettement inférieurs à ceux observés en métropole ou même à la Réunion, au-delà de la seule question des ressources scolaires. Selon l'économiste Olivier Sudrie, le territoire mahorais « *c'est un demi-siècle de retard par rapport à la métropole* »¹¹⁸. Même si de nombreux équipements et infrastructures se sont développés, ils demeurent insuffisants que ce soit au niveau des transports, des soins, ou encore de l'aide sociale¹¹⁹.

Le territoire, qui connaît une forte croissance démographique, fait face à **une demande bien plus importante que l'offre scolaire existante** et est confronté à un manque d'établissements, de salles de classe et d'enseignants qualifiés et **près de 80 % des écoles de l'île ne respectent pas les normes de sécurité et d'hygiène minimales**¹²⁰. Les structures qui accompagnent les enfants se trouvent démunies et font face à un manque de lieux d'encadrement et d'activités pour les enfants. Ainsi, à Koungou, dans la deuxième commune la plus peuplée du territoire, 341 dossiers sont en attente pour les enfants de 3 ans. Pour répondre à l'obligation de scolarisation dès 3 ans et pallier la pénurie de salles de classe, des projets sont à l'œuvre, notamment la création de 800 classes de maternelle et d'élémentaire, mais si les besoins sont identifiés (857 classes à construire, 1 000 à

¹¹⁵ Proposition n° 17 du rapport « Mayotte : un nouveau département confronté à de lourds défis », *op. cit.*

¹¹⁶ *Ref.*

¹¹⁷ Unaf, *op. cit.*

¹¹⁸ [Mayotte a « un demi-siècle de retard par rapport à la métropole » \(francetvinfo.fr\)](https://francetvinfo.fr).

¹¹⁹ Cnape, 2020, La protection de l'enfance en Outre-mer – *état des lieux et phénomènes émergents*.

¹²⁰ Cese, 2020, *op. cit.*

rénover pour le 1^{er} degré pour la période 2017-2027) le taux de réalisation de ces objectifs, qui dépend des maires mais avec l'appui de l'État, était sur la période 2014-2018 de 23 %¹²¹. Afin de faire face au sureffectif dans certaines classes et au sous-équipement important du bâti scolaire, les infrastructures ont mis en place un système de rotation des élèves.

Les **zones rurales** en particulier sont insuffisamment dotées et **les établissements scolaires du 1^{er} degré manquent en outre de médecins scolaires et d'infirmiers**¹²². En termes d'offre médicosociale, les établissements sont limités par rapport aux besoins et le territoire mahorais n'est pas doté des structures et des personnels permettant d'assurer une scolarité aux enfants en situation de handicap, situation conduisant les familles à garder les enfants à domicile¹²³.

L'insuffisance d'infrastructures (*supra*, p. 20) est un enjeu identifié par les pouvoirs publics, relayé par la presse et souligné lors des visites gouvernementales¹²⁴. Néanmoins, aujourd'hui la culture mahoraise traditionnelle comporte de fortes spécificités, avec, par exemple, un droit de propriété non formalisé en droit coutumier. Cela a des conséquences directes sur le développement d'infrastructures sur le territoire. **Il est très difficile pour les collectivités de faire l'acquisition de terrains** puisqu'il est compliqué de connaître les propriétaires. Les procédures sont longues et les territoires disponibles en nombre trop restreints pour permettre le développement des infrastructures et répondre aux besoins des familles.

Se pose à la fois un **problème foncier, des difficultés d'ingénierie de projet** (pour réaliser et suivre les dossiers de construction) et un problème de **gestion des infrastructures** une fois celles-ci construites, les mairies n'ayant souvent pas les moyens de rémunérer le personnel nécessaire à leur fonctionnement (cantine, entretien...). Certaines compétences d'ingénierie de projet ont été transférée au rectorat pour résoudre une partie de ces difficultés.

Les problèmes rencontrés pour recruter du personnel enseignant qualifié ou spécialisé fragilisent également l'accompagnement des élèves, notamment ceux qui sont en difficulté d'apprentissage. Les territoires d'outre-mer affichent un retard important en matière de maîtrise des savoirs fondamentaux et de réussite scolaire. **L'illettrisme concerne 20,2 % des jeunes ultramarins** de 17 et 18 ans contre seulement 3,6 % en métropole et le taux de décrochage scolaire est bien supérieur à la moyenne nationale.

Les performances du système éducatif outre-mer sont ainsi notablement inférieures à la moyenne nationale alors même qu'à Mayotte et en Guyane, la population en âge d'être scolarisée, à l'école ou dans l'enseignement supérieur, représente plus de la moitié de la population.

2. Un problème d'attractivité du recrutement des professionnels scolaires

De nombreux emplois dans le secteur public ne sont pas pourvus dans les Drom, en particulier en Guyane et à Mayotte, dont les fonctions d'enseignants¹²⁵. Les difficultés de recrutement du personnel peuvent dans certains territoires s'expliquer par le départ des personnes les plus

¹²¹ <https://lejournaldemayotte.yt/2021/10/11/constructions-scolaires-seules-23-des-classes-programmees-sur-4-ans-ont-ete-livrees/>.

¹²² Unaf, *op. cit.*

¹²³ Cese, 2020, *op. cit.*

¹²⁴ https://www.lemonde.fr/international/article/2021/04/02/mayotte-departement-francais-toujours-en-quete-d-identite_6075386_3210.html.

¹²⁵ Cese, 2020, *op. cit.*

qualifiées vers d'autres territoires pour accéder à des formations ou à des postes correspondant à leurs qualifications et à leurs ambitions professionnelles¹²⁶, dans d'autres (Guyane) par le manque de compétences locales et d'attractivité du territoire (salaires, possibilités et conditions de logements, de déplacements...).

Les personnes les plus diplômées, notamment aux Antilles, ont tendance à partir en métropole où elles pourront bénéficier de formations et/ou d'emplois adaptés à leurs capacités et ambitions¹²⁷. Ce phénomène engendre des difficultés à recruter des personnes qualifiées dans les territoires ultramarins. Ainsi, les acteurs locaux font état d'un manque d'offres de formations locales des professionnels pour assurer l'accompagnement de la petite enfance, de l'enfance et de la jeunesse qui permettraient de recruter des professionnels locaux qualifiés qui présenteraient un atout car connaissant les cultures et les langues territoriales.

Ainsi qu'on peut le lire dans le récent rapport Unicef-Défenseur des droits¹²⁸ : « *la demande de scolarisation, se heurte alors en Guyane à un **manque structurel d'enseignants titulaires**, en partie compensé par l'encouragement de mobilités professionnelles depuis l'Hexagone et le recours massif à des contractuels, non formés, pour pourvoir les postes vacants. Ces enseignants sont souvent confrontés pour la première fois à des classes où les élèves n'ont pas le français pour langue maternelle, sans disposer de toutes les ressources nécessaires pour les accompagner au mieux. Par ailleurs, les vacances de postes parmi les équipes éducatives non enseignantes et les difficultés à travailler en synergie avec les secteurs médical et social (déjà sous-tension) font souvent peser sur l'école l'ensemble des problématiques socioéducatives des élèves [...]. Retours en métropole et mobilités internes vers l'île de Cayenne compliquent la construction d'un travail pédagogique et éducatif commun et pérenne, ainsi que l'émergence et la consolidation d'une culture d'établissement* ».

« *Il n'est pas rare de voir des classes de cinquante enfants sur Mayotte, mais pour quelle qualité d'enseignement ?* » déplore une association mahoraise.

Les secteurs de la petite enfance, de l'enfance et de la jeunesse sont donc confrontés à un manque d'offres de formations locales des professionnels alors que le recrutement de personnes locales aurait pour avantage d'avoir du personnel connaissant les cultures et langues des territoires. Dans les Drom, la carence de personnels enseignants qualifiés peut expliquer en partie **le nombre conséquent de décrochages scolaires et les difficultés d'apprentissage chez les enfants et les adolescents**¹²⁹.

Ce manque de personnel a un impact sur la continuité et la qualité des services rendus, les conditions d'accueil et d'accompagnements, les conditions et la surcharge de travail, et conduit à un engorgement des services hospitaliers avec un allongement des temps d'attente¹³⁰. Afin de pallier ce manque d'attractivité, certains territoires prennent des mesures financières incitatives et ont recours à des **recrutements contractuels locaux**, comme La Guyane et Mayotte.

¹²⁶ Cnape, 2020, La protection de l'enfance en Outre-mer – état des lieux et phénomènes émergents.

¹²⁷ *Idem*.

¹²⁸ Unicef-Défenseur des droits, *op. cit.*

¹²⁹ *Idem*.

¹³⁰ Cese, 2020, *op. cit.*

Précisons que des dotations nouvelles ont été récemment allouées à **Mayotte, de 50 postes dans le 1^{er} degré et 100 postes dans le second**. Dans un contexte de diminution des moyens au plan national, ce choix complète la publication d'un décret du 29 juin 2020 unifiant et limitant au strict nécessaire du point de vue légal la liste des pièces administratives exigibles pour l'inscription des enfants à l'école sur l'ensemble du territoire français.

Mais en **Guyane**, c'est non le nombre de postes mais la possibilité de les pourvoir qui est en cause car elle est confrontée à un nombre de postes libres important, avec **80 postes vacants dans le premier degré** sur cinq communes le long du fleuve¹³¹.

3. Face au manque d'offre scolaire, des stratégies locales

Ainsi, compte tenu du maillage territorial insuffisant, de nombreux enfants vivent dans des communes éloignées des établissements scolaires¹³². Toutes les zones géographiques ne sont pas aussi bien dotées en matière d'infrastructures. La zone de Cayenne est relativement mieux développée en infrastructures et dispose de ressources humaines plus conséquentes. La zone de l'intérieur de la Guyane est davantage isolée et dispose de peu d'infrastructures de santé et ressources humaines. La zone de l'ouest, qui fait face à une explosion démographique, est confrontée à une offre de soins sous dimensionnée au regard des besoins. Ces **problématiques de transport** en Guyane ont un **impact sur la scolarisation des enfants**. En effet, un nombre important d'enfants doivent utiliser des pirogues pour se rendre à l'école et ce moyen de transport est long, dangereux et onéreux¹³³. De fait, une part importante des jeunes enfants n'est pas scolarisée du fait de ces questions de transports. S'il existe aujourd'hui des expérimentations pour favoriser la scolarisation sur ces territoires reculés (système de professeur itinérant, « maternelles de proximité »), cela ne permet pas d'apporter une réponse globale satisfaisante. Une école à Apagui accueille 230 élèves de la communauté bushinengue où cinq enseignants travaillent dans des conditions particulières et extrêmes (le village se situe à 1h30 de pirogue de la ville la plus proche) auprès d'enfants dont la langue maternelle n'est pas le français.

À Mayotte, lors de la saison des pluies, l'accès à l'école est parfois impossible.

En **Guyane**, une fréquentation scolaire en « journée continue » existe sur quelques sites isolés, lorsqu'il n'y a pas de cantine dans l'établissement et que le trajet en pirogue est long. Les élèves ont alors cours tôt le matin et jusqu'en début d'après-midi, puis rentrent chez eux.

À **Mayotte**, la compétence sur la construction, la rénovation et l'entretien des établissements scolaires du premier degré relève des communes. Toutefois le financement des équipements scolaires du premier degré est inscrit sur le budget du ministère des outre-mer qui délègue les crédits au préfet de Mayotte. Celui-ci élabore un programme pluriannuel de construction et de rénovation, en accord avec les maires des dix-sept communes de Mayotte. Ce territoire faisant face à un retard en matière de constructions scolaires, un rapport a été rendu en décembre 2019 relatif aux constructions scolaires de l'IGESR, le CGedd, le CGefi et l'IGA¹³⁴ mettant en avant le défi du territoire

¹³¹ *Idem*.

¹³² Cnape, 2020, La protection de l'enfance en Outre-mer – états des lieux et phénomènes émergents.

¹³³ Unaf, *op. cit.*

¹³⁴ Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche, Conseil général de l'environnement et du développement durable, Contrôle général économique et financier, Inspection générale de l'administration, BCSSE, 2020, *Éducation nationale en Outre-mer*, DGOM.

en matière de constructions des services publics. Selon les chiffres du centre hospitalier de Mayotte, chaque jour, ce sont au moins vingt-six bébés qui naissent à Mayotte, l'équivalent d'une salle de classe à construire par jour. Sans compter les milliers de **mineurs non scolarisés** selon les associations et les naissances à domicile non recensées. S'ajoute à ces éléments une problématique autour des écoles actuelles qui n'ont pour 80 % d'entre elles, pas l'accord des commissions de sécurité. « *Il s'agit le plus souvent de failles liées au système d'alarme, aux installations électriques en dehors des normes, à l'absence d'extincteurs, à des matériaux utilisés non conformes* », selon Didier Tabaraud-Lefer, inspecteur de l'Éducation nationale.

Face au manque de places dans les écoles maternelles à Mayotte et en Guyane, les communes définissent qui est prioritaire à la scolarisation : sont ainsi prioritairement scolarisés les enfants de 5 ans, puis de 4 ans et enfin les enfants de 3 ans¹³⁵. Il est important de préciser que ces pratiques souvent constatées par l'ensemble des partenaires, sont difficilement quantifiables car peu ou pas recensées.

« *Les institutions préfèrent fermer les yeux sur des pratiques peu correctes, la question politique domine ces sujets et empêche la dénonciation de discriminations* » selon un acteur mahorais rencontré.

Un système de rotations des classes est également en place à Mayotte avec un groupe d'élèves ayant cours le matin, un autre groupe l'après-midi, même si ce système ne suffit pas pour faire face au flux constant de demandes de scolarisation¹³⁶. En 2018, 21,7 % des classes du 1^{er} degré ont mis en place un système de rotation¹³⁷.

C. DES RESULTATS PROBLEMATIQUES

1. Un taux de scolarisation difficile à mesurer mais très bas en Guyane et, surtout, à Mayotte

En termes de scolarisation, Mayotte et la Guyane sont les plus démunies. Deux déficiences majeures caractérisent le parcours scolaire : la non-scolarisation d'un grand nombre de jeunes (5 000 à Mayotte et 10 000 en Guyane selon la Cour des comptes)¹³⁸ et la déscolarisation précoce de beaucoup d'autres (carte 4).

Les taux de scolarisation sont très inférieurs aux moyennes nationale et ultramarines, et les écarts s'accroissent à mesure de l'avancée en âge des élèves.

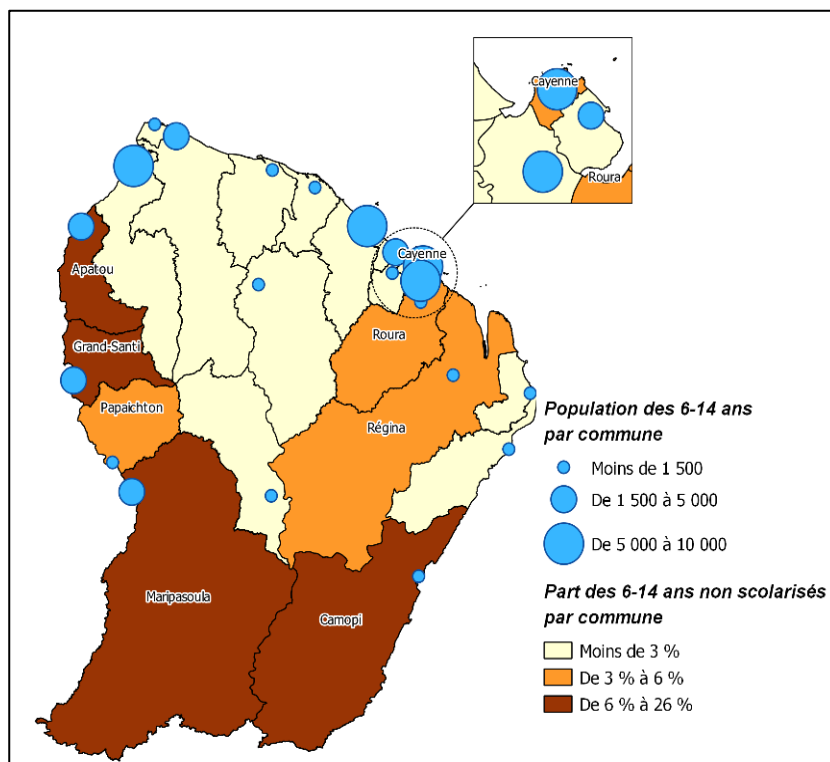
¹³⁵ BCSSE, n.d., *Violentes faites aux enfants dans les outre-mer*, DGOM.

¹³⁶ Unaf, *op. cit.*

¹³⁷ BCSSE, *Idem.*

¹³⁸ Cour des comptes, 2020, rapport *Le système éducatif dans les académies ultramarines*.

Carte 4 : Part des 6-14 ans non scolarisés en Guyane par commune en 2017



Source : Insee, recensement de la population 2017.

C'est en **Guyane** que la **préscolarisation** est la plus faible. Le taux de scolarisation à 2 ans n'est que de 1,8 % en 2019, contre 10,8 en moyenne métropolitaine (tableau 8). **Cependant sur l'année 2018-2019 la hausse des effectifs scolarisés la plus importante revient à l'académie de Guyane (+ 2,0 %)**¹³⁹.

Tableau 8 : Taux de scolarisation des enfants de 2 ans⁽¹⁾

Départements	2018	2019
France métropolitaine	11,4	10,8
Guadeloupe	26,0	26,2
Martinique	35,0	32,8
Guyane	1,7	1,8
La Réunion	10,9	10,8
Mayotte	3,8	2,2

⁽¹⁾ Indicateur de suivi du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (2013-2017).

En première estimation, le taux de scolarisation des enfants de moins de 6 ans apparait fortement déficitaire. En 2017, 16 257 enfants entre 2 et 5 ans sur 22 843 étaient scolarisés, soit un taux de 71 % et, en 2019, plus de 13 % des enfants de moins de 6 ans étaient non scolarisés (tableau 9). Cependant, ces taux sont incertains dans la mesure où certaines mères étrangères et notamment surinamaïse, accouchent en Guyane à l'hôpital puis repartent. **La grande majorité des enfants**

¹³⁹ Depp, 2020, *Repères et références statistiques*.

entre à l'école à l'âge de 4 et 5 ans¹⁴⁰. On peut lire dans le rapport Longuet que « *Selon certaines estimations, jusque 10 000 enfants et jeunes ne seraient pas scolarisés sur le territoire guyanais*¹⁴¹ » (et 5 000 à Mayotte).

Le taux d'enfants de 3 ans scolarisés en maternelle est difficile à apprécier. Le nombre d'enfants non scolarisés peut pour partie s'expliquer par la situation irrégulière de familles ne pouvant fournir les justificatifs exigés par certaines communes pour une inscription à l'école¹⁴².

Les « retards scolaires » sont pareillement supérieurs aux moyennes nationales et ce à tous les niveaux de scolarité du secteur public, et ils s'accompagnent de taux élevés de redoublement. En septembre 2019, à l'entrée en 6^e **la Guyane** affichait un « taux de retard » de 16,2 %, contre moins de 8 % aux Antilles et La Réunion. Une pénalisation qui varie selon l'origine sociale des élèves, leur nationalité, leur lieu de résidence. La situation se vérifie tout au long du parcours scolaire. Une étude de l'Insee conduite en métropole sur ce thème¹⁴³ souligne le lien étroit entre « retard scolaire » et « précarité économique et sociale ». Elle confirme que le risque est d'autant plus élevé que le milieu social de l'enfant est modeste¹⁴⁴ et que son environnement (ou quartier¹⁴⁵) rassemble des populations en forte précarité économique.

La scolarisation tardive et les sorties précoces du système scolaire ont un fort impact sur la proportion de jeunes en difficulté de lecture. Les résultats de la JDC 2019 montrent un fort pourcentage en difficultés de lecture en comparaison de l'Hexagone et des autres Drom : 55,4 % contre 10,6 % dans l'Hexagone, avec des taux d'illettrisme proche de 37 % contre 4,5 % en moyenne métropolitaine.

Les origines nationales, l'éloignement géographique (les communes « non routières »), la précarité économique des familles sont ainsi, en Guyane, autant d'obstacles entravant la scolarité des enfants et des jeunes, leur formation et par suite leur accès à l'emploi. Dans un communiqué de mars 2017, suite à une visite en Guyane en octobre 2016, le Défenseur des droits Jacques Toubon recommandait « *d'assurer une mise en œuvre effective de l'obligation scolaire [sans oublier] les enfants des peuples des forêts et des fleuves et les enfants étrangers [...] d'assurer l'accès à un repas quotidien, d'assurer le transport scolaire à tous les élèves [et de mettre en œuvre] un plan d'action en faveur de l'accès à l'école des enfants des communes isolées* ».

¹⁴⁰ Insee, 2020, Département de la Guyane.

¹⁴¹ *Op. cit.* p 6.

¹⁴² Unaf, *op. cit.*

¹⁴³ Le retard scolaire à l'entrée en 6^e : plus fréquent dans les territoires les plus défavorisés Baccaini B., de Lapasse B., Lebeau-pin F. (Insee), Monso O. (Depp), 2014, *Insee Première*, n° 1512, septembre.

¹⁴⁴ Ici appréhendé par la CS de la personne de référence du ménage.

¹⁴⁵ Le risque est près deux fois plus élevé pour ceux résidant dans une Zone urbaine sensible (Zus) comparés aux autres.

Tableau 9 : Évolution des effectifs du premier degré dans les Drom

	Guyane	Mayotte	La Réunion
2011	43 562	53 012	121 512
2012	43 720	51 817	120 688
2013	43 834	52 532	119 730
2014	44 203	52 624	119 727
2015	44 413	55 218	119 526
2016	44 251	55 421	119 276
2017	44 036	55 891	117 898
2018	44 339	54 992	117 368
2019	45 580	55 142	116 049

Source : MENJS-MC-DEPP, enquête dans les écoles publiques et privées de l'enseignement préélémentaire et élémentaire (Constat) et Diapre.

La **Guyane et Mayotte** sont ainsi, parmi les Drom, au regard de la scolarisation des enfants, dans une situation sans commune mesure avec la métropole. Les inégalités qui s'y observent dès les débuts de la scolarisation, s'y perpétuent jusqu'aux diplômes du supérieur et se traduisent, en bout de chaîne, par des niveaux de qualification et d'insertion professionnelle des jeunes adultes très éloignés des moyennes nationales¹⁴⁶.

2. Des difficultés de lecture

Les jeunes sont particulièrement concernés par les difficultés de lecture. Entre 30 % (à La Réunion) et 75 % (à Mayotte) des jeunes de 18 ans ont des difficultés de lecture (entre trois et sept fois plus qu'en métropole)¹⁴⁷. En 2019, Mayotte (74,5 %) et la Guyane (55,2 %) sont ainsi les Drom où les jeunes présentent le plus de difficultés de lecture et d'illettrisme sévères (53,5 % Mayotte et 32,4 % en Guyane). Ces taux connaissent par ailleurs une augmentation entre 2018 et 2019 et les difficultés ne se résorbent pas¹⁴⁸. Les retards de niveau concernant la lecture apparaissent dès l'enseignement primaire, avec un taux de retard atteignant 20 % en Guyane et à Mayotte¹⁴⁹.

À Mayotte, du fait d'une instruction obligatoire récente (1992), le niveau d'instruction est particulièrement faible, 36,3 % de la population n'ayant jamais été scolarisée, et 58,3 % ne présentant pas les compétences de base à l'écrit en français¹⁵⁰. **La scolarisation des élèves est un enjeu majeur sur le territoire mahorais, confronté, on l'a vu, à un déséquilibre entre le nombre d'élèves à scolariser, en croissance constante, et l'offre d'établissements scolaires qui ne suit pas**¹⁵¹. Le taux de scolarisation chez les enfants de 3 ans à l'école maternelle est de moins de 70 %¹⁵² : en 2020, 16 402 élèves sont scolarisés en maternelle¹⁵³. On l'a vu également, plusieurs facteurs y concourent : manque de classe, de matériel pédagogique, distance, mais aussi **un environnement**

¹⁴⁶ Voir HCFEA, 2022, *op. cit.*

¹⁴⁷ BCSSE, 2019, La situation de la jeunesse ultramarine, DGOM.

¹⁴⁸ BCSSE, 2020, L'éducation en Guyane, *op. cit.*

¹⁴⁹ BCSSE, 2019, *op. cit.*

¹⁵⁰ Parenton F., Youssouf H., Mariotti E., Barbail A., 2018, La situation périnatale à Mayotte en 2016 : principaux résultats de l'enquête nationale périnatale (Enp) et de son extension.

¹⁵¹ BCSSE, 2020, L'éducation à Mayotte.

¹⁵² BCSSE, 2020, Éducation nationale en Outre-mer, *op. cit.*

¹⁵³ BCSSE, 2020, L'éducation à Mayotte *op. cit.*

familial où le français n'est pas la langue maternelle. Dans un rapport datant de 2008, la Défenseure des enfants (Dominique Versini) se préoccupait déjà du sujet : « *L'enseignement scolaire se heurte à la non francophonie d'une majorité des familles où l'on parle à 70 % le mahorais et à 22 % le bushi (dérivé du malgache). Il en résulte que les enfants parlent peu ou pas français* ». Une étude de l'Insee de 2014 indiquait que « *seuls 15 % des Mahorais ayant été scolarisés parlaient français dans leur enfance* »¹⁵⁴.

En lien direct avec la forte croissance démographique, les effectifs scolaires sont, depuis plusieurs années, en constante progression. Les effectifs des niveaux maternelle et élémentaire n'ont cessé de progresser mais, en dépit de ces progrès, quel que soit l'âge, les taux d'enfants scolarisés y demeurent nettement inférieurs à ceux des autres Drom. À 3 ans, seuls les deux tiers le sont contre près de 90 %, au même âge, dans les autres Drom et en métropole (voir *infra*).

La visite de la secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités et de la Santé Christelle Dubos, en février 2020, à Mayotte, a permis de constater la situation en matière de scolarisation dans une école primaire. À cette occasion, ont été rappelés l'obligation de scolarisation de la totalité des élèves ainsi que le projet de construction de 1 200 classes¹⁵⁵. Par ailleurs, en janvier 2020 a été créé un **rectorat à Mayotte**, qui se substitue au vice-rectorat mis en place depuis 1999¹⁵⁶. Cette création conduit à donner des compétences au recteur d'académie en matière d'enseignement et de recherche, compétences exercées jusqu'alors par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche.

L'âge de scolarisation, le niveau de vie des parents et la langue pratiquée à la maison influent sur la maîtrise de l'écrit en français¹⁵⁷. La scolarisation régulière dès la maternelle favorise cette maîtrise ensuite. Or **à Mayotte, le français n'arrive qu'au troisième rang des langues usuelles. Cette dimension centrale de la vie des enfants ne peut échapper à l'école, ses programmes et ses méthodes pédagogiques.** En visite à Mayotte, le ministre Jean-Michel Blanquer a été interpellé par le président de la commission de lutte contre l'illettrisme à Mayotte qui demandait, dans le cadre du plan de construction de Mayotte « *un vaste programme de lutte contre l'illettrisme et l'analphabétisme orienté vers l'amélioration de l'employabilité de la population* ». Des « évaluations diagnostiques » devraient permettre aux enseignants de vérifier, dès le CP, l'acquisition des savoirs fondamentaux. Une plateforme partenariale a été mise en place en 2017, pour fédérer l'ensemble des acteurs du secteur, avec pour point d'orgue les Journées nationales d'action contre l'illettrisme (JNAI)¹⁵⁸.

Le poids des « maternités adolescentes » et des sorties de scolarité prématurées des filles

Selon le rapport de synthèse transversal du HCFEA sur les Drom¹⁵⁹, le phénomène des maternités précoces et pour ce qui concerne ce rapport, adolescentes emporte des enjeux sanitaires et sociaux majeurs. **Comparée aux Antilles, la Guyane se singularise par des maternités plus précoces**

¹⁵⁴ La Défenseure des droits, *Rapport d'activité 2008, in Mayotte : un nouveau département confronté à de lourds défis, Rapport d'information* de MM. Jean-Pierre Sueur, Christian Cointat et Félix Desplan, fait au nom de la commission des lois n° 675 (2011-2012) - 18 juillet 2012.

¹⁵⁵ BCSSE, 2020, L'éducation à Mayotte *op. cit.*

¹⁵⁶ BCSSE, 2020, Éducation nationale en Outre-mer, *op. cit.*

¹⁵⁷ En règle moyenne, 80 % des « illettrés » vivent dans une famille à bas revenus.

¹⁵⁸ HCFEA, rapport transversal, *op. cit.*

¹⁵⁹ HCFEA, rapport transversal, *op. cit.*

chez les mineures de 14 à 17 ans¹⁶⁰ et des taux de fécondité nettement plus élevés avant 25 ans. La proportion de maternités précoces est très supérieure à celle de métropole (9 ‰)¹⁶¹. En 2010, 27 % des femmes nées entre 1980 et 1999 avaient au moins un enfant à 20 ans (4 % en métropole) et **7 % des mères étaient mineures** (2 % aux Antilles, 0,5 % en métropole) (voir tableau 10).

Tableau 10 : Part des grossesses avant 20 ans et mineures en France métropolitaine et dans les Drom en 2010 et 2019

	2010		2019	
	Avant 20 ans	Dont mineures	Avant 20 ans	Dont mineures
Guyane	13,4	5,4	10,8	4,1
La Réunion	8,3	2,6	4,9	1,1
Mayotte	8,3	2,8	8,5	3,1
France métropolitaine	1,7	0,3	1,2	0,3

Source : Insee, état civil 2010 et 2019.

L'enquête MFV avait montré que la naissance de l'enfant coïncide le plus souvent – à un an près – avec une sortie des jeunes mères du système scolaire. Cela se vérifiait sept fois sur dix à **La Réunion**, et près d'une fois sur deux en **Guyane**. Cette maternité précoce paraissait constituer, pour elles, le plus sûr moyen de se doter d'un « nouveau statut social », comme pour compenser des situations antérieures vécues comme autant d'échecs. Peu diplômées, sorties précocement du système scolaire, elles sont le plus souvent femmes au foyer.

À Mayotte également, la précocité de la maternité demeure importante, avec 35 % des naissances provenant de mères âgées de moins de 25 ans en 2017 contre 13 % en métropole. **En 2018, 5 % des naissances l'ont été d'une mère mineure, âgée de 15 ans ou moins pour un quart d'entre elles**. Un taux proche de celui de la Guyane (6 %), mais nettement supérieur à ceux enregistrés à La Réunion (2 %) et plus encore en métropole (0,4 %).

Les pères sont plutôt jeunes, pour moitié âgés de moins de 25 ans, et plus encore dans le cas des naissances de mères âgées de 15 ans ou moins. Surreprésentées parmi celles ayant un faible niveau de scolarité, les « non-natives » ont une expérience de la maternité nettement plus précoce que les natives, lesquelles sont largement majoritaires parmi celles qui poursuivent leur scolarité au-delà du lycée.

Les leviers les plus efficaces pour une baisse de la natalité demeurent la scolarisation des filles et l'insertion des femmes sur le marché du travail, à la condition que des modes de garde d'enfants soient disponibles. **L'enquête MFV-Mayotte a montré que les effets de la scolarisation étaient déjà observables à Mayotte, en mettant en lumière l'impact de la scolarité sur le recul de l'âge à la première maternité**. L'enquête confirme que les effets de la scolarisation sont d'autant plus marquant que celle-ci est durable. À 19 ans, la moitié des « non-scolarisées » sont déjà mère d'au

¹⁶⁰ En 2009, 526 enfants ont été mis au monde par des mères mineures à La Réunion, soit 3,7 % des naissances de l'année.

¹⁶¹ Dans l'Océan Indien, la fécondité à Mayotte (ICF = 4,2 en 2011), est moindre comparée à celles des Comores et de Madagascar, ses deux îles voisines. La Réunion occupe ici une situation intermédiaire, avec un profil par âge proche de celui de Mayotte mais une fécondité à chaque âge plus faible. La fécondité y est également plus élevée qu'à l'île Maurice, territoire davantage comparable du point de vue du développement économique.

moins un enfant. Pour celles dont la scolarité se poursuit au-delà du lycée, ce pourcentage n'est atteint qu'à 26 ans pour les « non natives » et à 27 ans pour les « natives ».

Focus sur les maternités adolescentes

- **19% des mères** dans les Drom ont un **niveau d'étude supérieur au bac**, contre 43% en métropole¹⁶².
- Dans les Drom, une **part importante de jeunes** n'est ni **scolarisée, ni en formation, ni en emploi**. Les jeunes femmes peuvent user de « stratégies particulières de survie » par manque de perspectives d'emploi et devenir mères très jeunes. La maternité leur permet **d'acquérir un statut social** qu'elle ne peuvent avoir *via* l'insertion professionnelle¹⁶³.
- C'est à **Mayotte** que le nombre de naissances précoces – 960 par an – est le plus élevé (9,9 % des nouveau-nés).
- En **Guyane**, (10,2 % des nouveau-nés) le taux de grossesses chez les mineures est sept fois plus élevé qu'en métropole, avec 707 jeunes filles de 18 ans ou moins qui ont accouché en 2018, représentant 8,6 % de l'ensemble des grossesses¹⁶⁴.
- À **La Réunion**, (6 % des nouveau-nés) les maternités précoces sont également importantes. Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité est de 22,8 ‰ (soit quatre fois supérieur à la moyenne nationale de 6,0 ‰)¹⁶⁵. La moitié des mineures entre tardivement dans le parcours prénatal et ne fait suivre sa grossesse qu'à partir du deuxième ou troisième trimestre.
- Les maternités précoces ont un **impact sur le parcours scolaire et professionnel des jeunes femmes**, concourant à des **taux de décrochage scolaire importants** et à des **parcours de vie précaires** pour elles et leurs enfants¹⁶⁶.

Les mères jeunes étaient proportionnellement plus nombreuses à avoir elles-mêmes vécu avec un seul parent jusqu'à l'âge de 15 ans, et vivaient aussi plus fréquemment (une sur deux en moyenne) au sein d'un ménage ne déclarant aucun revenu d'activité. **Une diminution des échecs scolaires, une conjoncture économique plus favorable ainsi qu'un accès plus large des femmes au marché de l'emploi pourrait favoriser une baisse de la fécondité des très jeunes mères**

¹⁶² Drees, 2012, *op. cit.*

¹⁶³ France Stratégie, 2020, Marie C.-V., *Les DOM à l'horizon 2030 – Entre migrations, vieillissement et précarité : quel projet de société ?*

¹⁶⁴ Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 en Guyane.

¹⁶⁵ Drees, 2017, Santé publique France, Profils régionaux

¹⁶⁶ Cnape, 2020, *op. cit.*

III. LA SANTE

A. UN SUIVI DE LA SANTE DES JEUNES ENFANTS ALTERE : UN TRAVAIL DE PREVENTION LIMITE

Les services de santé scolaire et universitaire devraient jouer un rôle particulièrement important dans des territoires où l'accès aux soins élémentaires est souvent difficile, or dans les faits, c'est peu le cas. Sur Mayotte, où la situation est particulièrement problématique, la prévention scolaire est très difficile et la prise en charge des problèmes dépistés (notamment amblyopies, surdités, troubles des apprentissages) est rarement assurée pour de nombreux enfants (problématique de relais auprès des familles, temps à disposition des professionnels scolaires pour le suivi, disponibilité des professionnels de santé)¹⁶⁷. Le rapport du Défenseur des droits indiquait ainsi en 2019 qu'à Mayotte « *la médecine scolaire est inexistante* »¹⁶⁸.

L'accès au bilan médical obligatoire à l'âge de 6 ans est moindre pour les élèves ultramarins et l'accès aux soins élémentaires est le plus difficile en Guyane et à Mayotte¹⁶⁹. Seulement un tiers des élèves en bénéficie en Guyane (35,1 %) contre moins d'un quart à Mayotte (24 %). Les services de PMI guyanais travaillent sur la mise en œuvre d'un schéma de développement de la PMI incluant le bilan de dépistage des enfants de 4 ans pour détecter des handicaps visuels, auditifs, et troubles psychomoteurs.

Concernant le suivi de la santé des enfants, l'enquête triennale menée en 1999-2000 en milieu scolaire avait déjà permis de révéler il y a plus de vingt ans de fortes disparités dans le recours aux soins des enfants de 5 à 6 ans et la survenue de certaines pathologies¹⁷⁰.

Depuis la situation reste marquée par un retard de suivi des enfants.

L'enquête triennale de 2006¹⁷¹ indique que les enfants des départements d'outre-Mer sont particulièrement touchés par l'obésité et les problèmes de dentaires notamment les caries.

Le récent rapport de l'Igas sur la santé des enfants le réaffirme en 2021¹⁷² : « *Les indicateurs de santé ainsi que les déterminants de santé des enfants sont plus défavorables en Outre-Mer qu'en métropole* :

- ***la mortalité infantile est deux à trois fois plus élevée en Outre-Mer qu'en métropole. Elle varie sensiblement selon les départements d'outre-mer : 5,7 pour 1 000 enfants en Martinique, 6,7 à la Réunion, 8 pour 1 000 en Guyane, 8,2 en Guadeloupe et 10,1 pour***

¹⁶⁷ La MGEN, notamment, assure cependant des campagnes de médecine scolaire auprès d'une partie des enfants.

¹⁶⁸ Défenseur des droits, rapport *Établir Mayotte dans ses droits*, 2020.

¹⁶⁹ Cese, 2020, outre-mer, *op. cit.*

¹⁷⁰ Drees, 2003, L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions - Les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire.

¹⁷¹ Dans une étude, publiée dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) et menée auprès de 23 000 enfants scolarisés en grande section maternelle sur l'année 2005-2006, l'institut de veille sanitaire fait état d'inégalités importantes sur le plan de la santé chez les jeunes enfants.

¹⁷² Igas, Fauchier-Magnan E., Fenoll B., 2021, La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France, Rapport de l'Igas, mai 2021, <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article821>.

1 000 à Mayotte¹⁷³ (contre 3,5 en moyenne en France). À l'inverse, la mortalité infantile varie relativement peu entre les régions métropolitaines ;

- **la santé des enfants est particulièrement dégradée à Mayotte**, où des situations de carence nutritionnelle sont observées chez les enfants : la malnutrition frapperait 10 % des enfants de 4 à 10 ans¹⁷⁴
- la **prévalence du surpoids et de l'obésité** est plus importante chez les enfants d'outre-mer, quel que soit leur âge, que la moyenne française¹⁷⁵ ;
- de même, la **santé bucco-dentaire** des enfants est moins bonne en Outre-Mer : les enfants scolarisés dans les DOM ont deux fois plus souvent des dents cariées non traitées qu'en métropole¹⁷⁶ ».

Concernant la **vaccination**, selon le HCSP (2021)¹⁷⁷, en 2018, « sur les 13 vaccins obligatoires, il existe une bonne couverture pour DTP, HIB, coqueluche, hépatite B et 1^{re} dose de ROR et FJ, et une couverture insuffisante s'agissant du BCG, HPV, pneumocoque, méningocoque et 2^e ROR. Il faut aussi signaler la **faiblesse de l'offre de vaccination sur le Maroni** ». En 2018, une campagne de sensibilisation des familles a été lancée en 2018 à Mayotte par l'ARS, en partenariat avec l'Udaf **Mayotte** afin de sensibiliser les familles à la vaccination de leurs enfants. En 2019 et 2020, Santé publique France a mené avec les PMI une vaste opération de rattrapage vaccinal à Mayotte. En **Guyane**, les vaccinations sont principalement réalisées par les médecins libéraux et par les médecins de PMI et des CDPS dans certaines communes. En 2018-2019 des campagnes de rattrapage vaccinal ont été organisées en Guyane¹⁷⁸, comme à Mayotte.

¹⁷³ Donnée 2014 pour la Martinique, la Guyane, la Réunion et la Guadeloupe (L'état de santé de la population en France- Rapport 2017, Drees, Santé publique France) ; donnée 2016 pour Mayotte (Surmortalité des enfants et des femmes de 60 ans ou plus, *Insee Flash Mayotte*, n° 68, mai 2018).

¹⁷⁴ Évaluation des besoins de santé à Mayotte, Igas, 2017

¹⁷⁵ En grande section de maternelle, 12,7 % des enfants d'outre-mer souffraient de surpoids (contre 11,9 en moyenne en France) et 4,8 % d'obésité (contre 3,5 en France). En CM2 : 22,4 % de surpoids en 2014-2015 contre 18,1 % en moyenne, obésité 5,5 contre 3,6 (source : L'état de santé de la population en France- Rapport 2017, Drees, Santé publique France).

¹⁷⁶ Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge, Drees, *Études et Résultats*, n° 847, juillet 2013.

¹⁷⁷ HCSP, 2021, Les inégalités de santé en Guyane : état des lieux et préconisations

¹⁷⁸ En 2018 et 2019, deux campagnes de rattrapage vaccinal ont été organisées par le rectorat dans les communes de Papaïchton et Grand-Santi. À cette occasion, les vaccinations ont été collectées pour chaque enfant et une vaccination proposée si besoin. En 2019, par ailleurs, les vaccinations des enfants des écoles primaires d'Elhae, Cayode, Talhuen-Twenke, Antecum-Pata et Pidima ont été recueillies lors des bilans de santé réalisés chez les grandes sections et les CP par le rectorat. Dans tous les cas, le recueil des vaccinations a été réalisé à partir du carnet de vaccination. Les couvertures vaccinales ont été calculées en prenant comme dénominateur le nombre d'élèves pour lesquels les vaccinations étaient renseignées. In HCFEA rapport transversal, *op. cit.*

Encadré couverture vaccinale en Guyane (Santé publique France, 2019¹⁷⁹)

Valences vaccinales à prioriser :

- BCG ;
- hépatite B ;
- pneumocoque ;
- 1^{re} dose de ROR ;
- DTCaP / *Haemophilus* de type b et hépatite ;
- fièvre jaune.

Dans un contexte d'obligation vaccinale en France mais aussi d'élimination de la rougeole en Amérique, pour les **enfants de moins de 24 mois**, primo-vaccination complète, s'achevant par la fièvre jaune à 24 mois si non réalisée avant.

Les enfants de 4 à 6 ans sont au minimum concernés par un rattrapage des vaccinations

Les contraintes liées à chaque territoire sont variées, selon leur caractère urbain (Saint-Laurent, Cayenne) ou rural isolé (fleuve Maroni), l'existence d'un appui logistique (CDPS, PMI, école, collège, autres), et selon les difficultés pour les populations à rejoindre ces lieux. Certaines populations pourraient être approchées de façon itinérante.

Dans tous les cas, les contraintes logistiques sont un véritable défi.

À **Mayotte** le service des urgences du CHM a constaté chez les enfants **des pathologies avancées car non détectées précocement, faute de médecine scolaire notamment.**

En matière d'alimentation, un programme d'alimentation scolaire communautaire en Guyane a démarré en 2006 dont l'objectif est de permettre aux enfants du primaire de bénéficier **d'un repas équilibré sur le plan nutritif et d'origine locale, dans les communautés rurales isolées.** Ce dispositif mis en place en matière de santé vise ainsi à augmenter la participation dans les écoles et accroître les taux de scolarisation et l'assiduité mais aussi de renforcer l'état des enfants sur le plan nutritionnel et leurs capacités d'apprentissage. Ce programme est développé dans le cadre de l'initiative éducation pour tous – mise en œuvre accélérée en Guyane, financée par le Partenariat mondial pour l'éducation et administrée par la Banque mondiale. Une évaluation d'incidence a été effectuée par le gouvernement, la Banque mondiale et *Social Development Inc.* Trois enquêtes ont eu lieu en 2007, 2008 et 2009 dans deux des régions les plus pauvres du territoire. Les résultats ont montré **une incidence positive réelle sur la fréquentation scolaire, les résultats des élèves, leur comportement en classe, leur état nutritionnel et la participation des parents et des communautés, en particulier pour les plus pauvres.** Les taux d'inscription et d'assiduité ont augmenté respectivement de 16 et 4,3 % dans les écoles bénéficiant du programme entre 2007 et 2009. Dans la même période, les enfants bénéficiaires du programme ont grandi de 0,8 centimètres de plus que ceux fréquentant des écoles non bénéficiaires. Le programme a contribué à préserver la fréquence de consommation de nourriture et la diversité du régime alimentaire, en particulier en période d'instabilité des prix alimentaires. Concernant le comportement des élèves à l'école, deux

¹⁷⁹ SPF, 2019, états des lieux des niveaux de couverture vaccinale en Guyane, septembre 2019, cité *in* HCSP, *op. cit.*

tiers des enseignants ont observé qu'il avait changé de manière positive (amélioration des résultats scolaires)¹⁸⁰. La prestation d'aide à la restauration scolaire, versée directement par les Caf aux établissements scolaires pour le second degré et aux communes pour le premier degré, permet de financer partiellement la restauration collective dans les écoles « *Au cours de la crise sanitaire de 2020-2021, la prestation a néanmoins été versée directement aux familles pendant les périodes de fermeture des services de restauration scolaire. Pouvaient en bénéficier les familles ultramarines éligibles à l'allocation de rentrée scolaire, soit sous forme d'une aide financière, soit sous la forme d'une aide alimentaire directe (colis alimentaires ou bons d'achat en substitution des repas et collations habituellement servis pendant ces périodes). À Mayotte, les associations ont servi des aides alimentaires en complément aux familles qui ne percevaient pas l'allocation de rentrée scolaire* » (rapport, *L'action sociale de la branche famille et l'aide sociale à l'enfance dans les Drom*, Conseil de la famille, 2022, p. 32). En Guyane, la prestation ne couvre que très partiellement les écoles et une expérimentation de **restauration scolaire gratuite est menée actuellement par le rectorat**.

Néanmoins, seule une minorité des établissements dispose à date d'une cantine scolaire sur Mayotte et en Guyane. Les familles fournissent en principe un repas à leurs enfants, mais un nombre important de très jeunes enfants n'en ont pas quand ils sont à l'école. Selon de nombreux enseignants, la collation proposée sur le temps scolaire constitue parfois le seul « repas » quotidien des enfants.

Sur le territoire, **les associations** telles que l'Udaf **mettent en place des actions de prévention en matière d'alimentation, de sommeil, d'exposition aux écrans** pour les enfants, animent des ateliers d'éducation à la nutrition et organisent des petits déjeuners dans les écoles (en collaboration avec des agriculteurs qui livrent des fruits)¹⁸¹.

D'autres actions sont mises en place autour de la **prévention de la malnutrition, de l'obésité et de l'éducation à la santé** : en septembre 2018, le Président de la République a annoncé la distribution de petits déjeuners dans les écoles défavorisées. Le déploiement de ce dispositif s'est réalisé en deux temps sur le territoire mahorais. Une première expérimentation a été mise en place en septembre 2019 dans quatre écoles de trois communes pour atteindre douze écoles au 1^{er} janvier 2020 (maternelles et primaires)¹⁸². Cette distribution est accompagnée d'un volet éducatif afin d'apporter des informations en matière d'éducation à l'alimentation aux élèves.

De plus, concernant le périscolaire et en particulier l'alimentation, une **prestation d'aide à la restauration scolaire** est versée aux familles par les Caf. La Pars, prestation accueil restauration scolaire, est versée pour l'année scolaire aux communes qui mettent en place la restauration scolaire dans leurs écoles. La Prestation exceptionnelle de restauration scolaire (Pers) a été versée en 2020 à la place de la Pars pendant la période « Covid » en raison de la fermeture des écoles. Cette prestation exceptionnelle servie durant les fermetures des écoles a pu être versée sous forme d'une aide financière ou sous forme d'une **aide alimentaire directe**¹⁸³.

¹⁸⁰ Programme alimentaire mondial, 2013, La situation de l'alimentation scolaire dans le monde.

¹⁸¹ D'une façon générale, bien que certains systèmes de garderie existent, les temps périscolaires ne sont pas aménagés sur le territoire Unaf, *op. cit.*

¹⁸² BCSSEC, 2020, Éducation nationale en Outre-mer, 2020 ; *L'éducation à Mayotte*, BCSSE.

¹⁸³ Unaf, *op. cit.*

B. À MAYOTTE ET EN GUYANE, IMPACTS SANITAIRES DE L'HABITAT INSALUBRE

L'habitat précaire à très précaire est une réalité très marquée en **Guyane et à Mayotte**. En Guyane, avec des problèmes d'assainissement, d'accès à l'eau, et/ou à l'électricité favorisant (selon le PRSE 2009-2013) les pathologies liées à l'habitat insalubre telles la dengue, le paludisme même s'il est en voie d'élimination, ou la typhoïde. La suroccupation (33,2 % des résidences principales) favorise par ailleurs la transmission de maladies. Ce taux est le plus élevé de France après Mayotte (57,5 %), et est sept fois plus élevé qu'en France métropolitaine. Selon l'Agence d'urbanisme et de développement économique de la Guyane (Audeg), « *l'habitat spontané* » représentait (en 2015) 41 % du bâti total sur le littoral, dont 39 % dans un secteur à risque et/ou potentiellement insalubre¹⁸⁴.

À Mayotte, forte concentration de « l'habitat en tôle » sur Mamoudzou

En 2017, Mayotte comptait 63 100 résidences principales, dont près de 40 % d'« habitats précaires¹⁸⁵ » (*Bangas* en tôle, bois, végétal ou terre) avec le plus souvent un sol de terre battue et 60 % des résidences principales et la quasi-totalité des « *habitations précaires* » (95 %) ne disposaient pas du confort sanitaire de base (eau courante, toilettes ou douche)¹⁸⁶. C'est à Mamoudzou et dans les communes avoisinantes (Koungou et Dembeni), où se concentre la population étrangère, que l'habitat en tôle se trouve le plus répandu.

Des logements trop petits, pour des ménages de très grande taille

De petite taille (une ou deux pièces)¹⁸⁷, ces logements sont le plus souvent (56 %) suroccupés¹⁸⁸. En 2017, près d'un tiers de la population (30 %) vit dans un ménage de quatre personnes dans un logement d'une ou deux pièce (contre 0,5 % en métropole) avec une absence d'eau courante dans près d'un cas sur deux¹⁸⁹ et qui concernent donc prioritairement les étrangers (tableau 10).

À Mayotte en 2017, un tiers des habitants n'a pas accès à l'eau courante (soit environ 81 000 personnes, 56 % pour ceux vivant dans les « cases en tôle »)¹⁹⁰. Leurs occupants (soit 14 000 personnes)¹⁹¹ s'approvisionnent dans une borne fontaine, installée par l'agence régionale de santé, un puits ou même directement la rivière ou un ruisseau¹⁹², avec dans ce cas le risque sanitaire qui s'y attache (maladies hydriques).

¹⁸⁴ Agence d'urbanisme et de développement économique de la Guyane, 2018, L'urbanisation spontanée en Guyane : recensement du phénomène en 2015, Cayenne, Observatoire de l'habitat. http://www.audeg.fr/ftparuag/aruag/ressources/docs_telechargement/Ob-Hab_6.pdf.

¹⁸⁵ Soit un taux identique à celui d'il y a vingt ans. En 2013, il était de 37 %, soit 53 200 résidences principales.

¹⁸⁶ 21 % des logements précaires ne disposaient pas d'électricité. Du reste, même les logements en dur étaient encore loin des normes de confort de la métropole.

¹⁸⁷ Environ un sur deux, contre 19 % en métropole.

¹⁸⁸ Le taux est d'à peine 5 % en moyenne nationale.

¹⁸⁹ Bon nombre de ceux qui ne disposent pas de leur propre compteur, s'alimentent à des « branchements sauvages ».

¹⁹⁰ 3 000 ménages, leur nombre a progressé de 54 % entre 2012 et 2017.

¹⁹¹ Dont une moitié habite Mamoudzou.

¹⁹² L'Insee évaluait à 1 600 (+ 37 % depuis 2012) les ménages sans autres alternatives que la rivière ou le ruisseau. Ils résident pour la plupart à Mamoudzou, Koungou et Dembeni.

En février 2017, un plan d'urgence devait permettre la rénovation et l'augmentation des capacités de production et de stockage, avec un financement annoncé de 68 millions d'euros. En 2019, les réalisations attendues faisaient toujours défaut.

Tableau 10 : Accès à l'eau des ménages n'ayant pas d'eau dans leur logement

Résidences principales sans eau courante de 1997 à 2017 (en nombre)					
	1997	2002	2007	2012	2017
Part des logements sans eau courante (en %)	80	74	62	30	29
Cour ou tiers	17 700	22 900	23 600	11 600	11 500
Borne	3 800	2 600	2 900	2 200	3 000
Puits, citerne	500	800	900	900	2 200
Ruisseau, rivière	600	1 000	1 300	1 000	1 600

* nombre arrondi à la centaine.

Lecture : en 1997, 22 600 ménages n'ont pas de point d'eau à l'intérieur de leur logement (échelle de gauche), soit 80 % de l'ensemble des ménages (échelle de droite). Parmi eux, 17 700 disposent d'un robinet dans leur cour ou font appel à un tiers (famille, ami ou voisin).

Source : Insee, Recensements de la population de 1997 à 2017.

C. UNE OFFRE DE SOINS INSUFFISANTE : DES SITUATIONS MODULEES SELON LES TERRITOIRES

Même si ces investissements et actions lancés ces toutes dernières années vont améliorer progressivement la situation, les services publics sont encore insuffisamment dotés et font souvent l'objet d'une faible couverture territoriale, les rendant ainsi peu accessibles à toute une partie, éloignée et isolée, de la population¹⁹³.

L'accès aux soins est insuffisant, et le renoncement aux soins est important du fait des coûts de santé pour les personnes précaires mais aussi en raison de contraintes géographiques ne permettant pas à l'ensemble de la population d'être bien desservie en équipements de santé de proximité. **Le manque d'accès aux soins a un impact sur la santé maternelle et infantile.**

La densité de professionnels soignants est faible au regard des besoins ; certaines spécialités médicales sont insuffisamment présentes, ou sont absentes et la densité médicale est deux fois inférieure à celle de France métropolitaine¹⁹⁴. La densité de **médecins généralistes libéraux**, en particulier, y est fortement en dessous de la moyenne nationale et pour la Guyane, également celle en infirmiers libéraux (tableau 3). Comme le rappelle Santé publique France, en Guyane, « *l'offre de soins libérale est nettement plus faible qu'en métropole, et les services publics de santé peinent à répondre à une demande en progression (les naissances sont passées de 6 500 à 8 000 entre 2015 et 2017). Les bénéficiaires d'une couverture sociale représentent moins de 77 % de la population totale Insee, la situation plus haut sur le fleuve Maroni étant encore plus critique (29 % de la*

¹⁹³ Cnape, 2020, *op. cit.*

¹⁹⁴ Cese, 2020, *op. cit.*

population couverte) »¹⁹⁵. En 2015, l'ORSG (observatoire régional de santé de Guyane) estimait les besoins en personnel de santé d'ici à 2030, à 800 médecins.

Mayotte est le département français dans lequel le nombre de médecins est le moins important, avec une densité de **80 médecins pour 100 000 habitants** contre une moyenne nationale de 437¹⁹⁶.

Tableau 3 : Démographie médicale au 1^{er} janvier 2018

	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants					
		Médecins			Chirurgiens dentistes	Infirmiers diplômés d'État	Pharmaciens
Ensemble des médecins	Généralistes	Spécialistes	Total				
Guadeloupe	1 138	147	143	289	46	1 070	98
Martinique	1 091	141	150	291	53	1 156	90
Guyane	597	131	87	218	29	670	54
La Réunion	2 796	165	160	325	58	879	89
Mayotte	199	48	32	80	6	315	29
métropole	220 398	153	187	340	64	1 053	111

Lecture : au 1^{er} janvier 2018, il y a 1 138 médecins en exercice en Guadeloupe, cela correspond à une densité de 289 médecins pour 100 000 habitants.

Champ : métropole et cinq Drom.

Source : Drees, Asip-Santé RPPS, traitements Drees, Insee, estimations de population au 1^{er} janvier 2018.

L'offre hospitalière, et plus particulièrement le nombre de lits et de places par habitant en soins aigus, est, pour **la Guyane** (24), proche de la moyenne nationale (22 lits pour 1 000 accouchements en 2009) mais cette offre est **inférieure à la métropole pour La Réunion (18)**. Les hôpitaux en Guyane font face à d'importantes difficultés de financement, situation ayant des conséquences sur la **qualité des soins dispensés**¹⁹⁷.

En **Guyane**, seules 65 % des femmes enceintes sont suivies dès le premier trimestre (contre 95 % en France métropolitaine) et le recours à l'échographie de dépistage est faible (en 2018, seulement 29 % des femmes ont réalisé les trois échographies recommandées contre 70 % au niveau national). Du fait de la natalité, particulièrement importante, le nombre conséquent d'accouchements, avec une augmentation de 60 % entre 2013 et 2018 par exemple au CH de **Cayenne**, met régulièrement le système de soins en tension. Les établissements hospitaliers connaissent des difficultés financières importantes. Les services de protection de l'enfance (ASE et PMI) font également face à un manque de moyens, sont parfois situés dans des locaux inadaptés et sont également en difficulté du fait d'un manque de moyens matériels et humains dans les structures¹⁹⁸. La couverture territoriale inégale en Guyane a un impact global sur la prise en charge des femmes enceintes et conduit à transférer les femmes qui vivent dans des communes isolées dans un des quatre établissements sanitaires situés sur le littoral au début du 9^e mois de grossesse pour leur accouchement en milieu hospitalier. Cette situation a des conséquences sur l'organisation des centres hospitaliers : ainsi, le centre hospitalier de Cayenne a vu la durée moyenne de séjour

¹⁹⁵ Santé publique France, 2019, états des lieux des niveaux de couverture vaccinale en Guyane, septembre, Source CGSS de Guyane, 2019.

¹⁹⁶ Cese, 2020, *op. cit.*

¹⁹⁷ Cese, 2020, *op. cit.*

¹⁹⁸ Santé publique France, 2020, Antilles, Guyane : promouvoir la santé de la mère et de l'enfant.

augmenter considérablement, d'autant plus que la structure accueille également un nombre important de patientes en situation de précarité. Il est ainsi prévu la **création d'un hôtel hospitalier** à proximité du service de maternité de l'hôpital de Cayenne afin d'améliorer le dispositif de prise en charge, en priorisant l'hospitalisation des femmes présentant une pathologie, tout en assurant un suivi médical aux autres patientes ne présentant pas de risques.

En novembre 2020, le directeur du centre hospitalier de Saint-Laurent-du-Maroni, Didier Guidoni, soulignait que les difficultés à faire face à la « *hausse importante de l'activité de la maternité* » l'avait conduit au déclenchement du « plan blanc » au service de néonatalogie : « *rappel des personnels en congés, l'appel à la réserve sanitaire, la mobilisation d'infirmiers et d'auxiliaires de puériculture en formation* ». Un appel national avait également été lancé auprès de puéricultrices, infirmiers, sages-femmes, volontaires, prenant en charge « *les frais de transport et l'hébergement* ».

La Guyane fait face également à des difficultés de recrutement du personnel soignant et à un manque de fidélisation dans les services de PMI, et en particulier dans les endroits les plus éloignés de Cayenne ou de Saint-Laurent-du-Maroni. Elle est confrontée à un *turn-over* important des professionnels de santé. Par ailleurs, les évolutions sociodémographiques et les situations de précarité complexifient les missions des services de PMI qui se doivent d'accompagner un nombre plus conséquent de personnes sans nécessairement voir une augmentation de leurs moyens¹⁹⁹.

Les populations des communes de l'intérieur sont parmi les premières à être exclues de l'offre publique de santé en raison de la concentration quasi exclusive des professionnels de santé salariés dans les établissements hospitaliers du littoral. C'est pour tenter d'y remédier qu'ont été créés les **18 CDPS** (centre décentralisé de prévention et de soins) et les centres de protection maternelle et infantile. Sous l'autorité du centre hospitalier de Cayenne, les CDPS ont pour objet d'offrir, aux populations des zones reculées de l'intérieur, les éléments essentiels d'une médecine dite de « *proximité* ». **En 2019, des équipes mobiles de santé publique (binômes infirmier-médiateur)** ont été constituées pour assurer une prévention et un suivi au plus près de ces populations les plus isolées.

¹⁹⁹ Santé publique France, 2020, *op. cit.*

Encadré santé et accès aux soins en Guyane

- Une démographie médicale et paramédicale libérale très en deçà des besoins, accentuée par le manque d'attractivité du territoire auprès de nouveaux praticiens.
- Importance de la CMU et de la CMU-C pour une large part de la population.
- Des bénéficiaires de l'AME en part plus importante dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni.
- Une demande croissante auprès des CDPS, notamment dans les communes de l'ouest et du centre du territoire.
- Un accès aux soins partiellement entravé par des barrières culturelles, linguistiques, mais aussi administratives pour les étrangers.
- Le défi de l'attractivité du territoire pour l'installation de nouveaux praticiens. Un plan d'actions a été engagé en ce sens sur la période 2012-2015

À Mayotte, l'offre de soins est structurée autour du **centre hospitalier de Mayotte**, de ses quatre hôpitaux annexés et d'un réseau de centres de PMI. Il bénéficie d'une dotation budgétaire globale annuelle versée par la caisse de sécurité sociale de Mayotte (252 Millions d'euros en 2018²⁰⁰), qui permet la prise en charge des soins aux étrangers en situation irrégulière, en l'absence d'aide médicale d'État. Les soins sont assurés gratuitement pour toutes les personnes affiliées au régime de sécurité sociale de Mayotte.

De nombreux services parmi les 17 PMI qui avaient fermé faute de financements ont cependant pu rouvrir en 2020, complétés par 4 nouveaux centres de PMI. Le territoire fait face à un manque important de professionnels de santé, notamment de médecins spécialistes en lien avec la prise en charge périnatale ainsi qu'à une densité relativement basse de pédiatres et de gynécologues-obstétriciens. Face au manque de gynéco-obstétriciens les maternités périphériques recourent depuis longtemps aux sages-femmes²⁰¹ (en 2015, 297 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans contre 174 à La Réunion et 140 en métropole)²⁰². En raison d'un manque d'offres de soins sur le territoire dans le secteur libéral, les services de PMI endossent un rôle et des manières d'intervenir particulières et sont amenés à suivre un nombre conséquent de grossesses et d'enfants. Les sages-femmes y réalisent davantage de clinique et d'actes médicaux que d'accompagnement médicosocial et d'éducation sanitaire. Elles peuvent également être amenées à réaliser des IVG.

L'attractivité médicale est faible ce qui provoque à la fois une pénurie de personnel, et un *turn-over* important. Les médecins, infirmiers et sages-femmes de la fonction publique territoriale sont moins rémunérés que ceux travaillant dans la fonction publique hospitalière, au centre hospitalier de **Mayotte**, ce qui fait obstacle aux recrutements par le Conseil départemental. L'offre sanitaire publique connaîtrait en outre une forme de stigmatisation liée à la présence importante de femmes

²⁰⁰ Iedom, rapport 2019, p. 155.

²⁰¹ Parenton F., Youssouf H., Mariotti E., Barbail A., 2018, *La situation périnatale à Mayotte en 2016 : principaux résultats de l'enquête nationale périnatale (enp) et de son extension.*

²⁰² Drees, 2017, Santé publique France, Profils régionaux.

comoriennes dans les services sanitaires de maternité de l'île (90 % des femmes accueillies dans les services de la PMI sont originaires des Comores). En réaction à l'engorgement des services hospitaliers, certaines femmes mahoraises accouchent hors du territoire (en métropole ou plus souvent La Réunion : 300 femmes en 2019 sur 9 770 naissances²⁰³).

Afin de favoriser le recrutement de personnel et favoriser l'attractivité des territoires, certaines mesures sont prises dans les Drom. Ainsi, les ARS peuvent mettre en place des **aides financières à l'installation** (remboursement des frais de déménagement, sécurisation des locaux, etc.)²⁰⁴. En 2013, en Guyane, la région avait mis en place un dispositif, dit « *Partir-Revenir* », incitatif de dotation d'installation une fois le diplôme de médecine d'étudiants natifs de la région acquis.

Des allocations peuvent également être versées aux **étudiants de médecine** afin de les encourager à s'installer sur des zones peu denses en termes de personnel soignant à la suite de leurs études. Certains territoires recourent à du **personnel soignant étranger** afin de pallier la pénurie de médecins, ainsi qu'à la **télémédecine**, en Guyane.

La Réunion connaît également un manque d'accessibilité aux **infrastructures de santé** qui se répercute sur le suivi de santé. Le renoncement aux soins est en effet important sur l'île²⁰⁵. Cette situation s'explique en partie par une implantation des infrastructures routières plus importante sur le littoral, une offre de transports en commun moins développée qu'en métropole ainsi qu'une concentration des médecins en ville. 5 % des réunionnais renoncent aux soins ou à des examens en raison d'un éloignement géographique trop important et 8 % en raison de difficultés de transport pour s'y rendre. Par ailleurs, sur le territoire réunionnais, **les médecins scolaires sont en sous-effectif** et interviennent peu ou pas du tout dans les petites écoles difficilement accessibles²⁰⁶.

Le peu d'infrastructures sur les territoires en matière de services publics conduit à un **manque de lien avec les populations les plus vulnérables**. En effet, les acteurs associatifs locaux mettent en avant le fait que si certaines ressources sont à destination des personnes les plus en difficultés : « *Pour les plus éloignés géographiquement et socialement, il est difficile d'y avoir accès par un manque de relais sur les territoires* ».

À cet égard, la prévention des situations de violence, et l'accès à une prise en charge ou un accompagnement en situation de violence, notamment intrafamiliale (voir encadré), est particulièrement difficile, or les services de la **protection de l'enfance**, connaissent également un manque de moyen, matériels et humains, et un *turn-over* important de personnels qui sont peu formés et qui derniers peuvent être démotivés par la multiplicité des missions qui leur sont attribuées. Ce manque de personnel a un impact direct sur la qualité des services fournis aux enfants. Le manque de personnel, de continuité, d'infrastructure, conduit à une difficulté pour agir de manière préventive face à des situations inquiétantes dans le domaine de la protection de l'enfance, notamment concernant les situations de violence ou de l'accueil des mineurs non accompagnés, et à une faiblesse en termes de diversification des réponses et d'adaptation des accompagnements²⁰⁷.

²⁰³ Insee Flash Mayotte 2020, *op. cit.*

²⁰⁴ Cese, Délégation à l'Outre-mer, 2020, L'accès aux services publics dans les Outre-Mer.

²⁰⁵ Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014, La Réunion, 2015, France Stratégie.

²⁰⁶ Unaf, *op. cit.*

²⁰⁷ Cnape, 2020, *op. cit.*

Focus : violences intrafamiliales et manque de ressources locales

D'après une étude réalisée par le Cese en 2017, **les femmes subissent davantage de violences** dans les territoires d'outre-mer qu'en France métropolitaine²⁰⁸. **À La Réunion**, le pourcentage de femmes victimes d'agressions physiques par leurs (ex) conjoints est sensiblement similaire à la métropole (environ 5 %) mais d'après l'enquête récente Virage dans les Outre-mer « 30 % des femmes et 25 % des hommes déclarent des faits de **violence avant 18 ans** (études, loisirs, cercle amical, famille, proches). Au sein de la famille, les femmes déclarent davantage de violences (psychologiques, physiques, sexuelles) subies. Les auteurs de violences sexuelles subies par les mineures sont majoritairement des hommes de la famille et de l'entourage proche »²⁰⁹.

Certaines **violences sur les enfants** sont encore considérées dans les Drom comme des « **violences ordinaires** » dans le but d'inculquer des valeurs et d'éduquer les enfants. La surconsommation d'alcool dans les familles en situation de précarité peut être l'une des causes de ces violences conséquentes.

Toutefois, les territoires faisant face à un manque ou une inéquitable répartition géographique de structures de soutien à la parentalité et pour la prévention des violences, les situations ne sont pas toujours prises en charge²¹⁰. Ces violences sur les enfants peuvent s'accompagner de carences éducatives importantes dues à des négligences lourdes. L'ensemble de ces éléments a un impact sur la scolarité des enfants, les enfants des familles en situation de grande précarité pouvant présenter des difficultés scolaires et ne plus se rendre à l'école²¹¹.

Sur le territoire guyanais, une unité d'accueil pédiatrique enfants en danger (Uaped) est en projet pour faciliter la prise en charge d'enfants victimes de violences. Il s'agit d'une salle ouverte dans un service à l'hôpital permettant l'audition filmée des mineurs victimes de violences par les enquêteurs, entourés d'une équipe médicosocial pluridisciplinaire (pédiatre, psychologue...).

Il faut également mentionner l'exposition des enfants à des homicides au sein des familles : alors que les forces de sécurité constatent en moyenne 1,5 victime pour 1 000 habitants en métropole, ce chiffre est de 2,9 en Guyane, il atteint 2,4 à la Réunion, en revanche Mayotte est peu concernée par cette violence intrafamiliale : le nombre de victimes enregistré pour 1 000 habitants est légèrement inférieur à celui de la métropole (1,1).

D. D'IMPORTANTES FRAGILITES DE LA COUVERTURE SANITAIRES QUI METTENT EN DANGER DE LA SANTE DES ENFANTS

L'état de santé dans les Drom en général est moins bon qu'en métropole et de nombreux indicateurs de santé sont parmi les plus bas. La santé perçue est également moins bonne, et le non-recours aux soins, plus important.

²⁰⁸ Cese, 2017 Avis, [Combattre les violences faites aux enfants dans les outre-mer](#).

²⁰⁹ *Population & société*, n° 592, 2021, *op. cit.*

²¹⁰ Cnape, 2020, *op. cit.*

²¹¹ *Idem.*

Focus sur l'état de santé perçu dans les Drom

Selon le Baromètre santé 2014²¹², les habitants de Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion âgés de 15 à 75 ans sont moins nombreux à se percevoir en bonne santé que ceux de métropole. En moyenne, 61 % d'entre eux considèrent que leur état de santé est bon ou très bon, contre 69 % des métropolitains. Cette enquête n'a pas été tenue sur Mayotte, devenue le 101^e département français en 2011.

Le fait d'habiter dans un des quatre Drom reste significativement associé à un moins bon état de santé perçu qu'en métropole. Le risque de déclarer un état de santé assez bon, mauvais, ou très mauvais est multiplié par 1,2 à La Réunion comparé à la métropole (tableau 1). Ce rapport s'élève à 1,3 en Guyane. Les habitants des Drom déclarent aussi, toutes choses égales par ailleurs, des problèmes dentaires 1,3 fois plus souvent en Martinique, Guadeloupe et Guyane qu'en métropole et 1,8 fois plus souvent à La Réunion²¹³.

Ces inégalités de santé entre les Outre-mer et la métropole traduisent de fortes disparités territoriales et sociales dans l'accès aux soins. L'inégale répartition des dispositifs sanitaires, ainsi que les coûts de santé, favorisent le renoncement aux soins des personnes précaires ou vivant dans des communes isolées.

L'enjeu de prise en charge et de repérage des problématiques de santé est d'autant plus prégnant sur ces territoires dès le plus jeune âge.

Une forte mortalité infantile en Guyane et à Mayotte

L'état de santé dans les Drom est dans l'ensemble moindre qu'en métropole, et le taux de mortalité infantile s'avère deux fois plus élevé dans les Drom que sur le territoire métropolitain, quel que soit l'âge et le sexe de l'enfant au décès, avec un taux moyen de 8,4 ‰, contre 3,6 ‰ en 2017²¹⁴.

Cette surmortalité infantile dans les Drom pourrait s'expliquer par les fortes disparités géographiques et démographiques existantes dans ces territoires et les conditions socioéconomiques qui y sont majoritairement plus défavorables que sur le territoire métropolitain (et, de fait, un suivi plus limité des grossesses). Plusieurs causes peuvent expliquer la mortalité infantile : les mauvaises conditions sanitaires, des grossesses moins bien suivies, un accès moindre aux soins périnataux, des risques de complications plus fréquents, des pathologies particulières (affections périnatales, entre 47 % et 60 % en Guyane et à La Réunion contre 48 % en métropole, maladies infectieuses, malformations congénitales ou anomalies chromosomiques : 16 % dans les Drom contre 21 % en métropole).

²¹² Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014, 2015, France Stratégie.

²¹³ Dubost C.-L., 2018, En Outre-mer, une santé déclarée moins bonne qu'en métropole, surtout pour les femmes, *Études et Résultats*, n°1057.

²¹⁴ Ce taux est relativement stable en France depuis quinze ans.

La **Guyane** présente un taux de mortalité infantile de **7,9 ‰ en 2018** (contre 3,6 ‰ en métropole, voir tableau 9)²¹⁵, presque trois fois celui de la métropole, mais en baisse²¹⁶. **La mortalité avant 1 an est la plus élevée (11,8 ‰)**²¹⁷.

À **Mayotte**, qui a le taux de mortalité infantile le plus élevé (9,8 9 ‰ en 2018), un retard important existe en matière de surveillance prénatale, d'après l'enquête périnatale de 2010, le nombre d'échographies étant nettement inférieur à celui de la métropole et de La Réunion : 48,0 % des femmes ayant accouché à Mayotte ont eu moins de trois échographies en 2010 (contre 5 % à La Réunion et 1,5 % en métropole)²¹⁸. Parmi les autres facteurs aggravants : la nationalité, l'âge (grossesses précoces) et la situation sociale de la mère et des conditions de vie plus défavorables expliquent aussi cette surmortalité infantile²¹⁹.

À **La Réunion**, la mortalité infantile demeure encore deux fois plus importante qu'en métropole : le taux de décès pour 1 000 enfants nés vivants y atteint 6,1 ‰ en 2018. Surtout, elle ne baisse plus depuis le début des années 1990. Y concourt la précarité socioéconomique dont pâtit un grand nombre de femmes qui renforcent, souvent, **le surpoids (ou l'obésité) des mères**, les maladies chroniques et une déficience trop fréquente du suivi prénatal, due souvent à une entrée tardive dans le parcours de santé prénatal. Pour autant, la situation réunionnaise apparaît plus favorable comparée aux autres Drom.

Tableau 9 : Mortalité infantile par département et région en 2018

Départements et régions	Nés vivants (a)	Décédés de moins d'un an (b)	Décédés de moins de 7 jours (b)	Décédés de moins de 28 jours (b)	Taux de mortalité	
					Infantile (c)	Néonatale (d)
Guyane	7 995	63	26	41	7,9	5,1
La Réunion	13 364	82	44	62	6,1	4,6
Mayotte (f)	9 590	94	26	46	9,8	4,8
Drom	38 868	305	127	199	7,8	5,1
France Métro.(g)	719 737	2 615	1 235	1 843	3,6	2,6
France (h)	758 590	2 905	1 361	2 036	3,8	2,7

a. Département de domicile de la mère.

b. Département de domicile du décédé.

c. Décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 enfants nés vivants.

d. Décès d'enfants de moins de 28 jours pour 1 000 enfants nés vivants.

f. Les indicateurs concernant la mortalité à Mayotte sont diffusés mais sont peu fiables. En effet, pour ce département, les données sur les décès sont à considérer prudemment car elles sont probablement sous-estimées.

g. Sous-total des événements ayant eu lieu en France métropolitaine. Certaines personnes (mères de nouveau-nés en métropole ou enfants décédés en métropole) peuvent ne pas résider en métropole.

h. Total des événements ayant eu lieu en France (96 départements métropolitains + 5 départements d'outre-mer). Certaines personnes (mères de nouveaux-nés en France ou enfants décédés en France) peuvent ne pas résider en France.

Champ : France inclus Mayotte.

Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.

²¹⁵ Santé publique France, 2020, Antilles, Guyane : promouvoir la santé de la mère et de l'enfant, 2020

²¹⁶ Breart G., 2020, D'abord, les faits, in *Les grands problèmes de santé en Guyane en 2020 : trois exemples de pathologies* BEH 2-3, 28 janvier 2020. Ce taux est le plus faible d'Amérique latine.

²¹⁷ Drees, 2012, *op. cit.*

²¹⁸ Drees, 2017, Santé publique France, profils régionaux.

²¹⁹ Voir HCFEA, rapport transversal, *op. cit.*

Des indicateurs de santé médiocres

À **Mayotte** qui fait face à une grande précarité sanitaire et sociale, le territoire est confronté à une **augmentation des maladies chroniques** comme la rougeole, la dengue, le paludisme, la lèpre. Les enfants de moins de 6 ans sont particulièrement touchés par des problèmes de vue et des problèmes dentaires (voir infra p. 55).

Après Mayotte, c'est en **Guyane** que les indicateurs de santé apparaissent les moins bons, avec pour plusieurs pathologies des prévalences plus élevées qu'en moyenne nationale. Globalement, les pathologies hydriques impactent également toute la population y compris les enfants. Le paludisme en revanche est en voie d'élimination. Il faut signaler ici également d'une part des taux très élevés **d'intoxication au plomb** des enfants de 0 à 6 ans, pris en charge dans le cadre d'un plan de lutte contre le saturnisme par l'ARS à la suite de l'identification d'un *cluster* de saturnisme dans l'ouest de la Guyane en 2011.

Outre les trois grandes épidémies de dengue, chikungunya et zika, qui ont affecté la Guyane ces dernières décennies, les principales causes de décès sont, comme aux Antilles, les affections de longue durée (diabète, accidents vasculaires, cancers, hypertension, et le virus de l'immunodéficience humaine, le VIH)²²⁰.

Or on l'a dit (*supra*, p. 17) l'offre de soins, le niveau d'équipements et la densité de professionnels de santé, sont loin de pouvoir répondre aux besoins. Déjà en janvier 2011, lors d'un débat à l'assemblée sur le thème de la santé, le sénateur Georges Patient soulignait : « *Il est ici question de désertification médicale. En Guyane, malheureusement, nous avons dépassé ce stade : nous ne sommes pas dans un processus de déficit ou d'exode de médecins tout simplement parce que nous sommes déjà un désert médical !* ».

En regard des normes métropolitaines, la Guyane est en effet particulièrement mal dotée ce qui touche toutes les professions de santé²²¹, hors sages-femmes, avec une concentration quasi exclusive à Cayenne et Kourou au détriment de l'ouest et, plus encore, des communes de la « Guyane non routière »²²² alors même qu'elles affichent les précarités de santé les plus fortes (par exemple, certaines femmes résidant à 400 kilomètres d'une maternité ne peuvent s'y rendre qu'en pirogue²²³).

Les populations les plus précaires, celles des communes isolées, les étrangers, et plus spécifiquement les clandestins sont les plus éloignées des actions de prévention. La forte précarité (pauvreté, habitat précaire, faible niveau d'éducation) a un impact direct sur leur état de santé. La mortalité infantile et celle liée au VIH sont surreprésentées parmi les causes de décès.

²²⁰ Carvalho L, Belliaro S, Andrieu A, de Maria F, Chatignoux E., 2020, Incidence et mortalité des cancers en Guyane, 2007-2014. Synthèse de l'état des connaissances, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* (36-37):730-6. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/36-37/2020_36-37_5.html.

²²¹ Chirurgiens- dentistes : 27 vs 56 ; infirmiers 130 vs 181 ; orthophonistes 11 vs 31.

²²² 7 communes sur 22 sont inaccessibles par la route et leurs habitants ne peuvent se rendre aux urgences que par hélicoptère. Source : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

²²³ Duplan H., Cazaux S. (ARS), Hurpeau B., avec la participation de Dorelon P. (Insee), 2014, Accès aux soins hospitaliers en Guyane : derrière un constat encourageant, de fortes disparités, *Insee Analyses Guyane*, n° 2, paru le 14 octobre 2014.

On peut lire dans le rapport transversal HCFEA sur les Drom²²⁴ que **selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), la prématurité²²⁵ est la première cause de décès des enfants en bas âge**, très fréquente dans les Drom, en particulière chez les mineures²²⁶ dont les taux de naissances prématurées²²⁷ sont près de deux fois plus élevés qu'en moyenne nationale. L'éloignement, notamment des femmes résidant dans l'ouest de la Guyane au bord du fleuve Maroni, constitue un des principaux facteurs de risque majeurs en ce domaine. L'accompagnement et du suivi de la grossesse et de l'accouchement pour les femmes éloignées de villes du littoral, et pour les mineures, est un enjeu majeur en Guyane. Pour le P^r Breard (Inserm) « *si on se réfère aux données objectives et statistiques, l'état de santé en Guyane est en constante amélioration mais, bien sûr, des progrès restent à faire. Il faut continuer à améliorer les soins, mais si l'on veut vraiment améliorer la santé de la population il est indispensable de recourir à la prévention car les inégalités de santé sont plus liées à l'accès à la prévention qu'à l'accès aux soins. En particulier pour les populations les plus vulnérables, il conviendrait de développer la médiation en santé* »²²⁸.

L'accompagnement médicosocial de la grossesse, de l'entrée en parentalité et du bébé : la PMI clef de voute de la santé

Avec une natalité en progression constante et une large part d'enfants en bas âge, la petite enfance est en Guyane un enjeu de première importance, et tout particulièrement dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni. **La précarité sociale des mères constitue ici l'un des premiers facteurs de risque.** Elle concourt à un suivi aléatoire de la grossesse et à une mauvaise préparation à la naissance, augmentant le risque de grossesses pathologiques et/ou de mauvais état de santé des enfants à l'accouchement. Avec une probabilité plus forte encore pour les femmes des communes isolées. Un ensemble de difficultés qui souligne l'importance d'une prise en charge de la périnatalité en Guyane.

L'accompagnement médicosocial des futurs parents, de la femme enceinte et des enfants de moins de 6 ans constitue un réel étayage pour améliorer la situation sanitaire des enfants et les situations de fragilité sociale et/ou psychologique. Les services de protection maternelle et infantile (PMI), par leur intervention précoce, sous la forme d'actions collectives ou de suivis personnalisés, sont un acteur majeur et hautement stratégique dans le soutien à la parentalité²²⁹.

De nombreuses obligations existent pour assurer un suivi de la santé des jeunes enfants. Un nouveau calendrier des **vingt examens médicaux obligatoires pour les enfants jusqu'à 16 ans**,

²²⁴ HCFEA, Rapport transversal, *op. cit.*

²²⁵ Normalement, une grossesse dure environ 40 semaines. Un bébé est considéré comme « prématuré » s'il naît avant que 37 semaines de gestation se soient écoulées. Est considéré « enfant prématuré » celui dont la naissance intervient à 8 mois et demi de grossesse. On distingue communément trois stades de prématurité : 1) la prématurité moyenne : 7 mois à 8 mois de grossesse ; 2) la grande prématurité : 6 mois à 7 mois de grossesse ; 3) la très grande prématurité : à moins de 6 mois de grossesse.

²²⁶ Leneuve-Dorilas M., Bernard S., Dufit V., Elenga N., Carles G., Nacher M.. 2020, La prématurité en Guyane : particularités, évolutions et facteurs de risque, *in* Les grands problèmes de santé en Guyane en 2020 : trois exemples de pathologies, *BEH* 2-3, 28 janvier 2020.

²²⁷ En France, entre 50 000 et 60 000 enfants naissent prématurément chaque année. Parmi eux, 85 % sont des prématurés moyens, 10 % sont des grands prématurés et 5 % sont de très grands prématurés.

²²⁸ *Op. cit.* p. 32.

²²⁹ Code de la santé publique, articles L2111-1 et L2112-2, loi n°2007-293 du 5 mars 2007.

fixé par l'arrêté du 26 février 2019, dont pas moins de 14 entre 0 et 3 ans, et un **15^e réalisé à l'école au cours de la quatrième année** est entré en vigueur le 1^{er} mars 2019²³⁰.

L'ensemble de ces obligations permettent d'assurer un suivi de la santé des enfants dès leur naissance et d'identifier ainsi les problématiques de santé prédominantes en fonction des grandes classes d'âges. L'instauration de ces examens médicaux obligatoires sur l'ensemble du territoire français permet à l'État de disposer d'un suivi de la vaccination obligatoire dans la population.

C'est également par ce cadre que la mission de prévention médicale et médico-sociale de l'État se réalise. En effet, « *Le service [de PMI] contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médicosociale [...], aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées* »²³¹.

²³⁰ Dans les huit jours qui suivent la naissance ; au cours de la deuxième semaine ; avant la fin du premier mois ; au cours du deuxième mois ; au cours du troisième mois ; au cours du quatrième mois ; au cours du cinquième mois ; au cours du sixième mois ; au cours du neuvième mois ; au cours du douzième mois ; au cours du treizième mois ; entre seize et dix-huit mois ; au cours du vingt-quatrième mois ou du vingt-cinquième mois ; au cours de la troisième année.

²³¹ Art. L. 2112-2 du code de la santé publique.

Les problématiques de la Protection maternelle et infantile (PMI)

- ▶ Il existe aujourd'hui d'importantes disparités en matière de protection maternelle et infantile (PMI) sur le territoire français. Dans les territoires ultramarins, comme dans certains départements métropolitains, la PMI n'est pas à même d'assurer convenablement ses missions. Elle se trouve à Mayotte dans une situation que l'ARS juge préoccupante, bien que l'évolution récente permette une amélioration, comme la création de 4 nouvelles PMI ajoutées aux 17 PMI existantes. Le recrutement des personnels qualifiés (médecins notamment en raison des disparités de rémunération entre les médecins hospitaliers et les médecins territoriaux) et les difficultés d'organisation des services de PMI se répercutent notamment sur la couverture vaccinale, essentielle dans le contexte épidémiologique des territoires ultramarins. D'autres situations se révèlent inquiétantes, comme en Guyane, où une évaluation par l'ARS et l'organisation panaméricaine de santé a relevé que l'obligation de recourir à un médecin pour vacciner pénalise les zones reculées qui en sont dépourvues. Ainsi une habilitation des infirmiers à vacciner permet de suppléer la carence de médecins. L'une des raisons de ce manque est la grande difficulté des PMI à recruter des médecins²³².
- ▶ D'une manière générale, la faiblesse de la PMI, en Outre-mer comme dans l'Hexagone, conduit à une difficulté à agir de manière préventive (manque de personnel, de temps et de moyens). Elle entraîne une aggravation de situations souvent repérées tardivement. En outre, il existe sur ces territoires une insuffisance des dispositifs sanitaires, médicosociaux, psychiatriques, de prévention des addictions, pour les enfants. L'ensemble de ces problématiques ne permet pas de diversifier les réponses et d'adapter les accompagnements au regard des besoins des populations. Les soins sont plus fréquemment administrés aux enfants en urgence.
- ▶ À l'échelle nationale, dans son rapport de mars 2019²³³, la députée Michèle Peyron, souligne la situation de crise de la PMI en France. Sont mis en avant des besoins et une inefficacité des services de la PMI pour l'accompagnement et la prévention auprès des mères et des jeunes enfants, notamment en situation vulnérable. À ce titre, la PMI est fortement investie par les populations, en témoigne la saturation des consultations et l'épuisement des professionnels. « *Les facteurs de crise résultent d'une combinatoire défavorable : délaissée par l'État et par l'assurance maladie, qui ne l'ont pas investie d'objectifs explicites en termes de taux de couverture depuis la décentralisation, dépourvue d'une tête de réseau nationale pour se faire entendre, financée par les départements au fil de l'eau de manière hétérogène, et parfois insuffisante, confrontée à un déficit croissant de médecins, la PMI a vu ses obligations non sanitaires s'accumuler, ce qui a conduit à une réduction drastique des activités de prévention en direction des publics fragiles* »²³⁴.
- ▶ Le projet de loi relatif à la protection des enfants, examiné par le Parlement à partir de juillet 2021, comporte un article permettant de remédier aux disparités territoriales par la concertation entre l'État et les départements pour une identification annuelle des orientations stratégiques de la PMI, et de revaloriser les moyens par une meilleure rémunération, par la Sécurité sociale, des bilans de santé réalisés par les médecins de PMI dans les établissements scolaires.

²³² Siblot-Ducray E., 2020, PMI en Guyane : « s'adapter pour faire face aux conditions de vie dégradées des populations », *La santé en action, Antilles, Guyane, promouvoir la santé de la mère et de l'enfant*, n 451, mars 2020, Santé publique France.

²³³ Peyron M., 2019, *Pour sauver la PMI, agissons maintenant !*, ministère des Solidarités et de la Santé.

²³⁴ Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019, *op. cit.*

IV. UN PROBLEME DE FIABILISATION DES DONNEES RECUEILLIES

Pour mieux répondre aux besoins des enfants en matière de scolarisation et d'accès à la santé, la question de leur dénombrement, par-delà leur état civil, et des données les concernant est centrale. Selon le récent rapport Unicef-défenseur des droits « *D'importants freins limitent en Guyane l'accès à l'école et aux services essentiels qui lui sont liés. Les constats régulièrement posés et réactualisés ne suffisent pas à endiguer l'exclusion de fait d'une part non négligeable des enfants de l'école de la République. Le manque de ressources allouées à la collecte de données précises pour objectiver le phénomène de non-scolarisation – malgré la réactivation d'un observatoire de la scolarisation – renforce le risque d'une constante inadéquation entre les besoins réels et les moyens déployés pour y répondre. La forte croissance démographique du territoire accentue ce phénomène, rendant les estimations de besoins rapidement obsolètes* »²³⁵.

La constitution de données spécifiques aux territoires d'outre-mer pose des difficultés liées aux conditions et possibilités de productions statistiques sur les territoires ultramarins, ainsi qu'à la fiabilité des données recueillies.

La production statistique dans les territoires ultramarins est souvent bien plus complexe qu'en métropole. Plusieurs éléments viennent expliquer cela. Le taux de réponse par Internet du recensement de la population (RP) en est un exemple. Les mêmes dispositifs de réponse sont déployés en métropole et dans les quatre Drom historiques. Pour autant, les disparités dans les taux de réponse par Internet sont nombreuses entre les régions et les taux les moins élevés sont enregistrés dans les Drom, très en-deçà des taux de réponse métropolitains (de 4,7 % à 20,8 % outre-mer contre 35 % à 50,7 % en métropole, hors Corse).

Le respect de la loi de 1951, relative à l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques impose des limites de diffusion des données (obligation de secret statistique en cas d'un nombre de répondants limités). Ces obligations freinent la diffusion de statistiques ultramarines.

Il est par ailleurs important de souligner que la situation de Mayotte est sensiblement différente de celle des autres Drom. Une stratégie propre se met en place pour améliorer à long terme les fondements du système d'information statistique. La question centrale est celle de la faiblesse des répertoires, qui sont les piliers de tout système d'information statistique. En cours d'amélioration, ils restent encore, en niveau comme en qualité, très insuffisants, notamment en matière d'adressage. Les données administratives ne sont pas de bonne qualité à Mayotte, en raison notamment de la faiblesse des moyens des administrations locales, de l'importance du secteur informel et de l'effectif important de personnes en situation administrative irrégulière. Cela a des incidences directes sur les données disponibles en termes d'emploi, d'état civil et de santé notamment.

Concernant **les données de vaccination**, selon Santé publique France²³⁶, « *La dernière enquête ad hoc exhaustive en milieu scolaire a été réalisée en 2009 par la cellule de l'Institut de veille sanitaire à la demande l'ARS Guyane (CP, 6^e et 3^e). Celle-ci est trop ancienne et ne reflète pas l'activité vaccinale des dernières années. Les enquêtes triennales réalisées par l'Éducation nationale sur la santé des élèves ne sont par ailleurs pas réalisées en Guyane* ».

²³⁵ Unicef-défenseur des droits 2021 *op. cit.*

²³⁶ Santé publique France, 2020, *op. cit.*

« *Le gros problème sur Mayotte, c'est qu'on ne sait pas de quoi on parle ! même le nombre de la population change selon les interlocuteurs !* » Acteur associatif, mars 2021.

Sur Mayotte, la situation statistique a fait l'objet d'un travail plus récent sur ces répertoires et d'un recensement de la population compliqué (croissance démographique rapide et immigration difficilement mesurable). Selon les autorités publiques, les données pour Mayotte résultent d'estimations qui ne peuvent refléter une réalité exhaustive²³⁷.

À ces difficultés, s'ajoutent également la part importante de population irrégulière sur ces territoires, qui est souvent sous-estimée par les pouvoirs publics. Selon les acteurs associatifs du territoire « *il est très difficile de savoir combien de personnes vivent à Mayotte ou en Guyane* ».

Depuis cinq ans cependant, l'Insee et les services statistiques ministériels s'emparent de la problématique « Outre-mer ». Les travaux statistiques ont été mis en chantier et progressent.

Le recueil de données objectivées sur les territoires d'outre-mer s'avère complexe, notamment pour mesurer la population du fait de l'immigration clandestine, ou du nomadisme des populations en Guyane, même si des publications et des études notamment de la part de l'Insee se développent depuis plusieurs années.

En outre, les professionnels sur place expliquent que le recueil des données n'est pas prioritaire compte tenu de ressources limitées et de besoins importants.

En ce sens, beaucoup d'éléments existent uniquement au format papier (les bilans de visites médicales, à la Réunion, par exemple), peu d'informations sont compilées pour permettre une exploitation générale et faciliter l'analyse globale.

De ce fait, il apparaît difficile de réaliser un diagnostic complet en matière d'accessibilité aux services publics, territoire par territoire. Ce même constat s'applique pour l'ensemble des données touchant à la scolarisation et à la santé des enfants : les données disponibles ne permettent pas de dresser un état précis de la situation de l'ensemble des populations guyanaises, mahoraises et réunionnaises. Toutefois le Conseil économique social et environnemental, sur la base d'un constat commun avec le défenseur des droits et la commission nationale consultative des droits de l'homme : l'inégalité profonde dans laquelle se trouvent les outre-mer, a présenté une étude sur l'accès aux services publics dans les Outre-mer le 29 janvier 2020 et a émis 19 propositions²³⁸.

²³⁷ Ainsi, si tous s'accordent, il est important de le souligner, sur l'imprécision des chiffres et la faible scolarisation des enfants de 3 à 6 ans, pour le [Snuipp FSU](#) « *Depuis la rentrée 2019 à Mayotte, selon Gilles Halbout le vice-recteur de l'île, à peine plus de 50 % de la cohorte de 2016 va à l'école* ». Si le nombre d'inscrits est connu, « *4 524 annonce Régine Vigier, la Dasein de l'île* » il faut le rapprocher des quelque 9 600 naissances par an (*Insee première*, des retours au pays des mères étrangères, des inscriptions et départs en cours d'années... et on peut lire dans *Le Point* du 31 août 2019 « *Selon les chiffres communiqués par le vice-rectorat de Mayotte, seulement 40 % des enfants âgés de 3 ans étaient inscrits à l'école pour l'année 2018-2019, contre 98 % sur le reste du territoire national* ». Selon une ancienne ministre des Outre-Mer de la France dans un entretien au *Journal de Mayotte* le 13 octobre 2016, en 2016 « *le taux de scolarisation des enfants de 3 ans n'est que de 65 % à Mayotte (4.356 élèves). Il est de 98,5 % en métropole et près de 100 % à La Réunion* », et en 2017, selon l'académie de Mayotte, 58,64 % des enfants de 3 ans étaient scolarisés en 2017 contre 97,1 % en métropole. En Guyane et à La Réunion, le taux de scolarisation de 2 à 5 ans s'élevait à respectivement 68,2 % et 74,6 % en 2017.

²³⁸ *Op. cit.*

V. AXES D'AMÉLIORATIONS

A. DES MESURES URGENTES POUR SCOLARISER ET PRENDRE SOIN DE LA SANTE DES ENFANTS AVANT 6 ANS

Les grands domaines d'amélioration spécifiques identifiés dans ce rapport sont rappelés dans ce chapitre.

La loi pour une école de la confiance impose une scolarisation de tous les enfants à 3 ans. Le calendrier des examens médicaux obligatoires prévoit un bilan réalisé à l'école pour tous les enfants de 4 ans. La mise en place de ces deux obligations structurantes s'impose, partout, mais pose des difficultés particulières sur certains territoires. C'est particulièrement le cas à Mayotte et en Guyane. Le Haut Conseil insiste sur la nécessité d'appliquer ces deux obligations, dans le cadre du respect de la loi et du droit des enfants à l'éducation et à la santé. Le rattrapage du droit commun doit se poursuivre jusqu'à ce que les enfants aient tous accès à l'école à 3 ans, et à un suivi de santé systématique dès les débuts de la vie.

Les difficultés et le temps de ce rattrapage à la fois scolaire et sanitaire, l'ampleur du chantier et des progrès à accomplir pour atteindre cet objectif imposent une évolution progressive et des moyens qui permettront cette remise à niveau. D'emblée et dans l'urgence, il est nécessaire de soutenir la (pré)scolarisation, et la prévention et prise en charge de la santé des enfants, *via* les projets associatifs ou privés à but non lucratifs locaux.

Aussi le Haut Conseil propose un renforcement substantiel des partenariats institutions-associations comme réponse transitoire aux besoins préscolaires et sanitaires des enfants, ajustée aux réalités territoriales, culturelles, géographiques, linguistiques et sociales.

PROPOSITION 1 – RATTRAPER LE DROIT COMMUN ET TRAITER L'URGENCE AVEC LES ASSOCIATIONS ET LES FORMATS INTERMÉDIAIRES

- Le Haut conseil engage à accentuer la mobilisation dans deux directions en même temps : celle de l'État, structurelle et à long terme, pour rendre effectives les obligations de scolarisation et de suivi médical, et celle, plus immédiate et multiple, des acteurs locaux :
 - continuer et accélérer le rattrapage du droit commun le plus rapidement possible :
 - aider les conseils départementaux à structurer une politique territoriale de protection de l'enfance,
 - aider l'Éducation nationale à construire les établissements et à recruter à hauteur des besoins ;
 - soutenir et développer les dispositifs de transition et les partenariats institutionnels leur permettant de jouer un rôle de relai le plus largement et efficacement :
 - il est notable que les associations travaillent auprès des enfants, et des familles, et répondent pour une part importante dans l'urgence à une partie des besoins. Il convient donc de soutenir la vie associative autour des projets de scolarisation, santé, prévention, nutrition au plus près des lieux de vie des

enfants, (et notamment, accueil de jour y compris pour les plus jeunes, école de la rue, bus médicosociaux itinérants),

- dans l'attente de la construction d'établissements scolaires, le HCFEA propose de compléter le format de scolarisation classiques par d'autres modalités,
- aider les associations à se regrouper au travers de projets de préscolarisation, d'accueil de jour, de prévention et prise en charge sanitaire et auprès des parents,
- apporter aux associations les ressources qui leur permettront de gagner en professionnalisation, et en expertise, spécifique, mais aussi juridique, d'ingénierie sociale/montage de projet, de ressources humaines, etc.

1. Des partenariats institutions–associations et des actions ajustées aux territoires

a. *Les ajustements justifiés des politiques de santé et d'éducation aux spécificités locales*

Les territoires ultramarins se caractérisent par une histoire propre et des spécificités culturelles importantes qui doivent être valorisée au cours du développement de l'enfant²³⁹.

Les principes d'égalité, de continuité, de mutabilité et d'accessibilité du service public contraignent l'État à s'adapter à la demande et au contexte, tant géographique que social, dans lequel il s'exerce. Le Cese précise en effet que le principe d'égalité d'accès et de traitement n'interdit pas de différencier les modes d'action du service public et d'adapter ses procédures aux contraintes particulières des usagers ainsi qu'aux conditions de mobilité.

Il apparaît aujourd'hui indispensable de proposer des solutions plus souples auprès d'un public non francophone, avec une culture non occidentale et un mode de vie parfois éloigné des codes sur lesquels ont été construits les accompagnements scolaires notamment.

Les dispositifs expérimentaux, de type classe passerelle, démontrent que les apprentissages sont partagés par l'ensemble des parties prenantes, éducation nationale, collectivités, comme familles. Ils supposent de laisser du temps et de la place au partage et à l'échange pour recréer de la confiance au sein des sociétés locales.

Les acteurs de terrain, souvent associatifs, ne dissocient pas scolarisation, suivi de la santé éducation, place du parent et relation avec l'enfant. Il leur apparaît nécessaire de réhabiliter le lien entre école et famille pour favoriser les conditions de santé et de scolarisation des jeunes enfants. Ce rapprochement favorise les échanges multiculturels entre les différents acteurs et permet d'adapter les dispositifs institutionnels proposés aux réalités des populations, comme y

²³⁹ Cese, Outre-mer 2020, *op. cit.*

enjoigne maints rapports, et notamment le récent rapport Longuet²⁴⁰, le rapport récent du HCSP²⁴¹ et le rapport Bas²⁴² (voir encadré).

Face à la faiblesse de la scolarisation à 3 ans à Mayotte et en Guyane, et aux obstacles nombreux qui dissuadent les familles d'y recourir – trajets risqués en pirogue pour les populations qui vivent le long du fleuve en Guyane, manque d'école et de classes et suroccupation de classes qui se déroulent dans des conditions difficiles pour ceux qui y sont, difficultés linguistiques quand les intervenants ne parlent que le français, difficultés administratives et peur des reconduites pour les étrangers sans titre de séjour, mobilités, parfois forcées (décasages) empêchant une scolarisation continue, habitude de non scolarisation avant 6 ans... – il apparaît essentiel de **travailler en amont et autour de la scolarisation, et de ce qui peut l'empêcher**.

Sur Mayotte, le [Plan d'avenir pour Mayotte](#) vise à aménager des établissements du secondaire en équipements sportifs et à mettre en place des internats de la réussite éducative. Par ailleurs, le dédoublement des classes de CP et CE1 dans les établissements REP et REP+ nécessite un renforcement au niveau des infrastructures scolaires et du nombre de postes. En **Guyane**, 251 postes supplémentaires²⁴³ ont vu le jour, 320 postes à **Mayotte** et 182 à La **Réunion**²⁴⁴.

Au-delà du renforcement des postes et en attendant le rattrapage et les déploiements des actions de l'État, qui ne peuvent être immédiates, le lien à tisser, maintenir et renforcer dans le temps passe, selon l'ensemble des acteurs, associatifs comme institutionnels, par **des partenariats entre les institutions scolaires, les collectivités territoriales, en particulier les communes, et les familles**. À cet égard, les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) mais ils sont marginaux dans les Drom, et surtout, les structures d'éveil et d'accueil de la petite enfance tels que les lieux d'accueil enfants-parents (LAEP) pourraient proposer une sensibilisation préscolaire. Traditionnellement, l'enfant de moins de 3 ans est à la maison, avec ceux qui s'y trouvent (parents, entourage, voisinage...). Selon les acteurs locaux, « *la responsabilité des jeunes enfants est collective* », une forme d'éveil et de début d'apprentissage nécessairement complétée par l'école. Ainsi, le travail de sensibilisation et d'accompagnement auprès des familles, en allant vers les parents, va au-delà de la scolarisation de l'enfant, intégrant l'accès aux droits et l'amélioration de leur situation. Cette approche globale est essentielle y compris pour une meilleure scolarisation des enfants.

²⁴⁰ *Op. cit.*

²⁴¹ HCSP, 2021, *Les inégalités de santé en Guyane : état des lieux et préconisations*. Préconisation n° S26 : Permettre une adaptation de la réglementation ou de la loi pour mieux prendre en compte le contexte local.

²⁴² Pour une grande loi Guyane : 52 propositions, Rapport d'information n° 337 (2019-2020) de MM. [Philippe Bas](#), [Mathieu Darnaud](#), [Jean-Luc Fichet](#), Mme [Sophie Joissains](#) et M. [Thani Mohamed Soilihi](#), fait au nom de la commission des lois, déposé le 19 février 2020.

²⁴³ BCSSE, 2019, *La situation de la jeunesse ultramarine*, *op. cit.*

²⁴⁴ *Idem.*

**Pour une grande loi Guyane :
52 propositions, Rapport d'information de la commission des lois**

Un rapport de 2020²⁴⁵, présenté par une délégation de sénateurs a émis 52 propositions pour l'élaboration d'une loi quinquennale de réorientation de l'action publique en **Guyane**. Le rapport souligne notamment la nécessité d'une prise en considération de « *l'identité culturelle des populations composant la société guyanaise* », passant notamment par une reconnaissance effective du droit des communautés amérindiennes et bushinenges – *via* leurs « *autorités coutumières* » – à participer plus directement à la gestion des questions qui les concernent dans l'action des communes en étant représentés dans les organes de décision des établissements publics sur les dossiers susceptibles d'avoir un impact sur leurs modes de vie. Il propose en outre l'établissement d'une « *carte d'identité frontalière* » pour les habitants du fleuve pour simplifier leur circulation entre la Guyane et le Surinam.

Un travail doit alors être fait pour aller vers les familles et ces jeunes enfants, mission le plus souvent assurée par des associations locales (Secours catholiques, Amafar, Maison des familles, Udaf, SOS, Apprentis d'Auteuil, Village d'Eva, ...), souvent implantées dans certains quartiers, et à travers des projets ponctuels (jeux, ...) installant concrètement des relations de confiance entre familles, enfants et intervenants.

Construire une école accueillante, bienveillante et bientraitante pour l'enfant comme ses parents suppose la mise en place d'une pédagogie de la coopération qui tienne compte des réalités sociales. **Pour y parvenir, une meilleure communication vers et avec les parents semble indispensable.** De la même manière, il est primordial de mettre à disposition des acteurs des méthodes et des outils de travail collaboratifs efficaces et faciles à utiliser pour des familles aux cultures différentes.

Le Haut conseil engage à développer la formation des enseignants, médecins, travailleurs sociaux sur les spécificités culturelles des territoires, en particulier, mettre en place des formations linguistiques pour améliorer la communication.

L'équipe scolaire et éducative doit pouvoir aller vers les parents, comprendre leur mode de vie et leur culture et faire preuve d'innovation dans sa manière d'appréhender les parents.

À La Réunion et à Mayotte, a été mis en place le programme des Cités éducatives afin de renforcer les prises en charge éducatives, à partir de 3 ans et jusqu'à 25 ans, sur le temps scolaire et périscolaire²⁴⁶. L'objectif est de mieux accompagner chaque parcours éducatif individuel, de la petite enfance à l'insertion professionnelle, quels que soient les espaces de vie. Sur La Réunion, le label Cité éducative a été donné à la commune du Port²⁴⁷. Un comité d'orientation et d'évaluation des Cités éducatives a été installé afin d'accompagner l'expérimentation des 80 cités éducatives labellisées en septembre dernier, de faire des recommandations sur les objectifs et l'économie générale de la démarche et de valoriser les actions exemplaires et les partenaires impliqués.

²⁴⁵ Rapport Bas, *op. cit.*

²⁴⁶ BCSSEC, 2020, Éducation nationale en Outre-mer, *op. cit.*

²⁴⁷ BCSSE, 2020, L'éducation à La Réunion, *op. cit.*

La déclinaison de la stratégie de lutte contre la pauvreté sur le plan local à La Réunion a permis d'utiliser des crédits exceptionnels, avec la mise en place d'actions innovantes, dont une est axée sur le volet illettrisme, ainsi que d'actions d'accompagnement des familles allophones autour de la scolarité des enfants et de l'accès aux droits²⁴⁸.

En matière de prévention et d'éducation à la santé, un certain nombre de mesures en cours, et des projets sont également prévus²⁴⁹, tels le programme Ma santé à l'école, à Mayotte, mis en place par le Village d'Eva dans le cadre du programme de santé de l'ARS.

Concernant la **protection de l'enfance**, les recrutements ont fortement augmenté ces dernières années, mais les moyens humains, financiers et matériels ne suffisent pas encore à accompagner le nombre important d'enfants à prendre en charge. Les services manquent de compétences spécifiques liées à la prise en charge des enfants et les professionnels se sentent insuffisamment soutenus dans leurs missions. Cette trop lente progression des recrutements embolise toujours les services et pèse sur la fluidité et la qualité des réponses apportées par les services publics²⁵⁰. La Guyane et La Réunion se sont engagées dans une contractualisation avec l'État afin d'accélérer la mise en œuvre de la prévention et de la protection de l'enfance dans leurs territoires et auprès des populations. **La Réunion souhaite ainsi développer les actions dans le domaine de la protection maternelle et infantile** en renforçant sa campagne d'information **afin d'atteindre 20 % d'entretiens psychosociaux dans les PMI et 100 % dans les écoles maternelles** et en déployant un dispositif expérimental avec un **bus prévention-action PMI** pour faciliter l'accès aux soins.

Une des difficultés de la mise en place de ces différents dispositifs est **l'articulation entre les différentes politiques publiques mises en place conjointement sur ces territoires** (liées à l'environnement, aux transports, au développement économique et à la santé et aux familles) qui nécessite **une disponibilité et une coordination importante des professionnels et experts sur les différents champs**. En effet, de nombreuses politiques sont travaillées en parallèle sur des territoires spécifiques aux ressources limitées.

b. L'exemple réussi des classes passerelles à la Réunion

Dans le paysage éducatif français, la **Classe passerelle** est **un dispositif original qui accueille des enfants de 2-3 ans avec leurs parents et assure une meilleure continuité entre famille et école**²⁵¹. Selon une logique inclusive, son ambition est d'identifier des leviers susceptibles de développer le sentiment d'appartenance dans cet espace pluridisciplinaire (enseignant, Atsem, EJE, parents, enfant...) et repérer des freins à la construction du collectif parents-école.

La classe passerelle, dispositif mixte associant service de la petite enfance et école, s'appuie sur une convention tripartite entre la Caf de La Réunion, l'Éducation Nationale et la municipalité d'accueil, qui répond à quatre objectifs :

- accompagner et faciliter la séparation parent-enfant à l'entrée à l'école ;
- accompagner et valoriser la fonction parentale ;

²⁴⁸ BCSSE, 2020, Stratégie pauvreté, un an après, *op. cit.*

²⁴⁹ Cnape, 2021, *La protection de l'enfance en Outre-mer – Pratiques et expériences innovantes*

²⁵⁰ Cnape, 2020, *op. cit.*

²⁵¹ Perales D., Chandon-Coq, M.-H. Rayna S., 2021, *Les passerelles, tout un art ! Crèches, centres de loisirs, écoles maternelles*, Erès.

- permettre aux parents de tisser des liens avec l'école pour pouvoir accompagner leur enfant tout au long de leur scolarité ;
- proposer à l'enfant un accompagnement personnalisé vers les premiers apprentissages, en respectant son développement.

Les effets attendus portent sur la réduction des écarts à l'entrée à l'école maternelle, par le développement des compétences de l'enfant, et notamment des compétences langagières, un accompagnement des parents à la scolarité de leur enfant, et un soutien à la fonction parentale.

Les classes passerelles : un dispositif de réussite éducative démontré, à essayer

À la Réunion, les évaluations des classes passerelles mettent en avant les effets positifs sur les jeunes enfants et leurs familles. Ce dispositif innovant permet de renforcer la relation parent – enfant, et famille – école et de donner confiance au parent et à l'enfant. L'évaluation du dispositif montre qu'il s'agit d'expériences aux effets pérennes. Le dispositif a notamment permis de renforcer le lien entre le parent et l'école dans une logique de coéducation. Il réaffirme le rôle des parents dans la scolarisation de l'enfant, et favorise la scolarisation des enfants les plus jeunes (entre 2, 3 et 6 ans). Les bénéfices vont au-delà du cadre purement scolaire, se répercutent sur la vie familiale et sociale, la parentalité est revalorisée, soutenue et éclairée par les rencontres avec d'autres parents et des professionnels du social ou de l'éducation qui construisent des liens autour des enfants. Elles permettent une socialisation progressive des enfants vers les structures éducatives, et une meilleure connaissance de l'école des familles dans des cadres plus informels que la classe. Les préjugés et appréhensions de part et d'autre se dépassent et des liens plus confiants s'instaurent.

Des familles témoignent : « *l'école passerelle nous a transformés* ». Les effets concernent également les professionnels qui œuvrent au sein du dispositif, qui sont amenés à réinterroger leur pratique. Enseignants, EJE et Atsem témoignent ainsi de leur évolution tout au long de leur expérience en classe passerelle.

L'enfant, en position de trait d'union, passe d'une sphère à l'autre, faisant le lien entre les différents codes, valeurs des deux milieux. Ce travail doit être entrepris conjointement par la sphère familiale et la sphère scolaire, chacune devant faire un pas vers l'autre afin de favoriser une compréhension mutuelle et construire ensemble une réelle coopération.

La classe passerelle permet aussi de rappeler le rôle des collectivités dans les projets de réussite éducative, dans l'établissement de liens avec des familles les plus fragiles, et la mise à disposition de moyens nécessaires et suffisants. Il s'agit de passer d'une relation d'injonction à une relation de coopération et de coconstruction sur la base d'un travail important d'étude et de réflexion autour des réalités réunionnaises pour mieux s'adapter aux besoins des familles.

L'exemple des classes passerelles pourrait inspirer les autres territoires ultramarins.

c. Un appui des réseaux associatifs locaux auprès des acteurs institutionnels pour la réussite des politiques publiques

Les moyens des institutions publics sont limités, aussi bien sur des aspects humains et financiers. Le dimensionnement de ces derniers conduit à une saturation des services publics sur les territoires ultramarins. Les vacances de poste chroniques accentuent la saturation.

En ce sens, les associations locales ont pris une place importante dans le paysage local. Que ce soit pour l'accompagnement des familles en difficultés, un appui directement auprès des enfants, ces dernières assurent parfois de réelles missions de services publics. Cela s'explique par une connaissance fine des besoins des populations locales, un maillage sur le territoire plus fin que les infrastructures institutionnelles et un regard parfois plus neutre qu'une institution publique.

L'indépendance par rapport à des injonctions publiques spécifiques permet aux acteurs associatifs une action plus libre et adaptée aux réalités locales et ainsi d'échanger de manière plus fluide avec les populations. Toucher le jeune enfant permet de travailler avec la famille et de favoriser le bien-être de chacun des membres de la famille.

Ainsi, sur Mayotte, les associations ont une place prépondérante dans la prise en charge de la santé des enfants.

En outre, les acteurs associatifs se positionnent en lien entre les acteurs institutionnels, sur des territoires se caractérisant par un déficit de concertation partenariale.

2. De nombreuses actions partenariales et associatives à Mayotte et en Guyane

À Mayotte, **le rôle des associations dans la scolarisation des enfants revêt une importance particulière.** Des associations familiales mettent en place des projets d'accompagnement à la parentalité afin de sensibiliser les familles à la scolarisation dès 3 ans²⁵² et l'Udaf, en lien avec les pouvoirs publics, développe également des actions concernant l'alimentation et l'accès à l'eau potable sur l'île.

La déclinaison de la stratégie pauvreté sur le territoire mahorais prévoit une réflexion autour de l'enfance et des droits essentiels, notamment concernant les règles d'inscription scolaire, et le renforcement du réseau de PMI et de la petite enfance. Il s'agit également de développer l'accompagnement à la scolarité et de mieux prendre en compte le décrochage scolaire²⁵³. Concernant le système de rotation actuellement mis en place pour faire face à la problématique du sureffectif, il est envisagé d'y mettre fin d'ici dix ans dans les classes du premier degré et d'organiser le temps scolaire hebdomadaire sur huit demi-journées, afin d'améliorer les apprentissages²⁵⁴.

La mise en place du **dispositif Ouvrir l'école aux parents pour la réussite des enfants (OEPRE)** qui se développe dans le 1^{er} degré propose un espace d'apprentissage aux parents autour de l'enseignement du français, des valeurs de la République et du fonctionnement du système scolaire et a pour objectif de les impliquer dans la scolarité de leur enfant²⁵⁵.

L'Éducation nationale constitue l'une des institutions les plus structurées et les plus présentes sur le territoire et dans ce contexte, elle est sollicitée bien au-delà de sa mission éducative. **L'académie a fait de la santé un axe stratégique de son projet.** Dans un territoire où pour un tiers des enfants, les parents ne sont pas allés à l'école, la forte augmentation du nombre d'enfants scolarisés aura des conséquences positives importantes.

²⁵² Unaf, *op. cit.*

²⁵³ BCSSE, 2020, *Stratégie pauvreté, un an après.*

²⁵⁴ BCSSE, 2020, *L'éducation à Mayotte, op. cit.*

²⁵⁵ *Idem.*

Face à l'urgence, de nouvelles formes de travail en commun s'imposent, on peut mentionner, le financement d'un **chariot médical de téléconsultation avec l'aide de la MGEN qui a permis à plus de 500 enfants scolarisés sportifs** de passer une visite médicale de contrôle organisée par le vice-rectorat.

Le Village d'Eva²⁵⁶ est une association qui se consacre depuis 2014 **au droit d'accès à l'école des élèves exclus du système scolaire ou en échec scolaire** à travers différents programmes (réussite éducative pour les 6/16 ans, accompagnement à l'inscription scolaire, éducation à la santé, accès à la culture, sensibilisation à l'environnement). L'association agit en particulier auprès des mineurs étrangers. Le Village d'Eva s'inscrit dans une dynamique forte avec les différents acteurs locaux, institutionnels, et privés pour remobiliser des projets et des partenariats.

En **Guyane**, la déclinaison de la stratégie de lutte contre la pauvreté prévoit dans l'une de ses priorités la prévention du décrochage scolaire des enfants résidant dans des territoires enclavés en réduisant les freins liés au transport²⁵⁷. Dans ce cadre, une dynamique de concertation partenariale avec les opérateurs locaux, les services de l'État et usagers a permis d'identifier des axes de travail concrets autour du transport scolaire fluvial, de l'accès à l'alimentation, ou du déploiement des services de la PMI sur l'ouest du territoire.

Afin de donner de meilleures conditions de réussite éducative aux élèves, plusieurs mesures ont été développées ces dernières années ou sont en projet. Tout d'abord, en matière d'**infrastructures**, des actions sont entreprises en faveur du bâti scolaire. Le Plan Guyane vise à construire des collèges et lycées et à augmenter la dotation aux communes pour la construction d'écoles (encore 10 et 15 millions d'euros sur dix ans). De plus, le plurilinguisme est davantage pris en compte, avec le **développement des intervenants en langue maternelle (ILM)** qui a doublé depuis la rentrée 2017, passant de 40 à 80. Ce dispositif « *globalement plébiscité aujourd'hui, vient compléter une offre de formation à l'enseignement bilingue ou plurilingue* »²⁵⁸ et vise à permettre à des élèves allophones de bénéficier d'un enseignement plus intensif dans la langue d'origine.

Apprentis d'Auteuil, dans le cadre de ses missions d'accompagnement des familles fragilisées, a développé aux côtés de différents partenaires ([ATD Quart-Monde](#), [l'École des Parents et des Éducateurs](#)...) le programme des « [Maisons des Familles](#) ». Ces structures expérimentales, treize à ce jour, inspirées d'un dispositif québécois, visent à offrir des **lieux d'écoute, de partage et d'entraide aux parents et aux enfants**. Il en existe trois dans les Drom : deux à la Réunion, ([Saint-Denis](#) et [Saint-Pierre](#)), et une à Cayenne.

À Mayotte, le **Secours Catholique Caritas France** développe également plusieurs actions en direction des enfants et des jeunes (centre Nyamba de Mamoudzou pour jeunes **déscolarisés** en situation irrégulière, **projet Alphabétisation et Jardin solidaire** de Chirongui dont un **pôle accès au droit** ouvert à toutes personnes françaises ou étrangères et **visites à domiciles** d'accompagnement des jeunes dans leurs familles pour recenser les besoins, les partenariats possibles et les souhaits des familles afin de les accompagner dans leurs projets au sein de leur environnement).

²⁵⁶ <https://www.levillagedeva.com/>.

²⁵⁷ BCSSE, 2020, *Stratégie pauvreté, un an après*.

²⁵⁸ Unicef-défenseur des droits, 2021, *op. cit.*

PROPOSITION 2 – LE HAUT CONSEIL ENCOURAGE LA MISE EN PLACE DE DISPOSITIFS INNOVANTS POUR FAVORISER LE LIEN ENFANT – PARENT – INSTITUTIONS PUBLIQUES

- Favoriser la concertation partenariale avec l'appui des acteurs associatifs pour réfléchir aux solutions répondant aux réalités des familles : formaliser les relations partenariales et les périmètres d'actions des différents acteurs.
- Renforcer la mise en place de dispositifs compensatoires innovants pour pallier les retards observés (classes passerelles, label Cité éducative, programme d'alimentation scolaire communautaire).

B. DES PISTES D'AMELIORATION POUR MIEUX COMPRENDRE, SCOLARISER ET SOIGNER LES ENFANTS

Au-delà de ces propositions globales, de rattrapage sur le moyen-long terme du droit commun par l'État et les institutions, et d'appui transitoire déterminé sur les dispositifs et les partenariats associatifs et privés, des pistes d'améliorations sont également indiquées concernant certains problèmes plus spécifiques. Ainsi, le présent rapport souhaite ouvrir quelques pistes concernant la santé et la scolarisation des enfants qui demanderont à être instruites dans le cadre d'un travail ultérieur.

La première concerne la nécessité de pouvoir connaître, et suivre de façon fiable la situation de scolarisation et de santé des enfants, or dans les deux cas²⁵⁹ les travaux montrent que les sources sont fragmentaires, discontinues ou difficiles à collecter.

PROPOSITION 3 – VISIBILISER LES DONNEES CONSOLIDEES SUR LES TERRITOIRES ULTRAMARINS

- Poursuivre le travail d'informatisation et de centralisation des données de suivi en termes de scolarisation et de santé au sein des services territoriaux des ARS et des Conseils départementaux et rectorats.
- Inciter les collectivités à recueillir des données sur le suivi de la scolarisation.

PROPOSITION 4 – POUR L'ECOLE : DES LOCAUX PROCHES DES COMMUNAUTES ET DES ENSEIGNANTS FORMES LOCALEMENT

Concernant la scolarisation, c'est un ensemble de mesures qu'il faut faire progresser pour améliorer et sécuriser l'accès et les conditions de la scolarisation, autour d'un axe structurant : la **proximité**²⁶⁰.

- Le maillage territorial des infrastructures scolaires révèle un manque d'adéquation entre l'implantation des établissements et les lieux où les besoins de scolarisation sont importants et croissants, notamment les quartiers populaires et informels. Face à « l'insuffisance du maillage

²⁵⁹ Voir partie IV.

²⁶⁰ Et notamment également le récent Rapport de l'Igas, 2021, *Renforcement de l'offre de soins en Guyane*, de Dr C.Gardel et J.Blondel (Igas) – P.Yvin (IGA) – P.Blemont (IGéSR).

territorial en infrastructures scolaires »²⁶¹, développer une couverture en services publics suffisante.

- Remédier à des **obstacles administratifs** en vertu du droit à l'éducation de tous les enfants : lever l'exigence de pièces administratives (que certaines familles ne peuvent produire)²⁶², et les refus de scolarisation, en application du décret n° 2020-811 du 29 juin 2020²⁶³.
- Développer pour les familles les **aides au recours à la scolarisation** de leurs enfants. La grande pauvreté des familles occasionne des difficultés chroniques d'accès à l'école liées au coût du transport ou aux responsabilités familiales assumées par certains enfants-aidants, qui génèrent notamment absentéisme ou retrait scolaire. Même quand l'offre scolaire existe, **l'accessibilité au transport scolaire** et son financement constituent un enjeu essentiel pour les familles concernées par l'éloignement domicile-école et par une forte précarité. Le recours à des transporteurs privés représente une charge financière très lourde et la longueur des trajets s'ajoute à la pénibilité de la journée continue. Les déplacements en pirogue ou pendant la saison des pluies peuvent être dangereux. Certains parcours sont risqués par les mauvaises rencontres qu'on peut y faire. S'attacher à résoudre les problèmes transversaux et globaux d'accessibilité aux services est une condition de la scolarisation effective des enfants.
 - Développer des services publics de transports scolaires sûrs (bus notamment).
 - Tenir compte de la saison des pluies et équiper les voies de circulation quotidiens des enfants d'abribus.
 - Sécuriser les déplacements des enfants (et notamment, les violences dans les transports et aux abords des établissements).
 - Développer la mise à disposition de douche dans les établissements scolaires et proposer des vêtements pour se changer (compte tenu des temps de transport et des conditions climatiques).
 - Proposer au moins une collation par jour, souvent le seul repas de la journée.

PROPOSITION 5 – POUR LA SANTE : VALORISER LA PREVENTION ET LES SOINS LOCAUX : PMI ET PERINATALITE, SANTE SCOLAIRE

- Concernant la santé des enfants, **le bilan de santé à 4 ans ouvert par la scolarisation à 3 ans** peut représenter un vecteur universel de suivi, de détection, de prévention de tous les enfants, et de dialogue autour de la santé avec leur famille.

²⁶¹ Unicef-défenseur des droits, 2021 *op. cit.*

²⁶² Le « refus guichet » ou « refus de guichet » correspond à un refus opposé au guichet (verbal) par un agent public d'enregistrer une demande ou d'instruire un dossier. Il peut s'agir ici de refus d'inscription à l'école formulés à la mairie pour le 1^{er} degré ou au Casnav pour le second.

²⁶³ Le décret précise les pièces qui peuvent être demandées aux personnes responsables d'un enfant de 3 à 16 ans à l'appui d'une demande d'inscription sur la liste des enfants de la commune soumis à l'obligation scolaire que le maire doit établir chaque année à la rentrée scolaire.

- Au-delà, l'accès au suivi de santé des enfants, à tout âge, passe inévitablement, comme la scolarisation, par **la proximité** : la PMI, la santé scolaire, l'offre locale institutionnelle appuyées et relayées par et avec les associations et les ONG, et au travers de médiations.
 - **Développer et sécuriser la vaccination.**
 - Évaluer la couverture vaccinale des 0-6 ans sur l'ensemble du territoire.
 - Redonner les moyens d'une politique « de prévention afin de renforcer la prestation de service au dernier kilomètre » par des bus médicosociaux itinérants, la formations d'agents de santé communautaire, et en Guyane, le recours accru aux médiateurs en santé formés sur place.
 - **Renforcer la santé scolaire.** Le HCFEA ne peut que souscrire à la « *Préconisation n° S5 du HCSP : Renforcer les ressources matérielles et humaines de la santé scolaire* » et ce tant en Guyane qu'à Mayotte. Au-delà, il pointe les recommandations du HCSP qui visent à améliorer la santé de l'enfant (voir encadré).
 - Développer la prévention en première urgence par **la médiation en santé**

Face à la nécessité d'intervenir dès aujourd'hui pour prévenir et prendre en charge les besoins de santé des enfants dans un contexte où il y a pénurie, inaccessibilité et non-recours à toute une partie essentielle, et parfois vitale, de l'offre en santé, en lien avec les préconisations de nombreux rapports et la réalité des actions associatives, privées et partenariales à côté et en complément indispensable des actions institutionnelles de long terme il convient de **soutenir les actions communautaires de santé**. Le Haut Conseil souscrit, en particulier, à la préconisation n° S23 du HCSP : « *Les actions de soutien communautaires étant essentielles à la prévention en santé mentale, les initiatives associatives portant sur ces thèmes doivent être encouragées et évaluées. Le HCSP recommande de : Favoriser les programmes engageant la solidarité locale et la médiation santé ; appuyer les initiatives de participation communautaire avec les associations gestionnaires de programmes intégrant différents axes de la prévention des mises en danger des jeunes ; le programme BEPI (Bien-Etre des Populations de l'Intérieur de Guyane)²⁶⁴ s'inspire de cette démarche ; privilégier les démarches d'"aller vers" et les partenariats inter-associatifs ; pluri-annualiser les budgets associatifs (éviter les ruptures de programmes)²⁶⁵ ».*

Préconisations du HCSP en faveur de la santé et scolarisation de l'enfant

Préconisation n° S23 : les actions de soutien communautaires étant essentielles à la prévention en santé mentale, les initiatives associatives portant sur ces thèmes doivent être encouragées et évaluées.

Préconisation n° S5 : renforcer les ressources matérielles et humaines de la santé scolaire pour consolider la dynamique impulsée en réponse aux besoins du territoire.

²⁶⁴ Programme en santé communautaire de financement et d'accompagnement des porteurs de projets de promotion de la santé. Une attention particulière a été portée sur les propositions prioritaires en matière de santé, d'éducation, de formation et d'accès aux droits sociaux. Financé par l'ARS de Guyane et porté par le Groupe SOS Jeunesse, le programme concerne les communes de Maripasoula et Camopi.

²⁶⁵ HCSP, 2021, *Les inégalités de santé en Guyane : état des lieux et préconisations*.

Préconisation n° S7 : renforcer la coordination des actions sanitaires et sociales concernant la mère et l'enfant dans le cadre d'un partenariat renforcé entre l'État et la collectivité territoriale de Guyane (CTG).

Préconisation n° S16 : lutter contre toutes les formes de violences envers les enfants et les femmes. Écoute téléphonique gratuite 7/7. Désigner dans les CDPS un référent pouvant recevoir une plainte, en lien avec les Intervenants sociaux en gendarmerie. Augmenter les capacités d'hébergement des (dont bassin du Maroni). Conduire l'enquête Virage. Poursuivre la sensibilisation des jeunes.

Préconisation n° S17 : une ambition forte : chaque femme enceinte, où qu'elle réside en Guyane, doit bénéficier d'une visite prénatale au cours du premier trimestre de grossesse... Dans le cadre d'une coordination des centres de PMI et des CDPS, créer des équipes mobiles allant vers les femmes éloignées de la prévention et des soins. Développer le transport sanitaire agréé et gratuit pour les femmes enceintes, dont pirogue.

Préconisation n° S25 : améliorer la couverture vaccinale (CV) en coordonnant mieux les différentes institutions compétentes en matière de vaccination, et penser la politique vaccinale dans le contexte régional. De façon générale, mieux impliquer les centres de PMI et les CDPS, avec l'appui de la santé scolaire et des médecins libéraux dans les grandes villes littorales.

Préconisation n° S27 : construire un système d'information apte à décrire les inégalités de santé sur le territoire et à évaluer l'impact des actions entreprises pour les réduire.

Préconisation n° O37 : assurer une formation sur l'histoire, la géographie, la démographie et les cultures des populations habitant la Guyane pour tous les fonctionnaires d'État et hospitaliers prenant un poste sur le territoire ainsi que pour les contractuels recrutés dans ces services.

Préconisation n° O38 : améliorer l'accès à l'eau potable en Guyane.

Préconisation n° O39 et O40 : lutter contre l'intoxication par le mercure des populations du Haut Maroni et du Haut Oyapock (2) et par le mercure des habitants du Haut Maroni et du Haut Oyapock.

Préconisation n° O41 : assurer l'accès à une alimentation de bonne qualité nutritionnelle des enfants scolarisés dans l'enseignement primaire et secondaire.

Un tiers des enfants seulement étant couverts par la restauration scolaire en Guyane : favoriser l'ouverture de petites cantines scolaires locales bénéficiant de circuits courts. Promouvoir au voisinage des établissements, les services d'« assistantes familiales d'alimentation scolaire » agréées par la CTG.

Préconisation n° O42 : intégrer la dimension nutritionnelle dans la constitution du bouclier qualité prix (BQP) et dans la révision de l'octroi de mer.

Préconisation n° O43 : encourager les comportements favorables à la santé par le développement de jardins communautaires, des interventions de proximité par les pairs et un soutien ciblé pour les familles des catégories défavorisées.

Préconisation n° O45 : participer à la prochaine enquête nationale périnatale en ajoutant un volet adapté aux aspects spécifiques du territoire guyanais, et notamment l'étude des grossesses adolescentes.

PROPOSITION 6 – SCOLARISER PLUS LONGTEMPS POUR REDUIRE LE NOMBRE DES GROSSESSES ADOLESCENTES

- Compte tenu de l'impact de la **maternité précoce** et en particulier adolescente sur l'activité, la santé, le parcours de la mère et de l'enfant, et de l'effet de la scolarité sur le recul de l'âge de la première grossesse, il paraît essentiel de **soutenir les actions de scolarisation des filles**, surtout dans les circonstances de **décrochage**, qui favorisent la première grossesse parfois vécue comme alternative aux études et à l'emploi.
- Outre les actions de prévention des grossesses adolescentes, y compris dans les écoles, les **actions fortes d'accompagnement et de suivi des mères** en cas de **grossesse précoce** sont essentielles pour la santé de la mère comme de l'enfant.

PROPOSITION 7 – TRAVAILLER SUR L'ATTRACTIVITE DES TERRITOIRES POUR FACILITER LE RECRUTEMENT DES PROFESSIONNELS.

- Comblent le déficit de personnel en service de PMI.
- Parer au *turn-over* et à l'épuisement des personnels en construisant une mémoire des pratiques par des recommandations écrites.
- Former grâce au CNFPT les professionnels de PMI pour acculturer les personnels issus d'autres contextes à ces recommandations et aux enjeux du multiculturalisme.

PROPOSITION 8 – MODELISER, EVALUER ET MUTUALISER LES ACTIONS INNOVANTES QUI FONCTIONNENT :

- Examiner la pertinence et possibilité d'adapter et essayer des dispositifs compensatoires innovants existants (de type classes passerelles...).
- En Guyane, créer un **pôle santé jeune** au sein du rectorat par la mise en place d'une coordination.
- Favoriser l'intervention d'intervenants dès l'école primaire, compétents sur les violences intrafamiliales et santé sexuelles et reproductives (et notamment les conseillères conjugales).
- Créer des permanences Santé sexuelles et reproductives assurées par des sages-femmes dans les structures scolaires, en capacité d'accompagner les sujets violences.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence d'urbanisme et de développement de la Guyane (Audeg), Observatoire de l'habitat de la Guyane, 2018, *L'urbanisation spontanée en Guyane : recensement du phénomène en 2015*, Synthèse d'étude, n° 6, novembre. Ob-Hab_6.pdf (Audeg.fr).
- Aouba A., Boulogne R., Danet S., Gonzalez L., Jouglu É., Rey G., 2012, La mortalité infantile dans les départements français d'outre-mer (2000-2018), *Études et résultats*, n° 808, Drees.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-mortalite-infantile-dans-les-departements-francais-doutre-mer-0>.
- Audoux L., Mallemanche C., Prévot P., 2020, Une pauvreté marquée dans les DOM, notamment en Guyane et à Mayotte, *Insee Première*, n° 1804, juillet.
- Baccaïni B., de Lapasse B., Lebeauvin F., Monso O., 2014, Le retard scolaire à l'entrée en 6^e : plus fréquent dans les territoires les plus défavorisés, *Insee Première*, n° 1512, septembre.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281332>.
- Barbail A., Mariotti E., Parenton F., Youssouf H., 2018, La situation périnatale à Mayotte en 2016 : principaux résultats de l'Enquête nationale périnatale (ENP) et de son extension, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 1, janvier 2020, p. 14-27. Santé publique France.
<https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/article/2020/la-situation-perinatale-a-mayotte-en-2016-principaux-resultats-de-l-enquete-nationale-perinatale-enp-et-de-son-extension>.
- Bardot M., 2019, *La santé des jeunes à la Réunion, Tableau de bord*, Observatoire régional de la santé océan indien, la Réunion, Agence de santé océan indien, 48 p. https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/orsoi_tb_sante_jeunes_reunion_2019.pdf.
- Bas P., Darnaud M., Fichet J.-L., Joissains S., Mohamed Soilihl T., au nom de la commission des lois, 2020, *Pour une grande loi Guyane : 52 propositions*, Rapport d'information, n° 337, 2019-2020. Pour une grande loi Guyane : 52 propositions - Sénat (senat.fr).
- Réart G., 2020, Éditorial. D'abord les faits ; *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 2-3, janvier.
http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/2-3/2020_2-3_0.html.
- Bureau de la cohésion sociale, de la santé et de l'enseignement (BCSSE), 2020, Éducation nationale en Outre-mer, DGOM.
- BCSSE, 2020, L'éducation à La Réunion, DGOM.
- BCSSE, 2020, L'éducation à Mayotte, DGOM.
- BCSSE, 2020, L'éducation en Guyane, DGOM.
- BCSSE, 2020, Stratégie pauvreté, un an après, DGOM.
- BCSSE, 2019, La situation de la jeunesse ultramarine, DGOM.
- BCSSE, n.d., Violences faites aux enfants dans les Outre-mer, DGOM.
- Carvalho L., Belliaro S., Andrieu A., de Maria F., Chatignoux E., 2020, Incidence et mortalité des cancers en Guyane, 2007-2014. Synthèse de l'état des connaissances, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 36-37, décembre. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/36-37/2020_36-37_5.html.
- Chay M., Mouhoussoune S., Délégation à l'Outre-mer, 2020, L'accès aux services publics dans les outre-mer, *Les études du conseil économique, social et environnemental*, Cese, 114 p.
<https://www.lecese.fr/travaux-publies/laces-aux-services-publics-dans-les-outre-mer>.
- Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), 2017, *Droits des étrangers et droit d'asile dans les outre-mer. Cas particuliers de la Guyane et Mayotte*, avis adopté le 26 septembre 2017.
- Condon S., Dauphin S., Dupuis J., l'équipe de l'enquête Virage dans les Outre-mer, 2019, *Violences envers les femmes dans les espaces publics, au travail et dans les couples à La Réunion Premiers résultats de l'enquête Virage dans les Outre-mer*, Institut national d'études démographiques (Ined) 18 p. [virage_dom_reunion.fr.pdf](http://virage_dom_reunion.fr/pdf) (ined.fr).

- Condon S., Dauphin S., Dupuis J., l'équipe de l'enquête Virage dans les Outre-mer, 2021, *Les femmes sur l'Île de La Réunion fortement exposées aux violences pendant l'enfance et l'adolescence*, Population et sociétés, n° 592, Institut national d'études démographiques (Ined).
- Conseil économique, social et environnemental de Mayotte (Cesem), 2017, *L'école de la République à Mayotte : une exigence d'égalité*.
- Conseil économique, social et environnemental, 2020, *L'accès aux services publics dans les Outre-mer*.
- Convention internationale relative aux droits de l'enfant (Cide), 1989, Texte intégral.
- Convention nationale des associations de protection de l'enfant (Cnape), 2020, *La protection de l'enfance en Outre-mer – État des lieux et phénomènes émergents*, Rapport, octobre. https://www.cnape.fr/documents/cnape_rapport_outre-mer_novembre-2020/.
- Cour des comptes, 2019, *Département de Mayotte - Aide sociale à l'enfance. Exercices 2016 et suivants*, Rapport, 43 p. RER2019-146.pdf (ccomptes.fr).
- Cour des comptes, 2020, *Rapport Le système éducatif dans les académies ultramarines*, 10 décembre 2020, Rapport, 109 p.
- Défenseur des droits, 2020, *Établir Mayotte dans ses droits*, Rapport.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), 2019, *Le revenu de solidarité active, Minima sociaux et prestations sociales*, p. 168 à 175. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/22-15.pdf>.
- Drees, 2020, *Panorama 2020*, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/panorama/>.
- L'état de santé de la population en France - Rapport 2017
- Drees, Fourcade N., von Lennep F. (Drees), Grémy I. et Bourdillon F. (Santé publique France) (dir.) Luciano L. et Rey S. (Drees), Bauchet E., Grémy I. et Vernay M. (Santé publique France) (coord.) et al., *L'état de santé de la population en France - Rapport 2017*
- Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Depp), 2020, *Repères et références statistiques, 2020*.
- Dubost C.-L., 2018, *En outre-mer, une santé déclarée moins bonne qu'en métropole, surtout pour les femmes*, *Études et Résultats*, n° 1057, Drees. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/en-outre-mer-une-sante-declaree-moins-bonne-que-metropole-surtout>.
- Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors) pour la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), 2017, *Profils régionaux*, in *L'état de santé de la population en France*, Rapport 2017, Santé publique France, p. 340 à 425. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Profils%20r%C3%A9gionaux.pdf>.
- Guignon N., Niel X., 2003, *L'état de santé des enfants de 5 - 6 ans dans les régions - Les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire*, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) (solidarites-sante.gouv.fr).
- Haut Conseil de la santé publique (HCSP), 2021, *Les inégalités de santé en Guyane : état des lieux et préconisations*, Préconisation n° S26.
- Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), rapport transversal, 2022, *Diversité et précarité : le double défi des univers ultramarins*, par Marie C.-V. et Antoine R.
- HCFEA, rapport, Conseil de la famille, 2022, *L'action sociale de la branche famille et l'aide sociale à l'enfance dans les Drom*.
- Igas, Blemont P., Blondel J., Gardel C., Yvin P., 2021, *Renforcement de l'offre de soins en Guyane*, *rapport de l'Igas*, 158 p. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2020-066r_guyane.pdf
- Igas, Fauchier-Magnan E., Fenoll B., 2021, *La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France*, *rapport de l'Igas*, mai 2021, <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article821>
- Institut d'émission des départements d'outre-mer (ledom), 2020, *Mayotte 2019*, 155 p. https://www.iedom.fr/IMG/rapport_annuel_iedom_mayotte_2019/.

- Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), 2017, *Une pauvreté marquée dans les Dom, notamment en Guyane et à Mayotte*, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4622377#tableau-figure1>.
- Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), 2019, *Estimation de population*, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>.
- Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), 2020, *Estimation de population, résultats provisoires*, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>.
- Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), 2021, *Dossier complet. Département de la Guyane (973)*.
- Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), 2019, Flash Antilles Guyane, *Lettre n° 131*, août. <https://www.insee.fr/fr/information/2416256>.
- La Défenseure des droits, Rapport d'activité 2008, in Sueur J.-P., Cointat C., Desplan F., 2012, *Mayotte : un nouveau département confronté à de lourds défis*, rapport d'information, fait au nom de la commission des lois n° 675 (2011-2012).
- [Le Figaro avec AFP](http://www.lefigaro.fr), 2020, *En Guyane, une ordonnance « historique » pour le droit à la scolarisation*, www.lefigaro.fr, 3 novembre 2020.
- Longuet G., 2020, *L'enseignement scolaire en Outre mer : des moyens à mieux adapter à la réalité des territoires*, rapport d'information n° 224 (2020-2021), fait au nom de la commission des finances, Sénat.
- Peyron M., 2019, *Pour sauver la pmi, agissons maintenant !*, avec Jacquy-Vazquez B. (Igas), Loulergue P. (Igas), Poissy C. (collaboratrice parlementaire), rapport parlementaire, mars 2019
- Robin, M., 2020, *Quatre Réunionnais sur dix sont en situation de privation matérielle et sociale* ». Enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie en 2018, *Insee Analyses Réunion*, n° 53, 17 décembre 2020, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4996404>
- Malbert T., M'trengoueni M., 2019, *Familles et écoles à Mayotte : entre tradition musulmane et rapport à la laïcité*, Communication dans un congrès, Institut coopératif austral de recherche en éducation (Icare). *Familles et écoles à Mayotte : entre tradition musulmane et rapport à la laïcité* - Archive ouverte HAL (archives-ouvertes.fr).
- Marie C.-V., 2020, *Les DOM à l'horizon 2030 – Entre migrations, vieillissement et précarité : quel projet de société ?*, Note de travail, Commissariat général à la stratégie et à la prospective, 26 p., <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/contribution-fr10a-claude-valentin-marie21.pdf>.
- [Mayot, L.](http://www.lemonde.fr), 2019, *En Guyane, la scolarisation obligatoire à 3 ans met les écoles sous pression*, www.lemonde.fr.
- Merceron S., 2020, *Les inégalités de niveau de vie se sont creusées. Revenus et pauvreté à Mayotte en 2018*, *Insee Analyses Mayotte*, n° 25.
- Mestre C., Mouchenik Y., 2008, *Les violences faites aux mémoires*, *L'Autre*, 2008/2 (vol. 9), p. 165-166. DOI : 10.3917/lautr.026.0165. URL : <https://www.cairn.info/revue-l-autre-2008-2-page-165.htm>.
- Perales D., Chandon-Coq, M.-H. Rayna S., *Les passerelles, tout un art ! Crèches, centres de loisirs, écoles maternelles*, Erès, 2021
- Programme alimentaire mondial, 2013, *La situation de l'alimentation scolaire dans le monde 2013*, 144 p. wfp268196.pdf.
- Richard J.-B., Balicchi J., Mariotti E., Pradines N., Beck F., 2015, *Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 - La Réunion*, *Baromètres santé*, Santé publique France, 12 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/2015/premiers-resultats-du-barometre-sante-dom-2014-la-reunion>.
- Rivière D., Ronai E., 2017, *Combattre les violences faites aux femmes dans les Outre-mer*, Avis, Conseil économique, social et environnemental (Cese), 242 p. 2017_09_violences_femmes.pdf (lecese.fr).
- [Roger P.](http://www.lemonde.fr), 2021, *Mayotte, département français toujours en quête d'identité*, www.lemonde.fr, 2 avril 2021.

- Santé publique France (SPF), 2019, *État des lieux des niveaux de couverture vaccinale en Guyane*, septembre 2019.
- Santé Publique France, 2020, *Antilles, Guyane : promouvoir la santé de la mère et de l'enfant*, La santé en action, n° 451, 52 p..
<https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/magazines-revues/2020/la-sante-en-action-mars-2020-n-451-antilles-guyane-promouvoir-la-sante-de-la-mere-et-de-l-enfant>.
- Thibault P., 2020, Familles avec enfant(s) mineur(s) à Mayotte en 2017 : Beaucoup de familles nombreuses, *Insee Flash Mayotte*, n° 100, janvier 2020. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4276994>.
- Unicef-Défenseur des droits, 2021, Guyane : les défis du droit à l'éducation, *Études et Résultats*, juillet 2021 (defenseurdesdroits.fr).
- Union nationale des associations familiales (Unaf), union départementale des associations familiales (Udaf), union régionale des associations familiales (Uraf), 2020, *Scolarisation et accès à la santé des enfants de moins de 6 ans – La Réunion, Mayotte, La Guyane*, Document de travail, 11 p.
https://www.unaf.fr/IMG/pdf/scolarisation_et_acces_a_la_sante_des_enfants_de_moins_de_6_ans.pdf.

LISTE DES ABREVIATIONS

- AESH : Accompagnants des élèves en situation de handicap.
- AFP : Agence France presse.
- Amafar : Association des maisons de la famille de la Réunion.
- AME : Aide médicale d'État.
- ARS : Agence régionale de santé.
- ASE : Aide sociale à l'enfance.
- Asip : Agence numérique de santé.
- Atsem : Agent territorial spécialiste des écoles maternelles.
- Audeg : Agence d'urbanisme et de développement économique de la Guyane.
- B4 : visite médicale organisée par l'école maternelle, pour tous les enfants âgés de 3 à 4 ans.
- BCG : vaccin bilité de Calmette et Guérin (contre la tuberculose).
- BCSSE : Bureau de la cohésion sociale, de la santé et de l'enseignement.
- BEH : le Bulletin épidémiologique hebdomadaire.
- Bepi : Bien-être des populations de l'intérieur de Guyane.
- BQP : Bouclier qualité prix.
- Cada : Centre d'accueil de demandeurs d'asile.
- Caf : Caisse d'allocation familiale.
- CASF : Code de l'action sociale et des familles.
- Casnav : Centres académiques pour la scolarisation des élèves allophones nouvellement arrivés et des enfants issus de familles itinérantes et de voyageurs.
- CCMSA : Caisse centrale de mutualité sociale agricole.
- CDD : Contrat à durée déterminée.
- CDPS : CeNntre décentralisé de prévention et de soins.
- CE1 : Cours élémentaire 1^{re} année.
- Cesc : Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.
- Cesem : Conseil économique, social et environnemental de Mayotte.
- Cese : Conseil économique, social et environnemental.
- CGedd : Conseil général de l'environnement et du développement durable.

CGefi : Contrôle général économique et financier.

CGSS : Caisse générale de sécurité sociale.

CH : Centre hospitalier.

CHM : Centre hospitalier de Mayotte.

Cide : Convention internationale relative aux droits de l'enfant.

CM2 : Cours moyen 2^e année.

CMU : Couverture maladie universelle.

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire.

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Cnape : Convention nationale des associations de protection de l'enfant.

CNCDH : Commission nationale consultative des droits de l'homme.

CNFPT : Centre national de la fonction publique territoriale.

CP : Cours préparatoire

CPMI : Centres de protection maternelle et infantile.

CTG : Collectivité territoriale de Guyane.

CV : Couverture vaccinale.

Dasen : Directeur académique des services de l'Éducation nationale.

Depp : Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance.

DGOM : Direction générale des Outre-mer.

Dom : Départements d'outre-mer.

Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Drom : Départements et régions d'outre-mer.

DTCaP : vaccins tétravalents (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite).

DTP : vaccin combiné (diphtérie, tétanos, poliomyélite).

EAJE : Etablissement d'accueil du jeune enfant.

EJE : Educateur de jeunes enfants.

ENP : Enquête nationale périnatale.

EOL : Expression orale libre.

Espe : Ecoles supérieures du professorat et de l'éducation.

EY : désigne l'organisation mondiale des sociétés membres d'*Ernst & Young* Global Limited cabinet d'audit.

FJ : vaccin contre la fièvre jaune

Fnors : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé.

HCFEA : Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge.

HCFP : Haut Conseil des finances publiques.

HCSP: Haut Conseil de la santé publique.

HIB: vaccin contre *Hæmophilus influenzae* de type b.

HPV: vaccin contre le papillomavirus humain.

Icare: Institut coopératif austral de recherche en éducation.

Iedom : Institut d'émission des départements d'outre-mer.

IGA : Inspection générale de l'administration.

Igas : Inspection générale des affaires sociales.

IGéSR : Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche.

ILM : Intervenants en langue maternelle.

Ined : Institut national d'études démographiques.

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques.

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

Inspé : Instituts nationaux supérieurs du professorat et de l'éducation.

IVG: Interruption volontaire de grossesse.

JDC : Journée défense et citoyenneté.

JNAI : Journées nationales d'action contre l'illettrisme.

LAEP : Lieu d'accueil enfants-parents.

MGEN : Mutuelle générale de l'Éducation nationale.

Menj : Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse.

Mesri : Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation.

MNA : Mineur non accompagné.

MFV-Mayotte : enquête Migration-famille-vieillessement, volet Mayotte

OEPRE : Ouvrir l'école aux parents pour la réussite des enfants.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

ONG : Organisation non gouvernementale.

ORSG : Observatoire régional de santé de Guyane.

PAF : Police aux frontières.

Pars : Prestation accueil restauration scolaire.

Pers : Prestation exceptionnelle de restauration scolaire.

Pial : Pôles inclusifs d'accompagnement localisés.

PMI : Protection maternelle et infantile.

PRSE : Plan régional santé environnement.

REP : Réseau d'éducation prioritaire.

REP+ : Réseau d'éducation prioritaire renforcé.

ROR : vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.

RP : Recensement de la population.

RPPS : Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé.

RSA : Revenu de solidarité active.

RSI : Régime social des indépendants.

Sdef : Schéma départemental de l'enfance et de la famille.

SPF : Santé publique France.

Uaped : Unité d'accueil pédiatrique enfants en danger.

Udaf : Union départementale des associations familiales.

Unaf : Union nationale des associations familiales.

Unicef : United Nations International Children's Emergency Fund, en français Fonds des Nations unies pour l'enfance.

Uraf : Union régionale des associations familiales.

URPS : Unions régionales des professionnels de santé.

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine.



Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bienveillance, dans une approche intergénérationnelle.

RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :

www.hcfea.fr



Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie (www.strategie.gouv.fr)

Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP