



ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITE PUBLIQUE
PAR DECRET DU 24.01.1989



RAPPORT D'ÉVALUATION
sur l'ACCÈS aux SOINS

MISSION MAYOTTE

15 janvier – 15 juin 2007

Octobre 2007

Rapport rédigé par :

- Dr Stéphanie Lafarge, coordinatrice médicale
- Sophie LOUYS, co-responsable de mission, sage femme
- Dr Gilbert POTIER, responsable de mission
- Sophie POISSON, responsable desk Coordination Mission France
- Dr Chantal MANNONI, STAO

Merci à l'ensemble des patients qui ont accepté de répondre à notre questionnaire.

Merci à l'ensemble des bénévoles qui ont soutenu l'implantation de la mission MDM à Mayotte et la maintiennent.

Merci à l'ensemble des partenaires locaux.

SOMMAIRE

ACRONYMES	4
INTRODUCTION	6
1. METHODE DE TRAVAIL SUIVIE	6
1.1. CONSTITUTION D'UN RESEAU INTERPROFESSIONNEL	6
1.2. MISE EN PLACE DE L'OBSERVATOIRE DE L'ACCES AUX SOINS	7
1.3. LES FOCUS GROUPE & LES ENTRETIENS INDIVIDUELS	8
2. LES ACTIONS MENEES PAR MEDECINS DU MONDE	8
2.1. CONSTITUTION DU RESEAU	8
2.1.1. <i>Professionnels de santé</i>	8
2.1.2. <i>Institutions</i>	9
2.1.3. <i>Associations</i>	11
2.2. ACTIVITES DU RESEAU	12
2.2.1. <i>Comité de pilotage</i>	12
2.2.2. <i>Groupes de travail</i>	13
2.2.3. <i>Actions de terrain</i>	14
2.2.4. <i>Bénévolat</i>	15
2.3. LES RESULTATS DE L'OBSERVATOIRE DE MDM	15
2.3.1. <i>Limites et avantages de l'Observatoire</i>	15
2.3.1.1. <i>Les limites</i>	15
2.3.2. <i>Les résultats des données recueillies</i>	17
2.3.3. <i>Caractéristiques sociales des patients reçus</i>	17
2.3.4. <i>Accès aux soins des patients reçus</i>	24
2.3.5. <i>Etat de santé des patients reçus</i>	29
2.3.6. <i>Focus sur des publics spécifiques</i>	35
3. DOCUMENT DE SYNTHESE ET PERSPECTIVES A MAYOTTE, PRESENTE AUX PARTENAIRES EN SEPTEMBRE 2007	39
3.1. CONTEXTE	40
3.2. POURQUOI MDM EST ALLE A MAYOTTE :	41
3.3. LES OBJECTIFS DU PROJET:	41
3.4. LA PREMIERE PHASE DU PROJET	41
3.5. CE QUE MDM A REALISE DU 15 JANVIER AU 15 JUI	42
3.6. RESULTATS DES CONSULTATIONS ENTRE LE 5 MARS ET LE 29 MAI 2007 :	43
3.7. POURQUOI MDM DOIT RESTER A MAYOTTE	47
3.8. PROPOSITION POUR LA SUITE DU PROJET	47
3.9. LES ASSOCIATIONS PARTENAIRES	49

ACRONYMES

AEH	Allocation Enfant Handicapé
APREDEMA	Association pour la Prévention de la Délinquance à Mayotte
AGD	Affection Grave et Durable
ALD	Affection Longue Durée
AME	Aide Médicale Etat
API	Allocation Parent Isolé
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CAF	Caisse d'Allocation Familiale
CASO	Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation
CAT	Centre d'Aide par le Travail
CCCC	Coordination pour la Concorde, la Convivialité et la Paix
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDM	Collectivité de Mayotte
CESEDA	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
CHM	Centre Hospitalier de Mayotte
CIMADE	Comité inter mouvement auprès des évacués (service œcuménique)
CIRE	Cellule InterRégionale d'Epidémiologie
CISP	Classification Internationale en Soins Primaires
CMU	Couverture Médicale Universelle
COTES	Comité Territorial d'Education pour la santé
CRA	Centre de Rétenion administrative
CREC	Commission Révision Etat Civil
CSM	Centre de Santé Mentale
CSP	Code de Santé Publique
CSSM	Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte
CTAD	Conseil Territorial d'Accès au Droit
CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DASS	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
DOM	Département Outre Mer
DSDS	Direction de la Santé et du Développement Social
ESI	Etranger en situation irrégulière
HDT	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
HO	Hospitalisation d'Office
HTA	Hyper Tension Artérielle
IFSI	Institut de Formation aux Soins Infirmiers
INSEE	Institut National de Statistiques et Etudes Economiques
INVS	Institut National de Veille Sanitaire
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MdM	Médecins du Monde
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAF	Police de l'air et des frontières

PMI	Protection Maternelle et Infantile
RAA	Rhumatisme Articulaire Aigu
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SA	Semaines d'Aménorrhées
SIS	Système d'Information Sanitaire
SOSM	Schéma d'Organisation Sanitaire de Mayotte
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
STOS	Schéma Territorial d'Organisation Sanitaire
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Alertés par des soignants de l'île et de nombreux articles de presse nationale ou régionale faisant l'écho de difficultés d'accès aux soins concernant des populations immigrées à Mayotte depuis la fin de la gratuité des soins (survenue le 1^{er} avril 2005), Médecins du Monde a conduit une mission exploratoire du 11 au 26 janvier 2006 à Mayotte,

A la suite de cette première étape, il a été décidé de conduire une mission d'évaluation de 6 mois, qui a donc débuté le 15 janvier 2007. L'objectif était de faire un état des lieux de l'accès aux soins pour les populations en situation de précarité, sur le modèle de l'Observatoire de l'Accès aux soins métropolitain. C'est un outil essentiel de connaissance des populations rencontrées par les équipes de MdM en France, permettant de faire le lien entre leurs conditions de vie, leur environnement et leur état de santé, d'observer les discriminations dans l'accès aux soins, les dysfonctionnements des dispositifs et d'en témoigner.

Nous avons donc recueilli sur cette première mission les principaux obstacles d'accès aux soins avant d'envisager les possibilités d'amélioration en direction des populations précaires.

1. METHODE DE TRAVAIL SUIVIE

Pour conduire cette mission d'évaluation, nous avons travaillé selon 2 axes principaux :

- la constitution d'un réseau de professionnels
- la création de l'Observatoire de l'accès aux soins

1.1. Constitution d'un réseau interprofessionnel

Dès notre arrivée, nous avons cherché à rencontrer l'ensemble des professionnels socio-sanitaires, sur un volet institutionnel, un volet associatif et enfin sur un volet plus individuel ; l'objectif étant de présenter notre mission et d'identifier des partenariats utiles à notre installation et surtout à notre bonne compréhension de la situation mahoraise.

Les premiers contacts ont été pris avec la Délégation Océan Indien de MDM, puis se sont prolongés tout au cours de la mission, selon les disponibilités des acteurs.

Ainsi, nous avons rencontré :

➤ Des institutions :

- Le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM)
- La Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS)
- Le Conseil Général, et notamment la DSOS
- Le Conseil de l'Ordre des Médecins de Mayotte

- La Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte
- Les Mairies de Mamoudzou et de Koungou
- La Préfecture
- Le Tribunal de première instance (TPI)
- La Police Nationale
- Les Pompiers
- Les infirmières et assistantes sociales du vice rectorat
- Le Comité Territorial d'Education pour la santé (COTES)
- L'Apredema

➤ **Des associations :**

- La Croix Rouge Française
- Solidarité Mayotte
- La Coordination pour la Concorde, la Convivialité et la Paix (CCCP)
- Réseau Education Sans Frontière Ile de Mayotte (RESFIM)
- Le Secours Catholique
- L'association des jeunes diabétiques
- Le Projet Cimade

➤ **Des particuliers :**

Médecins, pharmaciens, infirmiers, sages femmes, travailleurs sociaux et éducateurs, mais aussi des juristes. Ces acteurs pouvaient être du secteur public (CHM et Conseil Général) comme du secteur libéral.

A partir de ces contacts, et selon les demandes de ces interlocuteurs, un comité de pilotage a été constitué, élargissant notre champ de compréhension, puisque l'observatoire s'est limité à 2 sites urbains.

1.2. Mise en place de l'Observatoire de l'Accès aux Soins

Lors de la mission exploratoire, 2 sites d'intervention ont été identifiés en raison d'une forte concentration de population en situation de précarité, et notamment de personnes en situation irrégulière : Koungou et Kaweni.

2 centres de consultation ont été ouverts :

- 2 jours par semaine à Kaweni, zone industrielle de Mamoudzou dans un local loué à un particulier, servant d'épicerie le reste de la semaine,
- 2 jours par semaine à Koungou, à 6 kilomètres de Mamoudzou, sur la route du nord, dans un local mis à disposition par la mairie.

Par ailleurs, une permanence d'accueil, une demi-journée par semaine, a été mise en place au sein d'une association locale, la Coordination pour la Concorde, la Convivialité et la Paix (CCCP).

Au cours des consultations, qui se sont déroulées entre le 5 mars et le 25 mai 2007, nous avons procédé à un recueil de données sur la base de questionnaires, élaborés à partir de ceux

utilisés dans les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) métropolitains, mais adaptés au contexte mahorais.

Parallèlement à ces questionnaires, nous avons recueilli des témoignages auprès de la population, soit au cours des consultations, soit par le biais de partenaires soignants, travaillant avec Médecins du Monde dans le comité de pilotage.

1.3. Les focus groupe & les entretiens individuels

Pour élargir notre compréhension de l'accès aux soins, nous avons recueilli les avis des différents professionnels de santé, soit par entretiens individuels, soit dans des focus groupes. Nous avons ainsi pu mieux approcher les problèmes collectifs de santé, les obstacles à l'accès aux soins et à la prévention, et envisager des solutions.

Ce travail a été fait auprès des professionnels, et il aurait été intéressant de réaliser la même approche auprès de la population. Les résultats auprès des professionnels sont en annexe.

2. LES ACTIONS MENEES PAR MEDECINS DU MONDE

La venue de Médecins du Monde à Mayotte a répondu à l'appel de soignants, préoccupés par l'accès aux soins au moment de la mise en place de la sécurité sociale et la fin de la gratuité des soins pour tous. La mission d'évaluation s'est donc appuyée sur ces professionnels et sur un réseau d'acteurs sanitaires et sociaux.

Ce travail en réseau était indispensable pour optimiser notre compréhension de la situation mahoraise sur la courte période où nous sommes restés à Mayotte. Il a aussi permis de répondre à la demande des professionnels en créant un espace d'échanges et de communication.

2.1. Constitution du réseau

Notre arrivée à Mayotte a été organisée par la Délégation Océan Indien de MdM.

Les responsables de la mission Sophie Louys et Gilbert Potier sont venus rencontrer les principales institutions afin d'introduire la coordinatrice sur l'île.

2.1.1. Professionnels de santé

➤ Secteur public

Nous avons été amenés à travailler avec l'ensemble des services du CHM : pédiatrie, maternité, médecine, chirurgie, odontologie, CSM, Kinésithérapie. Nous avons trouvé écoute autant auprès des médecins, que des infirmières, sages femmes, cadres,

kinésithérapeutes, dentistes, ou pharmaciens. Nous avons également eu des échanges avec le service des admissions et le bureau des entrées du CHM.

De même, nous avons été amenés à rencontrer des médecins et infirmiers de dispensaires périphériques, du Grand Mamoudzou, du Nord ou du Sud, élargissant notre visibilité sur la situation à l'ensemble du territoire. En effet, les problématiques sont assez différentes selon que l'on se trouve proche de Mamoudzou ou isolé en milieu rural.

Le personnel des hôpitaux de référence de Dzaoudzi et Chirongui nous ont aussi contactés et nous avons ainsi été amenés à travailler avec eux en groupes de travail.

Enfin, un vrai travail de collaboration a été initié avec le service social du CHM, soutien indispensable compte tenu de la complexité des situations sociales et de notre carence en travailleur social. Malheureusement, l'assistante sociale du CHM a terminé son contrat et n'est pas remplacée pour l'instant.

➤ **Secteur libéral**

Nous avons rencontré des acteurs du secteur libéral et initié une réflexion commune, notamment avec certains médecins généralistes, un ophtalmologue, des infirmières et des pharmaciens.

Par ailleurs, au cours de nos consultations, nous avons été amenés à orienter des patients vers le seul dermatologue de l'île, exerçant dans le privé, qui nous a systématiquement envoyé un courrier de synthèse des consultations.

Malheureusement, nous n'avons pas pu rencontrer les kinésithérapeutes libéraux.

2.1.2. Institutions

➤ **DSDS**

Le responsable du service de PMI et d'Action de Santé est très engagé dans l'accès aux soins des plus vulnérables et des préoccupations de santé publique. Notre travail a pu ainsi s'inscrire en réseau avec les acteurs de PMI femmes et enfants (médecins, sages-femmes, infirmières, éducateurs de santé), mais aussi avec le service d'Action de Santé du Conseil Général, ravi d'avoir un partenaire de terrain pour le dépistage des IST/VIH et de la tuberculose.

La participation des travailleurs sociaux du Conseil Général a été plus progressive, et s'est surtout concrétisée en dernière partie de mission, notamment après une rencontre globale avec l'ensemble des assistantes sociales, dans une démarche de diagnostic de perception.

➤ **Santé scolaire**

Dès le départ de notre mission, les infirmières scolaires se sont associées à notre démarche et nous ont aidés à mieux comprendre, en particulier, la question de l'accès à la prévention chez les enfants.

Elles nous ont permis de rencontrer les assistantes sociales du vice rectorat.

➤ **DASS**

Les Médecins Inspecteurs de Santé Publique nous ont notamment associés rapidement à la question de la santé à Mayotte.

Même si certains sujets restent « confidentiels », comme l'accès à la santé au CRA, nos questions et requêtes ont trouvé des réponses en fonction des informations disponibles :

- pour le suivi des patients en cours de régularisation,
- à propos des demandes de régularisation pour soins.

➤ **CSSM**

Dès notre arrivée, nous avons eu un entretien avec le Directeur de la CSSM, ce qui nous a permis de rencontrer l'ensemble des responsables des services de la caisse : médecin conseil et service médical, assurance maladie, URSSAF.

➤ **INVS / CIRE / INSERM**

L'INVS a réalisé différentes enquêtes de santé à Mayotte ces dernières années (malnutrition, chikungunya) et devrait poursuivre cet effort pour mieux connaître la morbidité sur l'île.

La Cellule interrégionale d'épidémiologie de La Réunion-Mayotte (CIRE) a été assignée en novembre 2002, puis en septembre 2003, pour la mise en place du dispositif de surveillance et d'alerte des maladies transmissibles.

Nous avons rencontré le responsable de la cellule pour Mayotte qui nous a aidés dans notre recherche documentaire sur l'épidémiologie mahoraise. Par ailleurs, il nous a mis en contact avec l'INSERM qui prévoit de réaliser une étude sur le recours aux soins à Mayotte en population générale, pour l'Agence Française de Développement. Nous devrions nous associer à cette étude, à partir des observations de cette première mission.

➤ **Institut de Formation aux Soins Infirmiers**

Des formateurs de l'IFSI ont participé au comité de pilotage et aux groupes de travail. Certains ont exprimé le désir d'associer les étudiants aux actions de terrain de Médecins du Monde et de réfléchir ensemble sur la possibilité d'intervention de notre institution auprès de ces mêmes étudiants sur la question de l'accès aux soins.

➤ **Mairie de Koungou**

La Mairie de Koungou a accueilli Médecins du Monde avec force. Un local a été mis à notre disposition dans la commune et le panneau d'affichage numérique devant l'ancienne mairie a annoncé nos consultations durant toute notre mission. Le service social a été notre interlocuteur privilégié. Nous avons été contactés par le chef de projet Ville, dans le cadre du projet de partenariat lors de la mise en œuvre du volet santé du CUCS (Atelier Santé Ville).

➤ **Tribunal de Première Instance**

Rencontre de la Présidente du Tribunal de Première Instance et du procureur et invitation à l'inauguration du Conseil Territorial d'Accès au Droit (CTAD). Depuis, nous avons entretenu des relations professionnelles intéressantes, notamment concernant la lecture du droit applicable à Mayotte. Dans le futur, notre partenariat dans une activité de promotion de l'accès au droit reste à envisager.

2.1.3. Associations

Nom de l'association/autres	Localisation	Activités	Partenariats engagés (*) ou possibles
CCCP	Mamoudzou	Promotion des droits et les liberté des étrangers - Fédération du mouvement associatif communautaire et national dirigé	Mise à disposition d'un local pour les associations pour les réunions et permanence*
			Permanence de MdM / RESFIM / juristes bénévoles *
			Mise en réseau des associations, diffusion des contacts *
COTES (émanation du CG)	M'Tsapere	Education sanitaire et Promotion de la santé	Mise à disposition de supports et outils pédagogiques
			Equipe mobile d'animateurs disponibles pour des actions de terrain
			Possibilité de campagne malnutrition, hygiène en partenariat COTES/CROIX ROUGE/ MdM
RESFIM		Promotion de l'éducation et des droits des enfants scolarisés.	Coopération au sein de la CCCP, soutien à la coordination de l'association *
			Réseau commun *
CIMADE		Promotion des droits des étrangers / CRA	Mise en place d'une CIMADE
			Etablissement d'un réseau sur le droit des étrangers *
CROIX ROUGE	Passamainty, bientôt Koungou?	Soutien sanitaire, aide alimentaire et vestimentaire	Possibilité d'actions de terrain communes, de prévention et d'éducation sanitaire, pour augmenter la couverture géographique
		Soutien scolaire	Remarque: départ de la chef de mission, qui était un contact très privilégié.
Solidarité Mayotte	Cavani	Soutien demandeurs d'asile et étrangers en situation irrégulière	Projet de distribution alimentaire aux diabétiques en situation irrégulière: partenariat envisagé avec MdM
Secours Catholique	Mamoudzou	Soutien demandeurs d'asile et étrangers en situation irrégulière	Mise en commun du réseau
APREDEMA (émanation du CG)	M'Tsapere	Prévention de la délinquance	Prise en charge de patients *
Club des familles des jeunes diabétiques de Mayotte	Mamoudzou	Soutien et encadrement des enfants diabétiques	Participation au comité de pilotage *
Les Enfants de l'Île aux Parfums	La Réunion	Soutien des enfants Evasan	

2.2. Activités du réseau

Les activités du réseau se sont développées de façon complémentaire à travers un comité de pilotage, des groupes de travail, des actions de terrain etc.

2.2.1. Comité de pilotage

Après une première réunion d'information générale, nous avons commencé à travailler avec un comité de pilotage. Une réunion par mois a été organisée. Lors des 3 premiers mois, le nombre de participants n'a cessé de croître, allant jusqu'à 25 personnes (médecins, infirmiers, sages femmes, assistantes sociales, formateurs issus des secteurs public et privé, Conseil Général...). Le nombre important de participants a permis de créer des groupes de travail de façon à travailler de façon opérante et un comité réduit de 6 personnes.

Outre le recueil de témoignages des professionnels de santé mais aussi de leurs patients, les réalisations du comité de pilotage ont été :

- **La rencontre des professionnels : établissement d'un réseau sanitaire et social**
Les professionnels se connaissent peu, ou préférentiellement par téléphone, les contrats de travail étant en général de 2 ans. Ces réunions étaient riches en échanges de pratiques et la communication entre les différents acteurs a ainsi été renouvelée.
- **« Protocolisation » des procédures**
Un des objectifs de ce comité de pilotage était de « protocoliser » certaines démarches, comme la prise en charge des maladies chroniques ou les procédures de régularisation pour soins. Le temps imparti à la mission n'étant que de 6 mois, cette action a été initiée, mais en l'absence de cadre réglementaire, des courriers ont été adressés à la préfecture et à l'ARH afin de pouvoir poursuivre cette approche.
A ce jour, nous n'avons pas encore reçu de réponse.
- **Diffusion de l'information**
Les membres du comité de pilotage ont diffusé les informations recueillies vers leur propre réseau et vers leurs lieux de travail. Par exemple, les documents en rapport avec l'exonération du ticket modérateur, les pièces justificatives à fournir pour les demandes de régularisation pour soins, les adresses et coordonnées des différentes associations locales. Cela a aussi permis de répondre et d'orienter les professionnels pour les demandes de régularisation, les questions d'affiliation, le soutien associatif, la détention d'un patient au CRA, mineurs, scolarisés, ou les mères arrêtées.
- **Organisation des résultats des groupes de travail**
Le comité de pilotage a enfin compilé les résultats des groupes de travail et s'est montré très disponible en fin de mission pour aider à finaliser les priorités et les pistes d'action pour Médecins du Monde à Mayotte.

2.2.2. Groupes de travail

Plusieurs groupes de travail ont été mis en place afin d'améliorer la compréhension et la connaissance de la situation sanitaire dans son ensemble et dans des situations particulières, d'identifier les obstacles de l'accès aux soins, de prioriser les problèmes de santé, de proposer des possibilités d'intervention.

Ces groupes de travail se sont conclus par des réunions en groupes focus (Documents en annexes).

Les différents groupes de travail ont traité de :

➤ **L'accès à la santé des jeunes (Annexe n°1)**

Ce groupe a travaillé sur différentes classes d'âge. Ainsi, il a souligné l'importance du suivi des grossesses (nombre élevé de pathologies fœtales ou de retard de croissance intra-utérin...), l'importance des actions ciblées sur les adolescents, population particulièrement vulnérable dans ce contexte de transition sociologique, et a insisté sur les mesures préventives, pouvant exister en métropole mais qui ne sont pas mises en place à Mayotte (la vaccination anti-pneumococcique, des campagnes d'éducation à la santé).

La malnutrition reste une priorité de santé publique.

➤ **La santé des femmes enceintes (Annexe n°2)**

Concernant la santé maternelle, il est apparu que la prise en compte de l'interface socioculturelle était tout spécialement importante dans la relation « soignant-soigné ». L'absence de suivi individualisé des patientes, notamment le manque de communication est souvent notifié comme une frustration importante du personnel soignant.

Mais, la surcharge du système de santé, particulièrement dans le domaine de la santé maternelle, limite les possibilités de temps réservé à l'échange entre professionnels et patientes.

➤ **L'assurance maladie et les aides sociales (Annexe n°3)**

L'état des lieux sur la procédure d'affiliation à la sécurité sociale et sur les possibilités d'aide sociale a été réalisé. De nombreux points seront à revoir et à travailler en collaboration avec les institutions concernées, (DASS, Conseil Général, CAF).

➤ **Les demandes de titres de séjour « étranger malade » (Annexe n°4)**

Ce groupe de travail a essayé de « protocoliser » la procédure de demande de régularisation pour soins, en soulignant les zones d'ombres. Ce travail devrait être complété avec les juristes du Gisti au cours de la formation sur le droit des étrangers prévue au mois de novembre 2007.

➤ **La prise en charge des pathologies chroniques (Annexes n°5 et 5bis)**

L'HTA et le diabète sont apparus comme des priorités à travers les différents groupes consultés (médecins de dispensaires, surveillantes de dispensaires...).

Ils ont mis en évidence l'importance de la place de l'éducation à la santé et notamment les efforts à fournir en matière de nutrition.

Une réflexion spécifique sur la santé mentale a été menée.

➤ **La prise en charge des étrangers au CRA (Annexe n°6)**

Nous avons rencontré des professionnels de l'hôpital de Dzaoudi, en contact avec les personnes retenues au CRA. Les différents acteurs de la maternité, des urgences et de

médecine essaient de mettre en place un travail coordonné des différentes unités et sont particulièrement motivés pour une intervention au CRA (projet DASS).

➤ **Enquête bucco-dentaire (Annexe n°7)**

L'enquête a été réalisée par un dentiste au CHM.

Pour la réalisation de cette enquête, il s'est appuyé sur les fiches de consultation dentaire de Médecins du Monde, utilisées dans les cabinets dentaires de la mission France de MDM dans le cadre de l'Observatoire de l'accès aux soins.

Plusieurs variables ont été étudiées : l'âge, le sexe, l'affiliation à la sécurité sociale, l'existence d'un retard d'accès aux soins, le besoin de prothèse dentaire et enfin, l'indice CAO a été calculé.

Résultats :

L'échantillon regroupait 69 patients dont 38 femmes (moyenne d'âge : 23,66 ans) et 31 hommes (moyenne d'âge : 16,29 ans). Parmi elles, 86% sont affiliés, soit 59 personnes. 61% sont mineurs, soit 42 patients.

L'indice CAO global au sein de l'échantillon est de 8 (8,5 pour les personnes affiliées contre 7,3 chez les non-affiliés). **88% des patients examinés présentaient un retard d'accès aux soins**, dont 40 mineurs.

La proportion de retards d'accès aux soins est alarmante pour 9 personnes sur 10.

L'indice CAO reflète une très mauvaise santé bucco dentaire.

On rappellera que le référentiel de l'indice CAO est très mauvais quand > 6.5

En France en population générale, l'indice était de 12 en 1950 et de 1.9 en 2001 (source : INSEE)

2.2.3. Actions de terrain

Nos activités se sont concentrées sur l'accompagnement des patients dans le système de soins et dans leurs démarches administratives. Parallèlement, nous avons réalisé des actions ponctuelles selon certaines opportunités ou parfois sur sollicitation d'acteurs ou d'institutions.

➤ **MDM / DASS**

Au mois de mai, 2 cas de méningites à méningocoques ont été hospitalisés au CHM, dont un enfant de 5 ans décédé.

Ces enfants habitaient dans le quartier de Kaweni où nous intervenions. Nous avons participé à l'identification des personnes contacts dans le quartier, à la distribution d'une chimioprophylaxie et à la sensibilisation de la population.

La DASS a organisé une conférence d'information pour le public sur **l'eau et la santé** le 21 juin 2007. Elle nous a demandé d'y participer à travers une intervention ciblée sur la relation eau et santé.

➤ **MDM / PMI Enfants Kaweni**

Avant d'arrêter les consultations à Kaweni, nous souhaitons organiser une séance d'éducation sanitaire sur la santé bucco-dentaire. Grâce au partenariat avec la DSDS, nous avons pu fournir 50 brosses à dents. L'équipe de la PMI enfants de Kaweni a assuré l'animation. Nous avons profité de cette occasion pour réaliser un dépistage de la malnutrition et des caries dentaires.

➤ **MDM / DASS / PMI / Pédiatrie**

Dès notre arrivée, nous avons été conviés à une réunion réunissant l'ensemble des acteurs de santé dans le cadre d'un projet d'amélioration du dépistage, de la prise en charge et du suivi de la malnutrition à Mayotte. Ce projet est soutenu par la DASS, et comprend une prise en charge ambulatoire des cas de malnutrition modérée par les PMI, avec un protocole Plumpy Nut élaboré par un pédiatre hospitalier du CHM, et prise en charge hospitalière pour les cas sévères.

Médecins du Monde intervient en tant qu'opérateur de terrain, notamment pour le dépistage communautaire.

2.2.4. Bénévolat

Trois bénévoles ont participé à nos activités :

- une infirmière de pédiatrie a régulièrement assisté aux consultations à Koungou et à Kaweni ainsi qu'à l'intervention qui a eu lieu avec la DASS pour la sensibilisation communautaire des cas de méningites ;
- une assistante sociale a assuré la permanence à la CCCP,
- un médecin de dispensaire du nord nous a accompagnés lors d'une après-midi de sensibilisation de terrain à Bandrajou avec « dépistage de masse ».

2.3. Les résultats de l'observatoire de MDM

L'Observatoire a permis de recueillir des informations sur la population que nous avons rencontrée lors des consultations à Kaweni, Koungou et à la CCCP. Ces résultats concernent donc une population circonscrite à des secteurs urbains, il s'agit donc du reflet de la population reçue.

2.3.1. Limites et avantages de l'Observatoire

2.3.1.1. Les limites

- Durée de l'évaluation

Cette mission d'évaluation s'est étendue sur une période de 6 mois. Le temps était donc très court pour comprendre une situation particulièrement complexe, d'un territoire français à spécificité juridique.

- Localisation géographique

Par ailleurs, nous avons dû limiter nos activités à 2 sites, tous deux urbains.

Cela introduit une limite dans l'approche de l'Observatoire, le travail avec le comité de pilotage nous a permis à la fois d'élargir la connaissance de la situation et de la préciser.

- **Le manque d'informations** général : juridiques, administratives, épidémiologiques. Et malgré une démarche active auprès de la préfecture, de l'ARH ou du CHM, nombre de nos questions attendent toujours des réponses.

Le positionnement de notre mission par rapport aux soins a été particulièrement difficile à mettre en place. Nous avons des activités d'accueil, de consultations médico-sociales d'orientation (sans soins).

Il s'agissait pour nous d'analyser pour comprendre les difficultés d'accès aux soins dans un dispositif nouveau. Cette observation a parfois été perçue comme une analyse de pratiques des soignants. Notre approche a du être réexpliquée aux équipes soignantes.

Monsieur A, 19 ans, comorien, consulte le 16 avril 2006 au centre de MdM de Koungou pour selon lui, hématurie et brûlures mictionnelles évoluant depuis 2 mois. Il décrit des épisodes de fièvre.

Le dispensaire a refusé de le recevoir s'il ne peut fournir la provision de 10 euros.

Ré-adressé le même jour au dispensaire de Jacaranda, à 6km de son lieu de domicile, il est une seconde fois refusé par l'accueil parce qu'il n'a pas de carnet de santé. Il revient le 17 avril au dispensaire de Jacaranda, et le médecin transcrit sur son carnet de santé : « pas d'hématurie », alors qu'il décrit des urines orange-rouge. Le carnet est photocopié.

Il sera finalement traité pour une urétrite.

2.3.1.2. Les avantages

La venue de Médecins du Monde à Mayotte était très attendue. Il y a eu **une forte motivation locale** des professionnels et une importante **participation aux activités du comité de pilotage**.

Une anthropologue travaillant sur le circuit de soins des enfants comoriens, nous a apporté une aide précieuse et un gain de temps important pour la compréhension et l'approche de la structure sociale de la communauté comorienne.

Cette **motivation a été soutenue par des institutionnels**, notamment le Conseil Général, et en particulier le service d'Actions de santé et la PMI. Outre le prêt de matériel audiovisuel pour les différentes présentations que nous avons faites, le service de PMI nous a accompagné dans la séance d'éducation sanitaire à Kaweni en nous fournissant des brosses à dents, ou encore nous a permis l'accès à l'ensemble des données disponibles. Nous avons également reçu le soutien du CHM et de son directeur, ainsi que de la DASS et des MISP.

En plus du **réseau interprofessionnel** que nous avons initié, nous avons pu assister à la naissance d'un réseau associatif, fédéré par la CCCP. Ainsi, dans les locaux de cette association à Boboka, dans le centre ville de Mamoudzou, des permanences sur le droit des étrangers ont été tenues par des juristes bénévoles, par le RESFIM et Médecins du Monde. Ce tissu associatif permet une prise en charge et une approche collective des problèmes spécifiques rencontrés par les étrangers à Mayotte.

Enfin la forte **participation communautaire** à Kaweni a été un atout majeur pour notre installation où la population s'est rapidement impliquée dans nos activités, ce qui a favorisé l'identification de personnes en difficultés.

2.3.2. Les résultats des données recueillies

Nous avons reçu **225 patients** différents entre le 5 mars et le 29 mai 2007.
356 consultations ont été réalisées, **dont 189 consultations médicales.**

Les données qui suivent sont issues de l'Observatoire de l'accès aux soins de Mayotte (janvier-mai 2007).

La répartition de ces patients selon les sites a été la suivante (Tableau 1) :

Tableau 1

Lieu d'accueil		
Taux de réponse : 98.7%		
Kaweni	112	50.5%
Koungou	79	35.6%
Autre	31	14.0%
Total	222	100.0%

Nos activités ont été très réduites au mois de mai 2007, à Kaweni, mais surtout à Koungou puisque nous n'y avons vu que 4 patients, compte tenu de difficultés rencontrées dans le référencement des patients vers le dispensaire, d'une absence de régularité de notre part sur le site (jours fériés, programmation des activités de la mission) et d'une absence de relais communautaire identifié sur le site.

2.3.3. Caractéristiques sociales des patients reçus

2.3.3.1. Age et sexe

Les données suivantes sont extraites des dossiers pour lesquels une partie sociale a été remplie, soit **225 personnes.**

56% des patients sont des femmes.

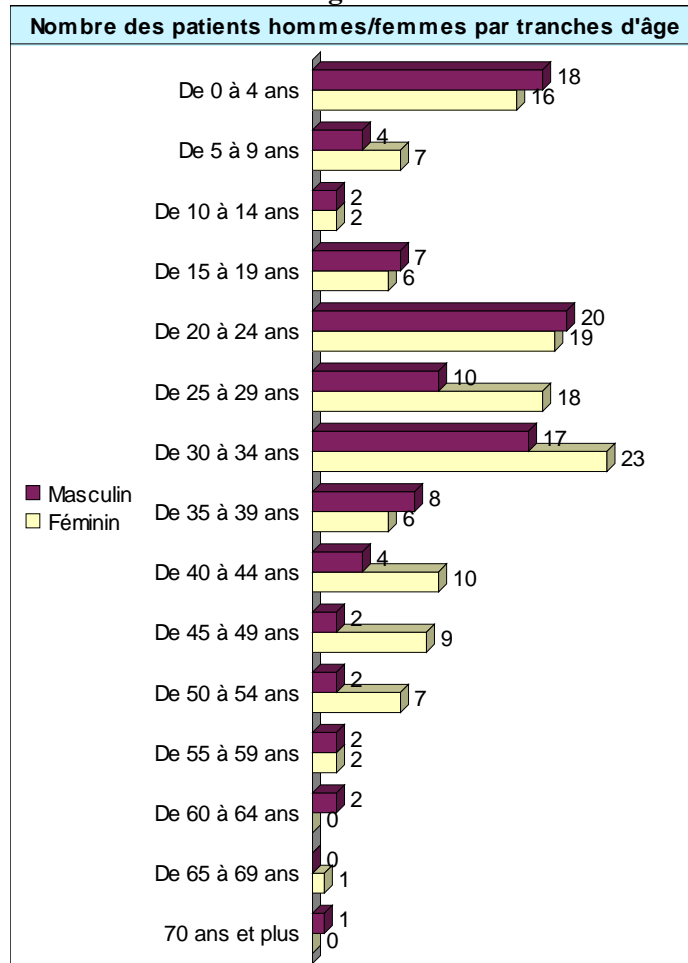
Elle est 2 fois plus nombreuse parmi les plus de 40 ans.

Sur le site de Kaweni, nous avons rencontré 2/3 de femmes. Notre présence chez une femme (propriétaire), a constitué un relais communautaire important auprès des femmes.

La moyenne d'âge était de 26,2 ans (24,7 ans pour les hommes vs 27,4 pour les femmes).

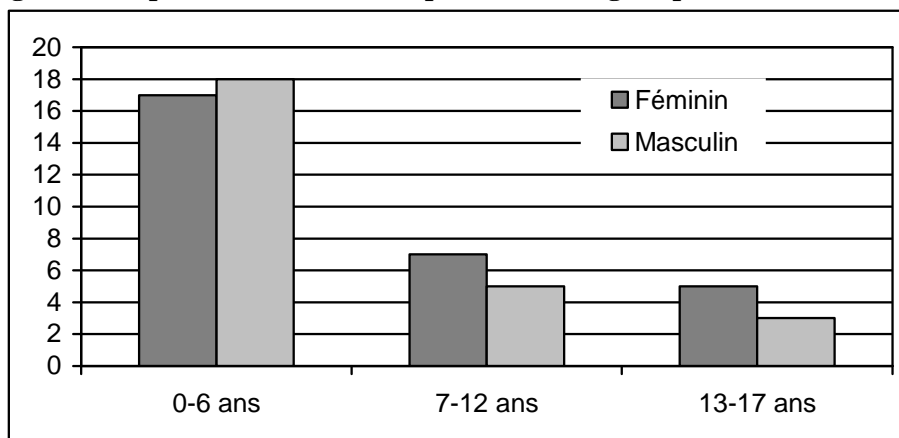
Il s'agit donc d'une **population jeune** : 27,6% ont moins de 20 ans, **près de la moitié des patients ont entre 20 et 34 ans.**

Figure 1



Les mineurs représentent 24,4% des personnes reçues (55 patients) (Figure 2). Près des 2/3 d'entre eux ont entre 0 et 6 ans. Parmi cette classe d'âge¹, **84% sont suivis en PMI.** Nous n'avons pas rencontré de mineurs isolés.

Figure 2 : Répartition des mineurs par classes d'âge et par sexe (en effectifs)



¹ Taux de réponse : 91,2%

2.3.3.2. Nationalité

94% des personnes que nous avons reçues au cours de ces quelques mois étaient de nationalité étrangère, **dont la quasi-totalité de nationalité comorienne.** (Tableau 2)

Tableau 2

Nationalités		
COMORES	207	92.0%
FRANCE	13	5.8%
MADAGASCAR	4	1.8%
RWANDA	1	0.4%
Total	225	100.0%

Parmi les patients comoriens, les $\frac{3}{4}$ sont anjouanais, le $\frac{1}{4}$ restant vient de Grande Comore (seulement 2 mohéliens).

L'abord de la communauté grand comorienne a été développé par le partenariat avec la CCCP. La prédominance de cette communauté à notre permanence au sein de cette association est nette.

2 personnes sur 10 sont nées à Mayotte.

Parmi les mineurs cette proportion s'élève à près de 9 sur 10

2.3.3.3. Mode de contact et motifs de recours à Médecins du Monde

Plus de 75% des patients sont venus nous consulter sans orientation préalable.

- De façon générale, 11,6% de consultants ont été orientés **après une rencontre avec Mdm** sur le terrain. Ce pourcentage est de 16,5% à Koungou, probablement en rapport avec notre visite dans les quartiers de Bandrajou, accueillie avec beaucoup d'enthousiasme, où l'isolement sanitaire des personnes en situation irrégulière est important.

- 9% ont été orientés par une **association** : la CCCP en grande partie, mais aussi l'APREDEMA et ASIJOA.

- 3,6% des patients ont été adressés par des **institutions administratives et sociales** (DASS, la PMI, les assistantes sociales du Conseil Général).

- Enfin, 1 patient nous a été adressé par une structure de soins, le CSM.

Ces orientations par des structures sanitaires ou associatives se sont développées progressivement avec la constitution du réseau et l'établissement de contacts individuels.

La demande de coordination d'accès aux soins et aux droits par Médecins du Monde est forte de la part de ces partenaires.

Le motif principal de recours est la consultation médicale puisque 83,6% de patients ont exprimé le souhait de voir un médecin, contre 33,8% de demande d'avis social.

35% des patients de nationalité étrangère ont demandé un avis social, contre 15% des patients français rencontrés. Les demandes sociales concernent les possibilités de régularisation ou l'accessibilité à des aides sociales.

L'orientation vers les services sociaux n'apparaît pas de façon systématique dans les données, car cette variable est déterminée dans le dossier médical, et donc n'est pas mesurée pour les patients n'ayant qu'un dossier social. **La quasi-totalité des consultants nous a dit avoir besoin d'informations ou d'orientations pour l'accès aux droits.** Nous avons donc essayé de répondre aux situations sociales à travers une collaboration avec le service social de l'hôpital et les assistantes sociales de secteur du Conseil Général, en essayant toutefois de ne pas surcharger leur service, compte tenu de la forte demande sociale.

De façon générale, **l'orientation vers une personne référente est à privilégier.**

La multiplication des intervenants et donc des déplacements, gêne la réalisation des orientations. La présence d'un travailleur social sur notre mission pourrait être un atout essentiel.

2.3.3.4. Situation administrative

82% des étrangers adultes n'ont pas de titre de séjour. Ceux que l'on nomme les « *étrangers en situation irrégulière* » correspondent aux étrangers sans titre de séjour et aux mineurs étrangers.

16 personnes ont un titre de séjour, dont la répartition est la suivante :

<i>De 3 mois à 1 an :</i>	4	(25% des titres) (= 4 autorisations provisoires de séjour)
<i>1 an :</i>	10	(62,5%)
<i>Plus de 10 ans :</i>	2	(12,5%)

19 personnes sont en cours de régularisation (9% des étrangers adultes), dont 4 pour raisons médicales, 4 pour liens personnels et familiaux et un salarié.

10 personnes n'ont pas su nous renseigner sur le motif de la demande, ce qui suppose une méconnaissance des droits.

Les procédures de régularisation sont très longues, en moyenne de 9 mois, et la compréhension des démarches très approximative.

Nous avons rencontré **seulement 1 demandeur d'asile**, de Grande Comore, en recours, et la fille d'une rwandaise demandeuse d'asile.

Les associations Solidarité Mayotte et le Secours Catholique sont des intervenants privilégiés pour les demandeurs d'asile et un partenariat avec ces associations est à organiser.

2.3.3.5. Durée de résidence

Le nombre d'années depuis la première entrée à Mayotte pour la population étrangère, est en moyenne de 8,7. Pour près de 40% des personnes, cette première entrée date de 10 ans ou plus.

Les allers-retours vers les Comores sont fréquents, parce que les personnes ont été expulsées, ou pour des visites familiales. **21,2% des personnes de nationalité étrangère ont été expulsées au moins une fois.**

L'expulsion est une épée de Damoclès permanente pour les personnes ayant un statut administratif précaire et l'angoisse est d'autant plus marquée chez les femmes.

La plupart d'entre eux n'imaginent pas ne pas revenir à Mayotte dans le cas d'une expulsion. Les retours se font dans les jours suivant l'expulsion, la semaine ou le mois suivant.

2.3.3.6. Lien social

La moitié des patients vivent en couple et un plus **d'une personne sur 5 vit seule.**

Tableau 3

Mode de vie (avec ou sans enfants)		
Taux de réponse : 100.0%		
En couple	107	47.6%
Avec parents (mère et/ou père)	51	22.7%
Seul(e)	51	22.7%
Avec famille, amis	16	7.1%
Total	225	100.0%

Sur les 83 réponses de personnes étrangères que nous avons eues sur la nationalité de leur conjoint, 16 personnes étaient mariées avec un(e) français(e), soit 20%.

Les 2/3 de ces mariages franco-étrangers ont été célébrés devant un fundi, et n'ont donc aucune valeur légale, pas plus d'ailleurs, que le 1/3 restant célébrés devant le cadî. Aucun acte écrit n'est disponible.

Seuls 2 mariages civils ont été enregistrés.

La proportion de la polygamie est variable selon le sexe interrogé : 8,3% des hommes nous ont dit être polygames, alors que **34% des femmes disent avoir un compagnon polygame,**

74% des personnes adultes ont des enfants.

En moyenne, on enregistre un taux de **3,85 enfants par femme.**

Les foyers sont constitués en moyenne de 4,33 personnes.

Nous avons vu **28 femmes vivant seules**. La situation sociale de ces femmes est souvent très précaire, (ressources, logement) et elles ont en moyenne plus d'enfants (4,11 enfants par femme). Lorsque le mari a été expulsé, la survie est une préoccupation permanente. L'homme est plus souvent celui qui trouve des ressources, et son absence fragilise le foyer. Par ailleurs, le loyer n'est pas toujours payé, et ces femmes isolées sont en permanence soumises à la pression des « logeurs », qui les menacent de les mettre à la porte.

2.3.3.7. Conditions de logement

22% des personnes accueillies lors des permanences de Médecins du Monde n'ont pas accès à l'électricité et **9% s'approvisionnent en eau dans un puits ou dans la rivière**. (Tableau 4). Les puits en question sont des trous remplis d'immondices, qu'il faut dégager à chaque prise d'eau, et l'environnement immédiat est constitué de batteries usagées, ce qui laisse présager d'une pollution aux métaux lourds.

L'eau est collectée dans des bidons de pétrole, l'acheminement vers le foyer est souvent périlleux, puisque les cases en tôles sont à flanc de colline.

1 personne sur 5 achète son eau à une borne ou à un voisin. Le prix de l'eau peut aller jusqu'à 5 euros pour un bidon de 10 litres, et l'exploitation des plus démunis est souvent de règle.

97% des personnes disent avoir des latrines à la maison. Le plus souvent, il s'agit d'une fosse rudimentaire, creusée dans la cour, les « *toilettes mahoraises* ».

Tableau 4

Electricité			Accès à l'eau			Latrines / Toilettes		
Taux de réponse : 99.6%			Taux de réponse : 100.0%			Taux de réponse : 98.7%		
Oui	175	78.1%	Eau courante	161	71.6%	Oui	215	96.8%
Non	49	21.9%	Borne	44	19.6%	Non	7	3.2%
Total	224	100.0%	Puits, rivière	20	8.9%	Total	222	100.0%
			Total	225	100.0%			

55 % des personnes pensent que leur logement est néfaste pour leur santé et celle de leurs enfants. Un commentaire fréquemment associé à cette question a été **l'absence de choix** quant à la qualité du logement, exprimé souvent avec fatalisme.

2.3.3.8. Scolarisation / Langues parlées

46% des patients reçus, âgés de plus de 6 ans n'ont jamais été scolarisés.

Parmi les personnes ayant été scolarisées, le niveau de scolarisation le plus fréquent est le cours moyen (36%), suivi par le niveau collègue (27%).

Seulement 7% des personnes sont allées au lycée.

Parmi les 17 patients ayant entre 6 et 16 ans, 3 n'étaient pas scolarisés (17,6%).

Plus des $\frac{3}{4}$ des personnes reçues parlent le Shimahorais, et 18 % le français. (Tableau 5).
9 personnes sur 10 disent avoir besoin d'un traducteur.

Parmi les personnes parlant le français, seule 1 personne n'a jamais été scolarisée.
23% ont un niveau cours moyen ; 46% un niveau collège et 18% un niveau lycée.

Tableau 5

Langues parlées		
Taux de réponse : 93.3%		
Shimahorais	170	75.6%
Shidzow ani	67	29.8%
Shigazinjah	42	18.7%
Français	40	17.8%
Shibouchi	7	3.1%
Autre	6	2.7%
Total	225	

2.3.3.9. Emploi et ressources

La principale source de revenus vient de la famille et des amis (65,9%), puis d'un travail (32,3%).

Parmi les plus de 16 ans (174 personnes), 43% exercent une activité pour gagner leur vie. Il s'agit de ce que l'on appelle « bricolage » ou « karakara », c'est-à-dire le travail non déclaré.
Le montant moyen mensuel des ressources du foyer est de 130,50 euros.

La moitié des personnes ayant consulté disent disposer de moins de 100 euros par mois.

Les ressources mensuelles moyennes des patients français (7 réponses reçues) sont de 276,4 euros.

Près de 40% des personnes ne savent pas chiffrer le montant réel de leurs ressources (dont 2/3 de femmes).

L'aide reçue de la famille et des amis est souvent difficile à définir, et les revenus peuvent être très aléatoires et impossibles à quantifier d'un jour sur l'autre. A travers les discussions que nous avons eues avec la population, l'accès à un travail est très difficile.

Une **journée de travail non déclaré peut être payée 3 ou 4 euros**, et il n'existe évidemment pas de recours possible en cas de non paiement. La peur d'être dénoncé limite la revendication des étrangers.

La plupart des étrangers en situation administrative précaire nous ont interrogés sur les possibilités de travail.

L'obtention d'une autorisation de travail est quasi impossible à obtenir pour les étrangers malades, malgré la délivrance du titre de séjour pour liens personnels et familiaux, qui pourtant, le prévoit.

2.3.4. Accès aux soins des patients reçus

2.3.4.1. Droits théoriques et droits effectifs

31 personnes pouvant être affiliées à la sécurité sociale ont été individualisées (13,8 % des patients) : 13 français, 16 étrangers avec titres de séjour (dont 2 récépissés) et 2 enfants affiliés par leur parents.

Le jour de la consultation, seuls **7,5% de l'ensemble des patients reçus étaient affiliés à la sécurité sociale** (17 personnes).

Lorsqu'une personne est en procédure de renouvellement de titre de séjour, il est possible d'obtenir son affiliation à partir du récépissé. Il s'agit de situations individuelles non « extrapolables » sur l'ensemble de la population.

La moitié des patients français que nous avons reçus ne sont pas couverts par l'Assurance Maladie.

Les principales raisons de cette non affiliation sont :

- pour 3 personnes, l'absence de pièce d'identité,
- pour 1 femme de Koungou de 57 ans, les difficultés financières pour aller à Mamoudzou,
- pour une fillette de 9 ans, le fait que son père français seul à pouvoir l'affilier, ne soit pas sur le territoire de Mayotte,
- pour deux personnes, la méconnaissance des droits.

L'absence de pièce d'identité peut être liée à la réforme de l'état civil. Les dossiers en révision connaissent entre 3 et 5 ans d'attente. En sachant que la pièce d'identité est obligatoire pour ouvrir des droits, nombreux seraient les français privés de sécurité sociale, selon les informations reçues des professionnels de santé.

Jusqu'au mois de mars, les français pouvaient être pris en charge gratuitement par les structures sanitaires publiques sur présentation de pièces d'identité (extraits d'acte de naissance, pièces d'identité, passeports). L'utilité d'être affilié n'était donc pas évidente. Mais depuis, la **pression sur l'affiliation s'est développée** et les dispensaires du Grand Mamoudzou, notamment, demandent désormais l'attestation d'affiliation originale pour l'accès aux soins gratuits.

De nombreux français se retrouvent donc à devoir payer la provision de 10 euros, ou à être refusés comme les « sans papiers ».

2.3.4.2. Obstacles rencontrés dans l'accès et la continuité des soins

Pour 76% des personnes interrogées, la barrière financière est un des principaux obstacles à l'accès aux soins. Souvent, la réponse était littéralement : « Je n'avais pas les 10 euros ». Mais, cette difficulté d'avance de frais est à considérer avec l'ensemble des déterminants d'accès aux soins, car l'effet cumulatif des obstacles est important, comme la méconnaissance des droits et la peur de se déplacer.

14,7% des patients interrogés ne rencontrent pas d'obstacle à l'accès aux soins pourtant, parmi eux, près de la moitié seulement ont une couverture maladie

Tableau 6

Obstacles principaux à l'accès et à la continuité des soins		
Taux de réponse : 99.6%		
Difficulté avance de frais,...	171	76.0%
Méconnaissance des droits et des structures	54	24.0%
Peur de se déplacer	38	16.9%
Pas d'obstacles	33	14.7%
Mauvaise expérience / accueil dans le système de soins	10	4.4%
Autre raison exprimée	6	2.7%
Difficultés administratives	3	1.3%
Ne connaissait pas le dispositif ? Lequel ?	3	1.3%
Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits	2	0.9%
Pas de renouvellement des droits	2	0.9%
Peur de la dénonciation	2	0.9%
Barrière linguistique	1	0.4%

La demande d'information et d'orientation pour l'accès aux droits est forte (97,2%), même si le contenu de la demande est souvent imprécis. Les questions relatives aux possibilités de régularisation sont prépondérantes et même quasi systématiques pour la totalité des personnes en situation administrative précaire.

93,6% disent avoir besoin d'être accompagnés dans leurs démarches, mais seulement 1/3 disent pouvoir compter sur quelqu'un dans leur entourage.

2.3.4.3. Recours aux soins

Parmi les personnes s'étant senties malades dans les 6 derniers mois, la moitié n'a pas consulté. Cette situation concerne autant les hommes que les femmes. Les problèmes de santé étaient en majeure partie des douleurs abdominales ou crampes, de la fièvre ou des céphalées. L'autre moitié s'est tournée en majeure partie vers des médecins ou dentistes.

Seulement 2 personnes nous ont dit avoir consulté un tradipraticien (massages, Djinns).

Les principaux problèmes de santé évoqués pour le dernier recours aux soins :

- les céphalées : 20% des personnes ayant été malades
- les douleurs abdominales et épigastriques : 15%
- la fièvre : 11%
- les douleurs lombaires : 6%.

Répartition des lieux de consultation

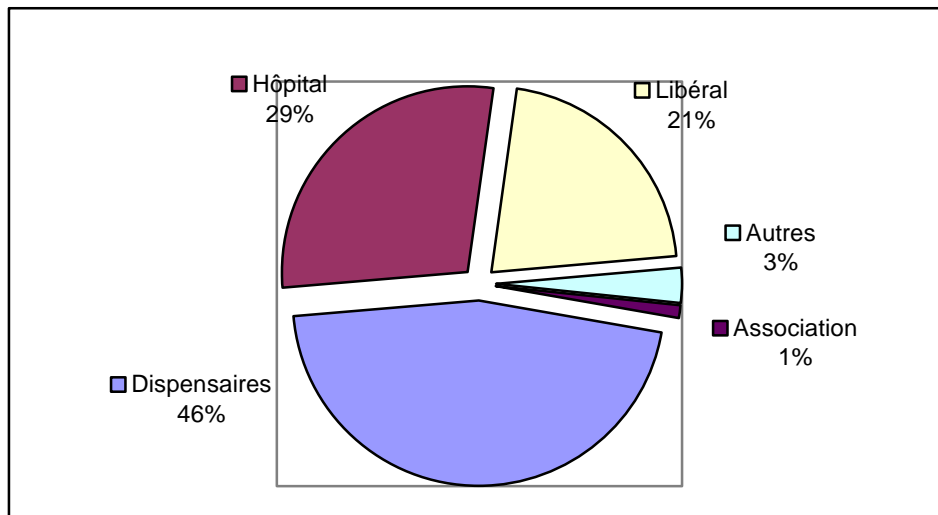
La Figure 3 montre la répartition des lieux de consultations parmi les patients ayant consulté un médecin ou un dentiste lors de leur dernier problème de santé.

- Les dispensaires ne représentaient que la moitié des réponses.
- L'hôpital a été le second lieu le plus fréquenté, et probablement plus spécifiquement le **service des urgences**. L'accès aux soins y semble plus aisé. En effet, les bons de gratuité sont courants, et la plupart des médecins sensibles à la question de l'accès aux soins.

Mais évidemment, si l'obstacle financier est en partie levé, cela entraîne une surpopulation des urgences, avec des délais d'attente interminables (parfois de plus de 7 heures) et détourne le service de sa mission de base. On voit de plus en plus noté sur les carnets de santé : « Reçu aux urgences car refusé au dispensaire ». Ceci concerne évidemment les dispensaires du Grand Mamoudzou.

- **La place du secteur libéral** est aussi intéressante à noter. 1 personne sur 5 a consulté un médecin ou un dentiste du secteur libéral. L'accueil en cabinet privé est décrit comme généralement meilleur et les délais d'attente sont plus courts. Les privés sont souvent gages de qualité pour les patients.

Figure 3 : Répartition des lieux de consultations médicales (médecins / dentistes)



Chez les patients en situation irrégulière, 16,3% ont consulté un privé pour le dernier problème de santé, 39% en dispensaire et 37% à l'hôpital.

Ils consultent donc plus spontanément à l'hôpital que la population générale.

Les traitements

Un quart des patients nous ont dit n'avoir pris aucun traitement et près d'un autre quart ont utilisé des médicaments traditionnels. (Tableau 7)

Tableau 7

Traitements utilisés		
Taux de réponse : 98.4%		
Des médicaments prescrits ou donnés par un médecin	77	40.7%
N'a pas pris de médicaments/ne s'est pas soigné	46	24.3%
Traitements traditionnels	43	22.8%
en auto-médication	28	14.8%
Total	189	

2.3.4.4. Refus de soins

1 personne sur 8 déclare avoir subi un refus de prise en charge par les structures de soins. Ce refus émanait essentiellement de l'accueil, et donc d'un personnel administratif.

Tous ces refus sont le fait de l'impossibilité de fournir la provision financière.

Tableau 8

Si refus de prise en charge, par quel professionnel ?		
Taux de réponse : 100.0%		
Accueil/Régisseur	17	73.9%
Dispensateur de médicament	3	13.0%
Infirmier	2	8.7%
Médecin	1	4.3%
Total	23	100.0%

Les refus ont concerné en totalité des personnes de nationalité étrangère, plutôt les hommes, (18% des hommes vs 9% des femmes) ; 5 mineurs, dont 3 de moins de 6 ans.

Les patients français, non affiliés à la sécurité sociale se sont vus refuser l'accès aux dispensaires par manque de provision.

Témoignage d'un médecin de PMI

« Il n'y a pas que la population en situation irrégulière qui ait des difficultés d'accès aux soins. On suit à la PMI une maman et son enfant qui a un eczéma sérieux. La maman n'a aucun papier d'état civil car son dossier est à la CREC depuis un bon moment. Elle a reçu en septembre 2006 une lettre d'huissier lui notifiant que son dossier était en cours d'instruction mais depuis, rien. En attendant elle n'a aucun papier justifiant de son identité ni celle de ses enfants. Elle ne peut pas faire les démarches à la sécurité sociale et à la CAF et n'a pas les moyens de payer une consultation au dispensaire quand l'eczéma de son enfant est surinfecté. »

Ces données correspondent au questionnaire, et sont donc du déclaratif. Pour avoir accompagné des patients en dispensaire, nous avons plusieurs remarques à formuler.

Tout d'abord, **ce qui peut être interprété comme un refus**, ne l'est pas forcément, ou pas clairement.

Lorsque les gens ne peuvent pas payer la provision, on leur rend leur carnet et on devrait les orienter vers un médecin. **L'accompagnement est quasi inexistant**. Souvent aucune explication n'est donnée et la personne se perd dans un circuit qui n'est justement pas défini. A aucun moment, le personnel de la structure ne s'assure de la bonne compréhension par le patient. Ensuite, le refus du régisseur peut être lié à **des consignes du médecin** (pas plus de 30 consultations par jour pour certains, un nombre limité de patients « non solvables » pour d'autres...). De même, les refus par les dispensateurs de médicaments peuvent correspondre sur un ticket de gratuité à une case « délivrance de médicaments » non cochée par le médecin et qui n'autorise donc pas le dispensateur à délivrer gratuitement les médicaments. Le patient, lui, perçoit le refus de la part du dispensateur.

2.3.4.5. Renoncement aux soins

Les ¾ des personnes interrogées disent avoir renoncé aux soins au cours de l'année écoulée, soins qu'elles considéraient comme tout à fait importants pour la plupart. La quasi-totalité de ces renoncements concernent une consultation médicale.

Le renoncement est lié principalement aux difficultés financières et à la peur des contrôles de police.

Tableau 9

Raisons de renoncement aux soins		
Taux de réponse : 85.9%		
Vous n'aviez pas les moyens, c'était trop cher	124	76.1%
Vous avez peur des contrôles de police	16	9.8%
Pour une autre raison	15	9.2%
Vous avez préféré attendre de voir si les choses iraient mieux d'elles-mêmes	11	6.7%
Vous ne saviez pas à qui vous adresser	7	4.3%
Vous aviez des choses plus importantes à faire comme de vous loger ou de penser à l'alimentation	3	1.8%
Ne veut pas dire	0	0.0%
Vous avez peur de vous faire soigner	0	0.0%
NSP	0	0.0%
Vous n'arrivez pas à vous faire comprendre (problème de langue)	0	0.0%
Total	163	

L'expérience du mauvais accueil dans les structures de soins et la pression du paiement des 10 euros peuvent contribuer à amener la population aux renoncements aux soins.

Madame H nous amène à Kaweni son enfant de 8 mois pour une conjonctivite purulente bilatérale. Celle-ci évolue depuis 2 semaines, et l'enfant a de la fièvre depuis 1 semaine. A l'examen, sa température est de 38°C et on identifie une otite congestive bilatérale. On explique à la maman qu'elle doit consulter au dispensaire, qui nous répond : « Je n'irai pas, parce que je sais que mon enfant ne sera pas soigné parce que je n'ai pas les 10 euros ». Nous la rassurons en essayant de lutter contre ce renoncement. Elle nous dit : « D'accord, j'y vais, mais je suis sûre d'être refusée ».

Au cours de notre mission (janvier à mai 2007), nous avons pu constater que tous les dispensaires n'accueillaient pas de la même façon les patients. Des enfants ont été confrontés à des refus de soins, de la part de médecins, car leur maman ne pouvait régler le forfait demandé. C'est l'exemple de cet enfant que nous avons reçu en consultation et pour qui une conjonctivite purulente bilatérale avec fièvre depuis 1 semaine a pu être diagnostiquée. Cet enfant a été accompagné et orienté vers un dispensaire.

Après un 1^{er} refus de prise en charge gratuite par un médecin, cet enfant a été orienté vers un autre médecin de dispensaire qui lui a remis un bon de gratuité.

Il nous semble que tous les enfants devraient être inconditionnellement pris en charge, d'autant plus lorsqu'ils ont des problèmes de santé qui relèvent de l'urgence.

2.3.5. Etat de santé des patients reçus

C'est une population stressée, fatiguée et surtout isolée sur le plan sanitaire et social, que nous avons rencontré. Le contexte général de précarité des populations reçues est aggravé par la pression policière.

Au cours du mois de mai, il n'y a pas un jour où nous avons consulté à Kaweni sans voir la PAF dans le quartier.

Lors des entretiens, **20% des patients (n = 46) disent souffrir d'une maladie chronique.** (Tableau 10).

L'hypertension est la pathologie chronique la plus fréquente dans la population rencontrée, suivi par **l'asthme et les anomalies congénitales cardiovasculaires.** Conformément aux informations échangées avec les médecins de l'île, les lithiases urinaires sont assez courantes aussi.

18% d'entre eux se sentent gênés par leur état de santé dans leur vie quotidienne, dont 30% fortement gênés.

Tableau 10 : Maladies chroniques

Hypertension non compliquée	10
Asthme	4
Anomalie congénitale cardio-vasculaire	4
Lithiase urinaire	3
Diabète non insulino-dépendant	3
Epilepsie	3
Anomalie congénitale neurologique	3
Hépatite virale	3
Brûlure cutanée	2
Trouble de la santé mentale	2
Troubles ophtalmologiques	2
Anomalie congénitale du tractus urinaire	2
Autres maladies chroniques	2
RAA/ maladie cardiaque rhumatismale	1
Dysthyroïdie	1
Anomalie congénitale NCA	1
Lèpre	1
Trouble de la fonction gastrique	1

2.3.5.1. Etat des vaccinations

La couverture vaccinale de la population reçue a été documentée par un interrogatoire des patients et l'étude des carnets de santé lorsqu'ils étaient présents. Pour le BCG sur la recherche d'une cicatrice. Concernant l'haemophilus, nous l'avons considéré comme à « priori à jour », pour les enfants vaccinés en PMI, car il n'est pas documenté sur les carnets et que la PMI nous a dit faire le vaccin systématiquement avec les autres.

Tableau 11 : Couverture vaccinale

	ROR	Tétanos	Diphtérie / Polio	BCG	Hépatite B	Coqueluche / haemophilus
Ne sait pas	74,1	45,7	64,2	29,7	73	77,8
Non	3,7	6,2	4,9	2,6	4,3	2,5
Oui (à jour)	19,1	27,2	22,2	29	20,9	2,5
Oui à priori	3,1	21	8,6	38,7	1,8	17,3
Taux de réponse	72	72	72	68,9	72,4	72

La couverture vaccinale est assez faible dans l'ensemble. Les rappels de tétanos sont surtout faits lors de la prise en charge de plaies. Mais ces données sont fragiles et difficilement interprétables compte tenu de la grande proportion des réponses « ne sait pas ».

Pour autant, **la couverture vaccinale à Mayotte se rapproche de celle enregistrée en population générale en métropole.**

Il faut souligner la difficulté de retrouver ces informations pour la population adulte en particulier, qui n'a pas l'ensemble des carnets depuis l'enfance (perdus, brûlés, mouillés, restés aux Comores...), qui ne connaît pas les vaccins reçus. Il n'existe pas de registres des vaccinations consultables dans les dispensaires.

Il faudra s'attacher à améliorer le suivi et la connaissance des couvertures vaccinales.

Tableau 12 : Couverture vaccinale des enfants de 0 à 6 ans

	ROR	Tétanos	Diphtérie / Polio	BCG	Hépatite B	Coqueluche / haemophilus
Ne sait pas	12,9	3,1	6,5	3,3	6,3	6,7
Non	16,1	9,7	9,7	13,3	15,6	10
Oui (à jour)	71	83,9	83,9	80	78,1	6,7
Oui à priori	0	3,2	0	3,3	0	76,7
Taux de réponse	88,6	88,6	88,6	85,7	91,4	85,7

La couverture vaccinale est en quasi-totalité effectuée par les structures de PMI, pour les enfants de 0 à 6 ans. (Tableau 12).

2.3.5.2. Statuts sérologiques

A Mayotte, les sérologies pour l'hépatite C sont faites, essentiellement au CDAG, dans le cadre d'une extension d'un bilan IST et donc le statut VHC des patients n'est, le plus souvent, pas connu. Nous n'avons donc pas d'informations spécifiques sur le VHC.

Les statuts sérologiques du VHB et du VIH sont connus plus particulièrement chez les femmes. Les femmes ont une porte d'accès aux soins durant leurs grossesses, puisque les PMI assurent le suivi des grossesses, jusqu'au 9^{ème} mois. C'est à cette occasion que le dépistage de l'hépatite B et du VIH est réalisé. Le statut VIH est moins connu, car les résultats n'apparaissent pas systématiquement sur le carnet, pour des raisons de confidentialité.

Tableau 13 : statut sérologique selon le sexe

	Hommes	Femmes	Total
% de statut VIH connu	6,1	21,8	15
% de statut VHB connu	6	34,4	22,5

3 sérologies hépatite B positives ont été retrouvées sur 36 statuts connus. Aucune sérologie positive pour le VIH n'a été repérée.

2.3.5.3. Dépendances

L'alcool et le cannabis sont les 2 principales addictions décrites par le Centre de Santé Mentale. Les dépendances identifiées dans notre échantillon concernent les **hommes jeunes** : 4 déclarent consommer de manière abusive de l'alcool, tous entre 20 et 29 ans. Même si ces chiffres sont assez faibles, il faut souligner que l'alcoolisation des jeunes est un phénomène récent à Mayotte, société musulmane où l'alcool est interdit, et devrait constituer une priorité de prévention chez les adolescents. 2 personnes consomment du cannabis et on retrouve 3,8% de fumeurs, entre 20 et 33 ans. Aucune dépendance à des médicaments n'a été retrouvée.

2.3.5.4. Violences et Maltraitances

La question de la violence ou de la maltraitance est un problème complexe, difficile à aborder dans une première consultation et les informations sont sous appréciées. Elle a été abordée avec 117 patients au cours d'une première consultation.

4 femmes ont parlé de maltraitance/ violence et 3 de violence psychique. Nous avons retrouvé des consultations pour coups et blessures sur les carnets de santé, mais les patientes ont toutes répondu : « c'était avant », avec un autre mari.

2.3.5.5. Diagnostics

189 consultations médicales ont été réalisées pour 168 patients.

➤ **Motifs de consultation**

Les principaux motifs de consultation par appareil sont :

- Syst. Digestif	21.1%
- Ostéo-articulaire	15.3%
- Peau	15.3%
- Respiratoire	14.2%
- Général et non spécifié	11.6%
- Neurologique	11.1%
- Grossesse, accouchement et PF	7.9%
- Cardio-vasculaire	6.3%
- Oreille	5.8%
- Système Urinaire	5.3%

Les résultats sont donnés en pourcentage du total de consultations, plusieurs motifs de consultation étant possibles. Ce que nous avons regroupé sous le terme « général et non spécifié » regroupe toutes les pathologies et symptômes qui ne peuvent pas être classés par appareil ou famille d'organe, selon la logique générale de la CISP (Classification Internationale en Soins Primaires), comme la fièvre ou les altérations de l'état général.

- **Chez les hommes**, les motifs les plus fréquents sont les problèmes de peau (20,5%) et ostéo-articulaires (20,5%), les troubles du système digestif (18%) et les problèmes respiratoires (17%).

- **Chez les femmes**, ce sont d'abord les troubles du système digestif (23%), les questions liées à la grossesse ou au planning familial (13,5%), les problèmes respiratoires (13%) et les troubles neurologiques (13%).

Les douleurs abdominales et les céphalées sont les principaux motifs de consultation. Dans cette plainte, on retrouve beaucoup **d'expression somatique** : céphalées tensives, ou douleurs abdominales non spécifiques, surtout chez les femmes. Ensuite viennent les problèmes de peau, très largement répandus et souvent négligés.

➤ **Résultats de consultation**

Les principaux résultats des consultations sont par appareil :

- Syst. Digestif	20.6%
- Peau	16.4%
- Ostéo-articulaire	15.9%
- Respiratoire	14.3%
- Grossesse, accouchement et PF	9.5%
- Général et non spécifié	9.5%
- Cardio-vasculaire	9%
- Neurologique	6.9%
- Oreille	6.9%
- Système Urinaire	4.8%

Les conditions de vie difficiles favorisent les **infections cutanées** et leur récurrence: manque d'hygiène, difficulté d'accès à l'eau et au savon, promiscuité... (dermatophytoses et impétigo). Le recours aux soins intervient tardivement dans son ensemble. Il existe un nombre considérable d'enfants avec des abcès, notamment du scalp. En général, les parents ne vont pas consulter spécifiquement pour cela, et la banalisation des infections cutanées est de règle. Souvent aussi pour le personnel soignant, qui ne va pas forcément traiter une dermatophytose ou une teigne, si elle n'est pas le motif de consultation. La pathologie cutanée ainsi négligée est source de complications importantes.

La **fécondité** est une notion importante dans la culture comorienne. Les consultations sur l'hypofertilité ou le désir de grossesse ont été fréquentes.

La prise en charge des **pathologies chroniques** et notamment des patients avec HTA ou asthme cortico-dépendants est souvent altérée par des ruptures de traitements. L'intérêt d'un traitement au long cours de la maladie chronique est encore débutante, tant qu'elle est asymptomatique, et la compréhension du traitement au long cours est mauvaise. Et même identifiés hypertendus ou asthmatiques, le renouvellement de leurs médicaments demande une provision mensuelle de 10 euros. Lorsque les patients n'ont pas cet argent, ils rencontrent des difficultés pour accéder aux consultations et ne vont, la plupart du temps, pas consulter.

Notons que la non compliance des chroniques existait avant la mise en place de la sécurité sociale du fait de l'absence d'éducation à ces maladies asymptomatiques que sont l'hypertension artérielle et le diabète.

6 souffles cardiaques ont été diagnostiqués. Aux dires des praticiens le RAA (Rhumatisme Articulaire Aigu) est fréquent à Mayotte et les difficultés d'accès aux soins rendent son dépistage aléatoire.

Concernant les **problèmes dentaires**, le délai de rendez-vous chez les dentistes du secteur public est d'environ 2 mois, et le soin d'une dent coûte 15 euros. Les patients vont donc attendre le plus longtemps possible avant de consulter. Et la consultation pour problème dentaire intervient donc quasi spécifiquement dans l'urgence et la douleur.

La **malnutrition** concerne 2 enfants de Kaweni, une fillette de 9 ans, orientée en pédiatrie, et un garçon de 2 ans, adressé en PMI. Il s'agit du rapport poids taille. Ceux avec des statuts nutritionnels limites, ont été recommandés auprès de la PMI qui organise le suivi et des consultations à domicile au besoin.

2.3.5.6. Retard d'accès aux soins

Selon un avis médical, **41,5% des premières consultations médicales (n=66) auraient du être traitées plus tôt**. Ces retards concernent essentiellement l'HTA, les dermatophytoses, les souffles cardio-vasculaires et les problèmes dentaires.

Le retard d'accès aux soins concerne à part égale les pathologies nécessitant une prise en charge à long et moyen terme (HTA, souffles cardio-vasculaires, anémies et asthme), que celles à court terme (dermatophytoses, infections respiratoires, otites et infections urinaires). La priorité de la santé est relative pour les populations rencontrées. L'obstacle financier conduit à un fort renoncement spontané des patients. Le suivi des pathologies chroniques est aléatoire (compréhension de la maladie, déplacements, provision financière). On retrouve la question de l'éducation à la santé (maladies chroniques, éducation nutritionnelle et hygiène) et de la prévention (dépistage RAA et santé bucco-dentaire).

2.3.5.7. Orientation

Les orientations des patients

- L'orientation vers le **dépistage des IST, du VIH, de l'hépatite B et de la tuberculose** a été faite vers le CDAG.

135 orientations autres que vers le CDAG ont été faites, et en particulier vers des dispensaires ou des consultations spécialisées, les PMI, l'hôpital et notamment vers les urgences.

- 2 personnes ont été orientées dès la première consultation médicale vers une procédure de **régularisation pour soins**.

2.3.6. Focus sur des publics spécifiques

2.3.6.1. Les femmes

Nous avons reçu 126 femmes qui représentent 56% de nos patients. 93% d'entre elles sont étrangères.

22,2% des femmes adultes que nous avons reçues vivent seules.

3 femmes sur 4 sont sans activité versus 56% des hommes.

Le revenu mensuel moyen du foyer déclaré par les femmes est de 107,32 euros.

64,1% des femmes étrangères sont sans titre de séjour. Si 14,4% d'entre elles ont été expulsées au moins une fois, cette proportion est doublée chez les hommes (29,5%). Les hommes semblent donc plus souvent expulsés que les femmes. Enfin 12,1% des femmes étrangères nées à Mayotte sont mineures.

Seules 7,1% des femmes adultes ont une couverture maladie. Les obstacles décrits pour l'accès aux soins sont principalement les difficultés financières (70,1%) et la méconnaissance des droits (18%).

La couverture vaccinale des femmes adultes est nettement mieux connue que celles des hommes. Pour le tétanos, 47,1 % des femmes ne connaissent pas leur statut vaccinal contre 80,9% des hommes et 48,5% des femmes (vs 14,9% des hommes) sont vaccinées ou à priori vaccinées. Le suivi des grossesses en PMI notamment explique en partie cette différence entre les deux sexes. Pour l'hépatite B, 92,6% des femmes adultes ne savent pas si elles sont vaccinées. Si le statut sérologique est réalisé au cours des suivis de grossesse, la vaccination reste donc mal connue.

Concernant l'état de santé des femmes, **le poids moyen des femmes adultes est 71,3 kg.** Nous n'avons pas calculé l'IMC. Toutefois, cette moyenne tend à suggérer des problèmes de surpoids chez les femmes adultes.

Les **motifs de consultations** ont été principalement :

Par appareil	Par plainte
- Système digestif : 25,3%	- Douleurs abdominales : 12%
- Grossesse : 16,9%	- Céphalées : 9,6%
- Neurologique : 15,7%	- Questions liées à la fécondité: 8,4%

Les principaux **diagnostics** retenus lors des consultations sont :

- Stérilité/ hypofertilité : 8,4%
- Autre grossesse : 7,2%
- HTA : 6%
- Dermatophytose : 4,8%

48 femmes ont été orientées vers des structures sanitaires :

- Dispensaires : 41,7%
- Consultations spécialisées : 31,3%
- PMI : 12,5%

32,4% des femmes adultes vues en consultation présentaient un retard d'accès aux soins.

2.3.6.2. Les mineurs

54 patients sont mineurs, 26 garçons et 28 filles, aucun mineur isolé n'a été identifié. La majorité d'entre eux (70,4%) ont été vus à Kaweni.

15% des patients vus à Koungou avaient moins de 18 ans, pour une proportion de 34% à Kaweni. Globalement, **91% des mineurs sont étrangers.**

86% des mineurs vivent avec leurs parents et 7% sont en famille, c'est-à-dire sans les parents.

2 filles mineures, de 16 et 17 ans, sont mères (une avec un enfant, l'autre avec 2 enfants)

4 enfants (19%) ont entre 6 et 18 ans et ne sont pas scolarisés.

L'étude des conditions de logement des mineurs fait apparaître qu'environ un tiers d'entre eux s'approvisionnent en eau à une borne ou chez les voisins et 3,6% dans des puits ou à la rivière. 76,4% des mineurs ont un accès à l'électricité. Leur logement est ressenti comme néfaste dans 56,8% des cas.

Le revenu moyen mensuel des ressources des foyers des mineurs est de 95,60 euros (30 réponses).

Seuls 4 mineurs (7,3%) ont une affiliation à la sécurité sociale (sur 7 ayants des droits théoriques (12,7%)).

Parmi les mineurs ayant une pathologie chronique :

- Anomalie congénitale neurologique (3)
- Asthme (1)
- Anomalie cardiovasculaire congénitale (2)

Parmi les mineurs ayant été malades dans les 6 derniers mois, **42,9% n'ont pas consulté**, et 55,1% ont consulté un médecin ou un dentiste.

5 mineurs ont été refusés par les structures sanitaires (4 par l'accueil, 1 par le dispensateur de médicaments).

Le renoncement aux soins intéresse 72,2 % des moins de 18 ans. Cela concernait une consultation avec un médecin pour 92,3% d'entre eux. Les causes du renoncement étaient pour 89,7% des raisons financières et pour 12,8% la peur de la police.

Les principaux **motifs de consultation** enregistrés par MDM ont été :

- Toux : 19,2%
- Congestion nasale : 11,5%
- Eruption généralisée : 9,6%
- Eruption localisée : 7,7%
- Fièvre : 7,7%

Les principaux **diagnostics** au décours des consultations sont :

- Infections respiratoires hautes : 11,5%
- Impétigo : 11,5%
- Bronchite : 11,5%
- OMA : 9,6%
- Dermatophytose : 5,8%

47 mineurs ont été orientés vers des structures sanitaires, soit :

- Dispensaires : 51%
- Consultations Spécialisées : 31,9% (pédiatrie ++)
- PMI : 14,9%

Un retard d'accès aux soins a été estimé pour 50% des mineurs au cours de la première consultation.

2.3.6.3. Les enfants de 0 à 6 ans (n=34)

Nous avons reçu 34 enfants de 0 à 6 ans, 18 garçons et 16 filles. 71% d'entre eux ont été vus à Kaweni. 11,4% avaient été accompagnés par leurs parents pour un avis social.

88,6% d'entre eux sont étrangers et 70% sont nés à Mayotte.

91,4% vivent avec leurs parents et 5,7 % en famille, sans leurs parents.

5 enfants de moins de 7 ans souffrent de pathologies chroniques (asthme, épilepsie, anomalie congénitale neurologique ou cardio-vasculaire).

3 enfants de 0 à 6 ans ont subi un refus d'accès aux soins dans une structure sanitaire, tous au niveau de l'accueil.

64,7 % des 0-6 ans, ou plus précisément les parents de ces enfants, ont renoncé aux soins dans les 12 derniers mois. Les causes énoncées sont pour 90,9 % des difficultés financières et pour 22,7% par peur de la police. On peut remarquer que ces chiffres sont plus élevés pour cette tranche d'âge que dans la population générale, démontrant la vulnérabilité des mères avec des enfants en bas âge.

Les enfants âgés de 0 à 6 ans ont une couverture vaccinale relativement bien documentée, du fait du suivi gratuit en PMI. La proportion de réponse « ne sait pas » est très faible par rapport à la population générale.

Tableau 14 : Couverture vaccinale des enfants de 0 à 6 ans

	ROR	Tétanos	Diphtérie / Polio	BCG	Hépatite B	Coqueluche / haemophilus
Ne sait pas	12,9	3,1	6,5	3,3	6,3	6,7
Non	16,1	9,7	9,7	13,3	15,6	10
Oui (à jour)	71	83,9	83,9	80	78,1	6,7
Oui à priori	0	3,2	0	3,3	0	76,7
Taux de réponse	88,6	88,6	88,6	85,7	91,4	85,7

Les principaux **motifs de consultation** sont :

- Toux : 27,3%
- Congestion nasale : 15,2%
- Eruption généralisée : 12,1%
- Fièvre : 9,1%

Et les **diagnostics** retenus:

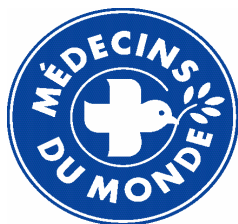
- Infection respiratoires hautes : 12,1%
- Impétigo : 15,2%
- Bronchite : 18,2%
- OMA : 12,1%

Nous avons réalisé **30 orientations** pour des enfants de 0 à 6 ans, soit :

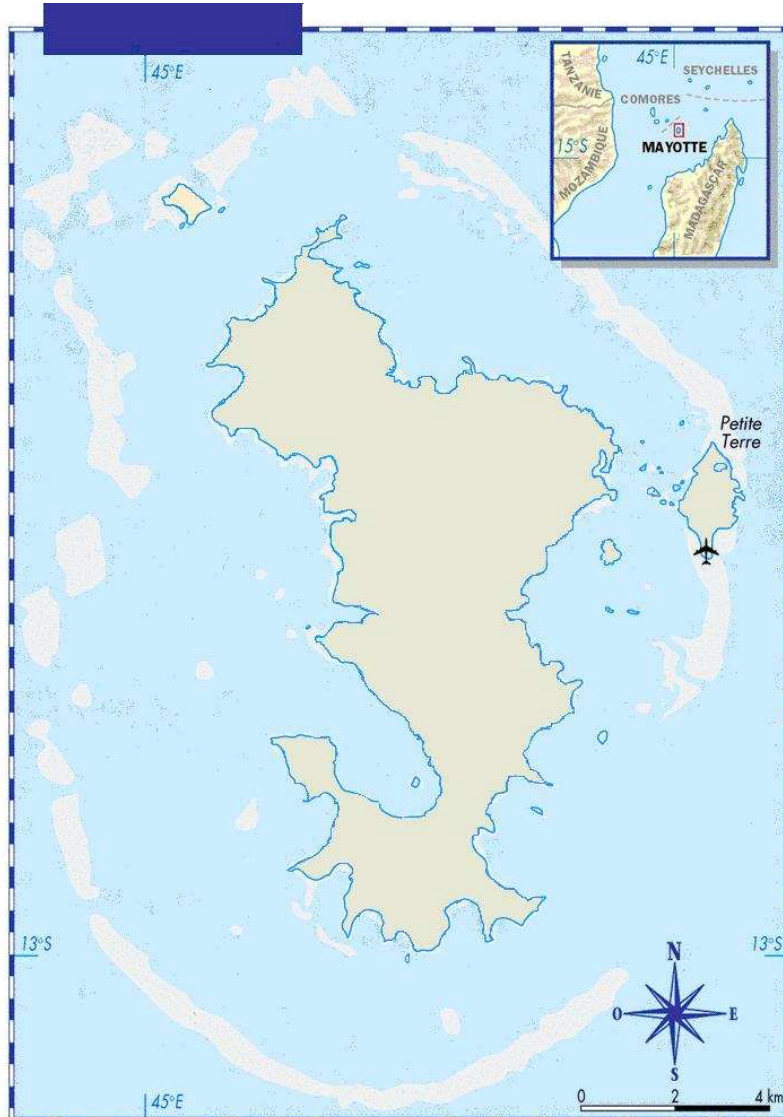
- Dispensaires : 18
- Consultations Spécialisées : 6
- PMI : 6

Plus de 1/3 des enfants de 0-6 ans présentaient un retard d'accès aux soins au cours de la première consultation.

3. DOCUMENT DE SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES A MAYOTTE, PRÉSENTÉ AUX PARTENAIRES EN SEPTEMBRE 2007



Les Difficultés d'accès aux soins à Mayotte



Mission France de *Médecins du Monde* Océan Indien

Contacts:
Médecinsdumonde.reunion@wanadoo.fr
tel:02 62 21 71 66

3.1. Contexte

- En 1976 rattachement par référendum de Mayotte à la France En 1995² l'instauration du visa génère un phénomène d'immigration non légale.
- l'évolution législative de la collectivité territoriale en collectivité départementale de Mayotte (CDM) amène la mise en place de la CGSS (caisse générale de la sécurité sociale). L'ordonnance du 12 juillet 2004 relative à l'adaptation du droit de la santé publique et de la sécurité sociale a prévu la fin de la gratuité des soins à l'hôpital et dans les dispensaires et exclue de fait 35 % de la population dite irrégulière (entre 50 et 70 000 personnes).
- 2001 : l'instauration de la CDM n'autorise pas la rétroactivité du droit coutumier en vigueur à Mayotte. La loi du 11 juillet maintient l'existence du statut civil de droit local et précise les possibilités de renoncer à ce statut au profit du statut civil de droit commun. Une partie de la population ainsi ne peut plus faire valoir son accès aux droits.
- Le projet s'est déroulé dans un contexte socialement tendu et politiquement difficile. La politique du Ministère de l'Intérieur encourage les expulsions avec des arrestations quotidiennes et un dépassement des objectifs fixés en 2006 : 13 253 reconduites à la frontière en 2006 sur 12 000 prévues (soit près de la moitié des expulsions pour tout le territoire national).

Dans ce contexte le système sanitaire et l'accès aux soins à Mayotte ont connu de profondes restructurations. Ni la CMU ni l'AME ne sont applicables à Mayotte.

a) **la population des affiliés sociaux** : jusqu'en 2010, la gratuité sera conservée pour les affiliés sociaux (Français ou migrants en situation régulière) : environ 10% de la population rencontrée par MDM.

b) **les étrangers dépourvus de titre de séjour** :

Pour avoir accès aux soins il faut payer directement au guichet un forfait (1/09/05) par type de soins de 10€ pour une consultation médicale à 300€ pour un accouchement.

Il n'y a que 2 exceptions

a) les « actes d'urgences » (vomissements, diarrhées profuses, fièvre élevée avec ou sans frisson, convulsions, troubles de la vigilance, troubles respiratoires)

b) pour les maladies transmissibles graves et durables.

² Un visa pour entrer à Mayotte est exigé pour les comoriens. Ceux-ci étant le plus souvent refusés, les non mahorais (qui sont des « étrangers ») ont un statut de « clandestin ».

3.2. Pourquoi MDM est allé à Mayotte :

De nombreux professionnels de santé ont alerté MDM à plusieurs reprises sur les difficultés d'accès aux soins pour une partie de la population depuis la nouvelle réglementation.

3.3. Les objectifs du projet:

Ce projet est planifié sur deux ans

Objectif 1 : améliorer l'accès aux soins des personnes en situation difficile ou irrégulière.

Objectif 2 : témoigner de leur état de santé et de leur accès effectif aux soins.

objectif 3:Rendre compte des conséquences des nouvelles lois sanitaires.

3.4. La première phase du projet

D'une durée de 6mois elle comprenait:

- Une enquête commandée au Gisti sur « les droits des étrangers à Mayotte : l'entrée et le séjour, la protection sociale ».
- La mise en place de consultations médico-sociales d'orientation.
- La constitution d'un réseau de partenaires.
- La mise en place d'un observatoire de l'accès aux soins et la réalisation d'un rapport.

3.5. Ce que MDM a réalisé du 15 janvier au 15 juin

Objectifs	Activités
Construction du réseau de soin	1/Rencontre avec 30 à 40 institutionnels
	2/Création d'un réseau informel
	3/Création du comité de pilotage (20 participants, et un noyau dur de 6)
Réalisation d'1 protocole de prise en charge en cas d'exclusion des soins	Observation terrain, négociations avec les partenaires
Aide directe aux patients	1/Mise en place de consultations médicales et sociales avec interprète sur 3 sites (Koungou, Kaweni et boboka)
	2/ orientation et accompagnement à la suite des consultations
	3/Avoir des protocoles écrits pour les maladies chroniques
	4/Information de type communautaire sur les droits sanitaires
	5/Action de prévention primaire (informations aux patients)
Développement d'un réseau associatif	1/Appui technique d'une association comorienne CCCP, une consultation d'orientation est réalisée au sein de cette association 2/Rencontre de nombreuses associations avec qui un travail en relais s'est établi
<u>Mise en place de l'observatoire</u>	1/Recueil de données adapté à la situation mayotte
	2/Création d'un masque de saisie
	3/ Traitement des données
	4/Production d'un rapport un mois avant la fin de la période
<u>Surveiller l'application des nouvelles lois sanitaires</u>	rapport aux décideurs

3.6. Résultats des consultations entre le 5 mars et le 29 mai 2007 :

Principaux résultats de l'Observatoire

Consultations sur 3 sites : Kaweni, kougou et Boboka du 5 mars au 19 mai 2007

	Population Générale	Femmes	Mineurs
Nombre de patients reçus	225	126	54 (24%)
Nombre total de consultations	356 189 consultations médicales		
Données sociodémographiques			
Moyenne d'âge	26,2 ans (population jeune)		
Nationalité	94,2% étrangers (comoriens à 98%) ESI : 81,8%	93% étrangères 2/3 sans titre de séjour	91% étrangers 57% nés à Mayotte (70% des 0-6 ans)
Durée de résidence à Mayotte	Première entrée : 8,7 ans Dernière entrée : 3,1 ans		
Expulsion des étrangers	21,2% expulsés au moins une fois Hommes surtout		
Lien social	1 personne sur 5 vit seule 2/3 mariages devant le fundi (non reconnu par l'état civil)	22,2% vivent seules	6% des 0-6 ans vivent sans les parents, mais en famille
Logement	¼ sans accès à l'électricité ¼ sans eau courante (9% s'approvisionnent à la rivière ou au puits)		¼ sans électricité 1/3 sans eau courante

	Population Générale	Femmes	Mineurs
Scolarisation	46% des plus de 6 ans jamais scolarisés		19% des 6-18 ans non scolarisés
Langues parlées	18% parlent le français 9 personnes sur 10 disent avoir besoin d'un traducteur		
Emploi et ressources	Montant moyen mensuel : 130,50 € 2/3 ressources issues de la famille / amis 40% ne savent pas le montant de leurs ressources mensuelles	¾ sans activité	
Accès aux soins			
Droits théoriques	13,8% de nos patients		12,7% des mineurs
Droits effectifs	7,5% de l'ensemble des patients (57% de ceux ayant des droits théoriques)	7,1% des femmes (50% de celles ayant des droits théoriques)	7,3% des mineurs (57% de ceux ayant des droits théoriques)
Raisons de la non affiliation	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de pièces d'identité (Révision état civil) - Absence du père pour affiliation d'un mineur - Méconnaissance des droits 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés financières pour aller à Mamoudzou 	
Obstacles	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés d'avance de frais : 76% - Méconnaissance des droits et structures : 24% - Peur de se déplacer : 17% 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés financières : 70% - Méconnaissance droits : 18% 	
Démarches	93,6% ont besoin d'accompagnement Seuls 1/3 peut compter sur quelqu'un		

	Population Générale	Femmes	Mineurs
Recours aux soins	½ des personnes ayant été malades dans les 6 derniers mois n'a consulté personne		
Renoncement	¾ de nos patients ont renoncé aux soins dans l'année écoulée Essentiellement pour des raisons financières (76%)		¾ des mineurs 90% pour des raisons financières 13% par peur de la police (23% pour les 0-6 ans)
Refus de soins	1 personne sur 8 Accueil ++		9% des mineurs
Retard d'accès aux soins	41,5%	32,4%	50%
Motifs de consultations	Système digestif Symptômes ostéo-articulaires Pathologies cutanées	Système digestif Grossesse et fertilité Céphalées	Appareil respiratoire Pathologie cutanée
Diagnostics		Hypofertilité et grossesse HTA Pathologie cutanée	Infections respiratoires hautes Infections cutanées
Couverture vaccinale	Non connaissance : entre 45 et 75%		Satisfaisante 0-6 ans (PMI) Médiocre 7-18 ans

Témoignages recueillis par Stéphanie Lafarge, coordinatrice médicale MdM

Les 2 enfants de Madame M. , âgés respectivement de 4 et 7 ans, sont vus le 18 avril 2007 au centre de MdM de Kaweni. Ils présentent tous les 2 des otites moyennes aiguës. Ils sont orientés vers le dispensaire de Jacaranda, où ils se présentent le 19 avril 2007. Le bureau des admissions les refuse tous les 2, car la maman ne peut pas payer les 10 euros, sans les orienter vers un personnel soignant. Le refus reste catégorique.

Mars 2007, Ahmed F., 9 mois et Abdallah A., 9 mois sont amenés au dispensaire d'Iloni par leurs mamans, l'un pour fièvre et rhume, l'autre pour diarrhées évoluant depuis 3 jours. Reçu par l'agent d'accueil, ce dernier n'a pas délivré de bon de consultation et devant l'impossibilité des mamans de fournir les 10 euros de provision demandés, il a renvoyé ces patients à la maison. Les enfants n'ont pas été vus par un infirmier. Ils ont consulté plus tard à la PMI, dans le cadre de rendez-vous pour des vaccinations, et où le médecin a diagnostiqué une bronchiolite fébrile et une diarrhée.

Etat de santé

Nous avons découvert une population mise en difficultés par le nouveau système de santé et surtout isolée sur le plan sanitaire et social.

20% des patients souffrent d'une maladie chronique (HTA le + fréquent puis asthme, anomalies congénitales cardiovasculaires...).

18% des patients se sentent gênés dans leur vie quotidienne par leur pathologie.

La couverture vaccinale n'est assurée que pour les moins de 6 ans en PMI.

Les principaux motifs de consultation sont : chez les hommes, par ordre décroissant :

problèmes de peau, ostéo-articulaires, les troubles du système digestif. Chez les femmes, par ordre décroissant : troubles du système digestif, les questions liées à la grossesse ou au planning familial, les problèmes respiratoires. Les céphalées tensives ou douleurs abdominales non spécifiques peuvent être l'expression somatique d'un stress. .

Les conditions de vie difficiles favorisent les **infections cutanées** et leurs récurrences: manque d'hygiène, difficulté d'accès à l'eau et au savon, promiscuité... (dermatophytoses et impétigo). Le recours aux soins intervient tardivement dans son ensemble.

La prise en charge des **pathologies chroniques** et notamment des patients avec HTA, diabète ou asthme cortico-dépendants est souvent altérée par des ruptures de traitements. le renouvellement de leurs médicaments demande une provision mensuelle de 15 euros. Lorsque les patients n'ont pas cet argent, ils rencontrent des difficultés pour accéder aux consultations et du coup, ne vont la plupart du temps même pas consulter.

La **malnutrition** : sur 26 enfants examinés, 23% des enfants rencontrés sont dénutris

3.7. Pourquoi MDM doit rester à Mayotte

- Les difficultés d'accès aux soins des plus précaires, leur état de santé, les retards de recours aux soins, les barrages dans l'accès aux soins (fondement de la MF, voir ci-dessus)
- favoriser l'application des lois à Mayotte
- Jusqu'à l'arrivée de MDM, il n'existait pas de réseau inter professionnel (institutionnels et associatifs) coordonné permettant de travailler sur des questions précises alors que nombre de professionnels sont préoccupés par la situation de Mayotte. Les professionnels mobilisés sont multiples, MDM a créé un comité de pilotage actif et bénévole qui a accompagné la mission depuis le début, facilité le recueil de données, les contacts.
- contribuer à l'enquête lancée par l'Agence Française du Développement sur l'évaluation des différentes modalités du recours aux soins à Mayotte et leurs déterminants. Il s'agit d'une enquête épidémiologique observationnelle réalisée en population générale.
- avoir une expertise croisée sur les Dom Tom et les régions dites ultra périphériques à partir de Cayenne, La Réunion et Mayotte.

3.8. Proposition pour la suite du projet

1. **Organisation de consultations médicales d'orientation** mobiles sur divers sites de Mayotte. Orientations et accompagnements vers les acteurs de santé (avec conventions ou protocoles si possible)
2. **Mise en place d'actions de prévention et de dépistage** (hygiène, nutrition, santé bucco dentaire, couverture vaccinale, nécessité de recourir aux soins sans attendre...) auprès des personnes en situation de précarité :
 - structure fixe : en partenariat avec les dispensaires (salles d'attentes), le COTES (comité territorial d'éducation pour la santé), les PMI, le CHM, la croix rouge...
 - Actions de proximité : séances d'éducation à la santé dans des quartiers insalubres (infections cutanées, diarrhées, fièvres...), en lien avec les PMI.
3. Il s'agit, à travers ces activités de **promouvoir un l'accès aux soins pour tous** à Mayotte et de limiter les zones de non droit.
 1. - poursuivre l'observatoire de l'accès aux soins pour pointer ce qui n'est pas traité
 2. - faire respecter ce qui existe, en particulier l'accès aux actes dits urgents définis par l'ARH (vomissements, diarrhées profuses, fièvre élevée avec ou sans frisson, convulsions, troubles de la vigilance, troubles respiratoires.)

3. -obtenir une prise en charge adaptée des maladies chroniques.
4. -obtenir que le centre de rétention mette en place un accès aux soins auprès des personnes qui sont en cours d'expulsion.
5. -favoriser l'augmentation des personnes pouvant être affiliées à la sécurité sociale. La révision de l'état civil mise en place en 2000 ne sera effective qu'en 2011. En attendant, 15 000 dossiers sont en attente =>difficultés d'accès aux pièces d'identité qui conditionnent l'accès à la sécurité sociale, au logement, au travail, à l'éducation...
6. -favoriser les régularisations pour raisons médicales, notamment en demandant l'application des textes.

Il s'agit pour MdM, en lien avec les professionnels de santé et institutions, d'accompagner la transition du statut de Mayotte (collectivité départementale) vers celui d'un Département d'Outre Mer (horizon 2010) afin que l'accès aux soins pour tous fasse partie des priorités.

Le budget prévisionnel (septembre 2007- décembre 2007)

- 25 000 euros (les frais des salariés : 1 interprète et 1 coordinateur médical)

Le BP 2008 peut être estimé à 100 000 euros

3.9. LES ASSOCIATIONS PARTENAIRES

Nom de l'association	Localisation	Activités	Partenariat
CCCP	Mamoudzou	Promotion des droits et les libertés des étrangers - Fédération du mouvement associatif communautaire et national dirigé	Mise à disposition d'un local pour les associations pour les réunions et permanence
			Permanence de MdM / RESFIM / juristes bénévoles
			Mise en réseau des associations, diffusion des contacts
COTES	M'Tsapere	Education sanitaire et Promotion de la santé	Mise à disposition de supports et outils pédagogiques
			Equipe mobile d'animateurs disponibles pour des actions de terrain
			Possibilité de campagne malnutrition, hygiène en partenariat COTES/CROIX ROUGE/ MdM
RESFIM		Promotion de l'éducation et des droits des enfants scolarisés.	Coopération au sein de la CCCP, soutien à la coordination de l'association
			Réseau commun
CIMADE		Promotion des droits des étrangers / CRA	Mise en place d'une CIMADE
			Etablissement d'un réseau sur le droits des étrangers
CROIX ROUGE	Passamainty	Soutien sanitaire, aide alimentaire et vestimentaire	Possibilité d'actions de terrain communes, de prévention et d'éducation sanitaire, pour augmenter la couverture géographique
		Soutien scolaire	Remarque: départ de la chef de mission, qui était un contact très privilégié.
Solidarité Mayotte	Cavani	Soutien demandeurs d'asile et étrangers en situation irrégulière	Projet de distribution alimentaire aux diabétiques en situation irrégulière: partenariat envisagé avec MdM
Secours Catholique	Mamoudzou	Soutien demandeurs d'asile et étrangers en situation irrégulière	Mise en commun du réseau
APREDEMA	M'Tsapere	Prévention de la délinquance	Prise en charge de patients
Club des familles des jeunes diabétiques de Mayotte	Mamoudzou	Soutien et encadrement des enfants diabétiques	Participation au comité de pilotage
Les Enfants de l'île aux Parfums	La Réunion	Soutien des enfants Evasan	

