



migrants Mayotte



migrants outre-mer

Paris-Mamoudzou, le 30 janvier 2009

A Monsieur Louis Schweitzer
Président
Haute autorité de lutte contre les discriminations et
pour l'égalité
HALDE
11, rue Saint-Georges
75009 Paris

A Madame Versini
Défenseure des enfants
104 Boulevard Blanqui
75013 Paris

Objet : nouvelles réclamations présentées par le Collectif Migrants-Mayotte¹ et par le Collectif Mom (Migrants Outre-mer)² concernant les carences et discriminations en matière d'accès à une protection maladie et d'accès aux soins à Mayotte

Monsieur le Président,

Madame la Défenseure des enfants,

Cette nouvelle réclamation vient compléter une précédente envoyée en février 2008 relative à l'impossibilité d'accès aux soins à Mayotte pour les étrangers en situation précaire³, réclamation qui a donné lieu à une première réaction bienvenue de la Défenseure des enfants à la suite de sa venue sur l'île⁴.

Ce courrier est également complémentaire d'une autre saisine récente du 8 janvier 2009 concernant plus spécifiquement l'aide sociale à l'enfance (ASE) à Mayotte, l'accès à une

¹ **Collectif Migrants-Mayotte** : Cimade-Mayotte ; CCCP (Coordination pour la Concorde, la convivialité et la paix) ; Médecins du monde Mayotte ; Resfim (Réseau éducation sans frontières île de Mayotte) ; Solidarités-Mayotte.

² **Collectif Mom** : ADDE (avocats pour la défense des droits des étrangers) ; AIDES ; Anafé (association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers) ; CCFD (comité catholique contre la faim et pour le développement) ; Cimade (service œcuménique d'entraide) ; Collectif Haïti de France ; Comede (comité médical pour les exilés) ; Gisti (groupe d'information et de soutien des immigrés) ; Elena (les avocats pour le droit d'asile) ; Ligue des droits de l'homme ; Médecins du monde ; Secours Catholique / Caritas France

³ Saisine par AIDES, Cimade, Collectif Migrants-Mayotte, Gisti et Médecins du Monde relative à l'impossibilité d'accès aux soins pour les étrangers en situation précaire à Mayotte (22 février 2008).

(<http://www.gisti.org/spip.php?article1090>)

⁴ *Regard de la Défenseure des enfants sur la situation des mineures à Mayotte*, annexe au rapport 2008, octobre 2008, 23 pages (http://www.defenseurdesenfants.fr/pdf/MAYOTTE_COMP.pdf)

protection maladie et aux soins pour les enfants confiés à l'ASE, et plus généralement l'accès à une protection maladie des enfants étrangers gravement malades⁵.

Dans la présente réclamation, à partir de nouveaux éléments rassemblés à l'occasion d'une mission effectuée à Mayotte dans le cadre du collectif Migrants Outremer (Mom) et en coordination avec des membres du collectif Migrants Mayotte, nous souhaitons vous saisir de manière plus complète de **la question des carences et discriminations en matière d'accès à une protection maladie et d'accès aux soins à Mayotte**⁶.

Les éléments que nous vous soumettons mettent en évidence des textes ou des pratiques illégales graves et manifestement discriminatoires en matière d'accès à une protection maladie et d'accès aux soins, à l'encontre d'enfants et d'adultes. La Défenseure des enfants, dans son dernier rapport, a déjà pris la mesure d'une partie des problèmes. La HALDE, quant à elle, ne s'est pas encore prononcée.

Pour comprendre le contexte de cette saisine, il faut repartir d'un constat accablant : **un quart à un tiers de la population de Mayotte, des enfants et des adultes, des Mahorais (Français) et des étrangers, sont privés de protection maladie et, sauf dans certaines situations d'urgence, également de tout accès aux soins.**

Cette exclusion massive de la protection maladie et des soins est très dommageable du point de vue de la santé publique, a fortiori dans une île où les maladies infectieuses et transmissibles ou liées à la pauvreté sont très importantes. Elle est aussi regrettable du point de vue d'une bonne gestion des deniers publics puisqu'elle conduit à ne soigner des personnes malades que lorsque leur pathologie a atteint un stade avancé de gravité, ce qui est bien sûr préjudiciable aux malades et ce qui se traduit par une prise en charge tardive, nécessitant alors des soins devenus urgents et/ou bien plus lourds et coûteux que si les personnes malades avaient été couvertes par une protection maladie et avaient reçu plus tôt une prise en charge médicale.

Cette exclusion aboutit surtout à des atteintes répétées des droits fondamentaux des personnes et en particulier des enfants, atteintes dont le caractère manifestement discriminatoire et illégal ne pourra vous échapper. Il s'agit de violations de **droits fondamentaux pourtant protégés par de nombreuses obligations internationales auxquelles est soumise la France (1)**. Pour pouvoir comprendre les illégalités et discriminations en matière de protection maladie et/ou d'accès aux soins sur l'île, il est également nécessaire de tenir compte du contexte et notamment des **caractéristiques spécifiques du système de santé de Mayotte (2)**, très différent du système existant en métropole et dans les DOM.

Les discriminations y prennent des formes nombreuses et la situation est difficile à saisir dans son ensemble car **les textes ou pratiques discriminatoires sont fondés sur plusieurs critères et concernent des dispositifs distincts.**

Les **critères** des discriminations dénoncées dans notre interpellation sont en effet de divers ordres :

- des discriminations liées à l'origine nationale (fondées sur la nationalité), touchant des ressortissants étrangers, des enfants et des adultes.

⁵ Saisine des collectifs Migrants-Mayotte et Mon relative aux conséquences sur la santé des enfants des manquement du Conseil général de Mayotte en matière d'aide sociale à l'enfance (8 janvier 2009), « Protection et santé des enfants à Mayotte. Les manquements du Conseil général » (<http://www.gisti.org/spip.php?article1347>)

⁶ D'autres saisines complémentaires sont prévues sur des problèmes d'accès discriminatoires à d'autres dispositifs de protection sociale (prestations familiales, allocation pour adulte handicapé, minimum vieillesse ou allocation spéciale pour les personnes âgées, assurance accidents du travail, prestations du règlement d'aide sociale du Conseil général de Mayotte). Nous nous tenons dès à présent à votre disposition concernant toutes ces questions.

- des discriminations fondées sur la situation familiale et des discriminations par association du fait de l'origine nationale, concernant des ressortissants français et étrangers, et leurs enfants, exclus parce que membre de famille (conjoint ou enfant) d'une ressortissante étrangère en situation irrégulière.
- des discriminations concernant des ressortissants français, des enfants et adultes mahorais d'origine, ressortissants français de « seconde zone » en quelque sorte, qui se voient en conséquence refuser des droits sociaux en raison de leur origine sociale et de leur lieu de naissance, victimes d'un service public d'état civil défaillant.

En outre, les discriminations dénoncées dans ce courrier portent sur **des dispositifs très différents** (reposant sur des textes distincts) : **assurance maladie** (sécurité sociale spécifique de Mayotte), **soins d'urgence** (code de la santé publique), **aide sociale en matière médicale** (règlement du Conseil général de Mayotte).

Dans ce courrier, après un rappel des textes internationaux protégeant les droits des personnes humaines en matière de protection maladie, d'accès aux soins et de santé (1) et après avoir présenté les spécificités du système de santé à Mayotte (2), nous présenterons successivement en détail :

- les discriminations relatives au dispositif d'**assurance maladie tel que prévu par l'ordonnance n°96-1122 modifiée (3)**.
- les discriminations au niveau du **mécanisme de prise en charge des soins en cas d'urgence tel que prévu par le code de la santé publique (4)**
- les discriminations au niveau des **prestations d'aide sociale de la compétence du Conseil général de Mayotte (5)**.

Il appartient à la HALDE et à la Défenseure des enfants de constater le caractère discriminatoire des divers textes et pratiques relatifs à l'accès à une protection maladie et l'accès aux soins à Mayotte, et à recommander aux pouvoirs publics, dans les plus brefs délais, d'y mettre fin en supprimant toute restriction dans l'accès aux soins, a fortiori pour les mineurs.

Portant sur une multitude de dispositifs, de textes et de pratiques qui aboutissent à de nombreuses formes de discriminations à l'encontre d'adultes et d'enfants, des étrangers mais aussi des Français d'origine Mahoraise, notre analyse est très longue. Elle conduit à vous présenter une longue liste de demandes ou propositions qui pourraient finalement se ramener à une seule recommandation simple : **permettre à tous les êtres humains résidant à Mayotte, a fortiori les enfants, l'accès sans discrimination à une protection maladie et aux soins, ou, pour le moins, parvenir à la situation qui prévaut en métropole et dans les DOM⁷.**

Si nous avons examiné dans cette réclamation la quasi-totalité des dispositifs, des textes et des pratiques aboutissant à des discriminations à Mayotte en matière d'accès à la protection maladie et d'accès aux soins, c'est parce qu'il nous semble nécessaire de prendre la mesure complète du problème. Face à une situation de **discrimination systémique**, une réponse globale serait souhaitable⁸. Mais des réponses séparées à chacune des questions spécifiques soulevées dans ce courrier seront également les

⁷ Par exemple, en étendant l'aide médicale de l'Etat (AME) à Mayotte, et ce serait a minima compte tenu que devrait s'appliquer le principe de l'égalité de traitement concernant tous les enfants. La Défenseure des enfants a déjà souligné la nécessité de réformer le dispositif en vigueur à Mayotte, elle estime dans son rapport 2008 que ce dispositif est « *manifestement contraire à la Convention internationale des droits de l'enfant et à la décision du Conseil d'Etat du 7 juin 2006 (CE, association Aides et autres n°285576) qui a énoncé clairement, sur la base de l'article 3-1 de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), que les enfants ne peuvent être soumis à aucune restriction d'accès aux soins. Cet arrêt vise les enfants nés et à naître, ce qui inclut l'accès aux soins pour les femmes enceintes* »

⁸ La HALDE a déjà jugé ainsi de situations de discriminations présentant un caractère systémique, qu'il s'agisse des travailleurs saisonniers agricoles étrangers des Bouches-du-Rhône (délibération 2008-283 du 15 décembre 2008, http://www.halde.fr/IMG/pdf/deliberation_halde_saisonniers_-2.pdf) ou encore des gens du voyage vivant en France (délibération n°2007-372 du 17 décembre 2007 http://www.halde.fr/IMG/pdf/Deliberation_de_la_HALDE.pdf).

bienvenues dès lors qu'elles aideront à faire reculer les discriminations et les illégalités constatées.

Nous reprenons dans la page suivante les demandes et propositions détaillées auxquelles ont abouti les observations et analyses qui sont développées de façon approfondie dans la suite de ce courrier.

Le collectif Migrants Mayotte et le collectif Migrants Outre-mer (Mom), signataires de cette saisine, restent à votre disposition pour vous apporter toute précision complémentaire sur ce dossier.

Nous vous demandons également d'être tenus informés des suites données à cette réclamation.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, Madame la Défenseure des enfants, l'expression de nos considérations distinguées,

Les collectifs Migrants-Mayotte et Migrants Outre-mer

Contacts pour cette saisine :

Marie Pierre Auger pour le collectif Migrants Mayotte – 06 39 60 63 42

mdmrmayotte@gmail.com

Antoine Math pour le collectif Migrants Outre-mer (Mom) – 06 60 02 50 84 -

[antoine.math\(aobas\)noos.fr](mailto:antoine.math(aobas)noos.fr)

Adresse et coordination du collectif Mom :

Marie Duflo

Gisti – 3 Villa Marcès – 75 011 Paris

01 43 14 80 32

duflo@gisti.org

Liste des demandes et propositions face aux illégalités et discriminations en matière d'accès à une protection maladie et d'accès aux soins

Assurance maladie prévue par l'ordonnance n°96-1122 modifiée (point 3 de l'analyse)

Demande n°1 à propos des discriminations fondées sur l'origine subies par les nombreux Mahorais sans état civil

Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE :

- 1. de reconnaître ou rappeler le caractère insupportable des discriminations massives à l'encontre des Mahorais sans état civil.
- 2. de demander à la CSSM de fournir les statistiques sur le nombre d'assurés sociaux (adultes et ayant droit mineurs), en distinguant les ressortissants français et les étrangers, et parmi ces derniers, en distinguant selon le titre de séjour fourni.
- 3. pour mettre fin à ces discriminations dont les conséquences sont gravissimes sur la santé des personnes et sur la santé publique en général, d'intervenir plus fermement auprès des autorités nationales et locales pour qu'elles remplissent leurs obligations en matière de service public de l'état civil, en particulier en attribuant des moyens exceptionnels à la CREC.
- 4. dans l'attente de la résorption du retard de la CREC qui prendra forcément encore des années et donc pour mettre fin au plus tôt aux discriminations en matière d'accès aux soins, de demander aux autorités et à la CSSM de mettre effectivement en œuvre le dispositif d'immatriculation et d'affiliation provisoire, c'est-à-dire adopter une position transitoire très souple en matière d'exigence d'état civil pour l'affiliation à l'assurance maladie. Les affiliations peuvent être effectuées sur la base d'éléments de présomption, avec état civil provisoire à l'assurance maladie (comme cela est prévu pour les demandeurs d'asile), pour toute personne affirmant être mahoraise, éventuellement en demandant la présentation d'une pièce (justificatif de demande ou de démarches entreprises auprès de la CREC, attestation d'un élu, attestation d'un professionnel de santé, témoignages, etc.). Etant donné la situation particulière et vulnérable des enfants, et la protection dont ils doivent bénéficier en raison des textes internationaux qui exigent l'obligation d'une prise en charge maladie, cette présomption doit être accordée sur la base d'une simple attestation sur l'honneur dans le cas des personnes ayant des enfants à charge.

Demande n°2 à propos des discriminations en raison de la situation familiale du fait de la condition d'enfant à charge spécifique à Mayotte

Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir auprès du gouvernement et du législateur en vue d'une modification de l'article 19 III de l'ordonnance n°96-1122 modifiée pour mettre fin à une discrimination en raison de la situation familiale. Pour ce faire, il convient d'étendre la notion d'ayant droit, conformément à la législation applicable en métropole et dans les DOM (article L 313-3 code de la sécurité sociale), au mineur à charge du conjoint de l'assuré social. Cela se justifie aussi par le nécessaire mouvement de rapprochement des législations qui doit se mettre en œuvre dans le cadre du processus de départementalisation de Mayotte.

Demande n°3 à propos des discriminations par association du fait de l'origine nationale pour les Français et étrangers, et leurs enfants, membres de famille (conjoint ou enfant) d'une étrangère en situation irrégulière

Afin que soit mis fin aux discriminations causées par le 3^{ème} alinéa de l'article 20 de l'ordonnance n°96-1122 modifiée, nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir :

- 1. auprès de la CSSM, pour la féliciter et l'encourager à continuer à respecter le droit en n'appliquant pas la disposition prévue par l'alinéa 3 de l'article 20 de l'ordonnance n°96-1122 modifiée qui est manifestement inconventionnelle et qui doit donc bien continuer à être écartée devant des normes juridiques supérieures (la CIDE en particulier) ;
- 2. auprès du gouvernement et du législateur pour leur demander de supprimer cet alinéa discriminatoire, et contraire aux textes internationaux..

Demande n°4 relative à l'exclusion des mineurs isolés ou abandonnés de la possibilité d'être assuré social en leur nom propre.

Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir auprès des autorités et de la CSSM pour permettre l'affiliation, en leur nom propre, des mineurs isolés ou abandonnés, et mettre ainsi fin aux discriminations en matière d'accès à la protection maladie et d'accès aux soins. Compte tenu des conséquences contraires aux normes internationales protégeant les enfants, ce changement de pratique pourrait s'effectuer rapidement sans attendre une modification de l'article 19 de l'ordonnance n°96-1122 modifiée et/ou sans attendre le jour où le Conseil général de Mayotte remplira sa mission au titre de l'aide sociale à l'enfance (ASE).

Demande n°5 relative aux discriminations subies par les demandeurs d'asile et leurs enfants

Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir auprès des autorités et de la CSSM pour respecter les textes internationaux et en particulier la Convention de Genève sur les réfugiés, et donc de permettre, comme en métropole et dans les DOM, l'affiliation à l'assurance maladie de tous les demandeurs d'asile et de leurs enfants, sans exiger ni condition tenant au travail, ni condition de durée de résidence préalable, ni autre condition ou obstacle abusif.

Demande n°6 relative aux discriminations causées par l'exigence de conditions d'autorisation de travail et de durée de résidence préalable

Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir :

- 1. auprès des autorités pour demander la modification de la disposition de l'article 19 II.2 de l'ordonnance n°96-1122 modifiée en ce qu'elle impose aux étrangers en situation régulière, et à leurs enfants, une condition supplémentaire de durée de résidence préalable en situation régulière pour l'accès à l'assurance maladie, ce qui est contraire à plusieurs textes internationaux, et s'avère particulièrement préjudiciable aux étrangers et à leurs enfants dans un système où il n'existe pas de dispositifs alternatifs pour les exclus de l'assurance maladie (comme, en métropole, l'aide médicale de l'Etat) ;
- 2. auprès des autorités pour demander la modification de la disposition de l'article 19 II.2 de l'ordonnance n°96-1122 modifiée en ce qu'elle impose aux étrangers en situation régulière une autre condition supplémentaire tenant au travail pour l'accès à l'assurance maladie de base, ce qui est contraire à plusieurs textes internationaux et ce qui n'existe d'ailleurs pas en métropole et dans les DOM (CMU de base) ;
- 3. auprès de la CSSM pour, en attendant la modification de cette disposition législative, écarter sans délais ces dispositions contraires à des normes juridiques internationales supérieures.

Demande n°7 relative à l'interprétation restrictives et discriminatoires de la condition de régularité de séjour.

Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir auprès des autorités et de la CSSM pour leur demander de ne pas faire d'interprétation restrictive de la condition de régularité de séjour posée par l'ordonnance n°96-1122 modifiée, et comme c'est le cas en métropole et dans les DOM pour l'application de la condition de régularité de séjour concernant la CMU de base, d'accepter tout document attestant d'un droit au séjour, y compris tout document attestant d'une démarche en cours en

préfecture (comme préconisé en métropole et dans les DOM, par la circulaire ministérielle DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000).

Demande n°8 relative aux discriminations causées par les ruptures de droit à l'assurance maladie.

Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir :

- 1. auprès du gouvernement et du législateur pour qu'une règle de maintien des droits (comme il en existe une en métropole et dans les DOM, figurant à l'article L 161-8 du code de sécurité sociale) soit introduite dans la réglementation relative à l'assurance maladie de Mayotte. Sans attendre une modification de l'ordonnance n° 96-1122 modifiée, ce maintien des droits pourrait être préconisé par une simple instruction, comme c'est le cas en métropole pour certains droits sociaux.
- 2. auprès de la CSSM pour que, sans attendre, elle adopte une position souple et intelligente consistant à éviter les ruptures de droits liés à l'expiration des titres de séjour et aux difficultés de renouvellement imputables aux défaillances de la préfecture. Tout devrait être mis en œuvre pour éviter les ruptures de droit, comme c'est le cas en métropole et dans les DOM.

Demande n°9 relative à l'exclusion et aux discriminations subies par les enfants d'étrangers sans papiers

Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir auprès des autorités et de la CSSM pour permettre l'affiliation, en leur nom propre, de tous les mineurs non couverts (car pas à la charge d'un assuré social) et mettre ainsi fin aux discriminations en matière d'accès à la protection maladie et d'accès aux soins. Compte tenu des conséquences actuelles contraires aux normes internationales protégeant les enfants, de simples instructions (comme c'est d'ailleurs fait en métropole et dans les DOM) pourrait permettre rapidement ce changement de pratique (sans devoir attendre une modification de l'ordonnance n° 96-1122 modifiée).

Dispositif relatif aux soins urgents à Mayotte prévu par le code de la santé publique (point 4 de l'analyse)

Demande n°10 relative aux obstacles discriminatoires causés par l'exigence non seulement du paiement de l'intégralité des soins reçus mais également, avant même la délivrance de tout soin, de l'obligation faite de verser une provision

Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir auprès des autorités nationales, de l'ARH de la Réunion et du Centre hospitalier de Mayotte pour qu'ils renoncent à exiger le paiement d'une provision en préalable à la délivrance des soins, car cette exigence exorbitante sur une île aussi pauvre crée des obstacles insurmontables et discriminatoires dans l'accès aux soins pour les non assurés sociaux adultes et enfants, mahorais ou étrangers.

Demande n°11 relative à la procédure de filtrage mise en place pour l'accès aux soins

Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir :

- 1. auprès des autorités nationales, de l'ARH de la Réunion et du Centre hospitalier de Mayotte pour, qu'à défaut de supprimer l'exigence du paiement d'une provision (cf. demande n°10), qu'au moins soit rappelée que la notion d'urgence repose sur la définition donnée par l'article L 6416-5 du code de santé publique et qu'au moins aucune procédure de filtrage pour décider du caractère non urgent d'un soin ne soit effectuée par des personnes autres que des médecins, seuls qualifiés pour le faire ;
- 2. si un tel filtrage discriminatoire devait être maintenu, qu'à tout le moins, toute décision de refus de soin soit notifiée avec les voies et délais de recours aux intéressés afin que ces derniers puissent avoir la possibilité de la contester.

Demande n°12 relative à l'interprétation et l'application de la notion de soins urgents, en général, et aux mineurs en particulier

Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir :

- 1. auprès des autorités, de l'ARH de la Réunion et du CHM pour que la définition des soins urgents soit appliquée sans aucune discrimination et sans aucune interprétation restrictive, ce qui implique nécessairement - la lettre des dispositions législatives étant absolument identique - d'appliquer la même définition de la notion de soins urgents qu'en métropole et donc, en conséquence d'inclure parmi les soins urgents ceux préconisés par la circulaire DHOS/DSS/DGAS n°141 du 16 mars 2005. Le gouvernement pourrait profiter du décret prévu par l'article L 6416-6 du code de la santé publique (mais jamais publié à ce jour) pour donner de telles instructions ;
- 2. qu'à tout le moins, tout soin délivré à un mineur soit réputé répondre à la condition d'urgence (comme c'était le cas en métropole avec la circulaire précitée jusqu'à ce que, pour les enfants, un accès immédiat et sans condition à une meilleure protection - l'AME - soit garanti).

Aide sociale dans le domaine médical prévu par le règlement des aides sociales du conseil général de Mayotte (point 5 de l'analyse)

Demande n°13 sur les dispositifs d'aide sociale du Conseil général destinés à une prise en charge maladie

Nous demandons à la HALDE et à la Défenseure des enfants :

- 1. de demander au Conseil général des informations sur l'effectivité des prestations d'aide sociale générale suivante : « aide médicale », « frais d'optique », « déplacements médicalisés » (prévus respectivement par les articles 8, 12 et 13 du « Règlement d'aide sociale de la collectivité départementale de Mayotte »). A cette fin, la communication de toutes les données ayant vocation à être publiques pourrait être demandée au Conseil général, tels les montants dépensés et le nombre de bénéficiaires pour chacun de ces dispositifs, avec une répartition des données de bénéficiaires entre assurés sociaux et non assurés sociaux d'une part, Français et étrangers d'autre part ;
- 2. d'intervenir pour que soit rapidement supprimée la condition de nationalité notoirement discriminatoire prévue par l'article 3 du « Règlement d'aide sociale de la collectivité départementale de Mayotte » de 2007 ;
- 3. d'intervenir énergiquement auprès des représentants de l'Etat, plus particulièrement des responsables dans le domaine sanitaire et social pour leur rappeler que leur mission est de contrôler la légalité des actes sur l'île et leur demander comment ils ont pu laisser « passer » une telle discrimination sachant qu'ils n'ont pas pu ne pas avoir connaissance de ce règlement et de son contenu ; pour rattraper cette faute, de demander au préfet, conformément à l'article LO6181-8 du code général des Collectivités territoriales applicable à Mayotte, de déclarer au plus vite les dispositions discriminatoires prises par le Conseil général de Mayotte, nulle de plein droit comme le lui impose la loi ;
- 4. d'enquêter sur cette grave discrimination décidée en toute impunité, d'en mettre à jour les causes et les responsabilités, le cas échéant en saisissant le procureur de la République sur le fondement de l'article 225-1 du code pénal et conformément à la jurisprudence de la Chambre criminelle de la Cour de Cassation ;
- 5. d'établir le lien - les causes pouvant en être les mêmes - entre cette discrimination et les autres manquements et pratiques discriminatoires du Conseil général, en particulier ceux déjà mentionnés dans une saisine sur l'aide sociale à l'enfance (ASE) que nous vous avons adressée le 8 janvier 2009.

1. LES DISCRIMINATIONS ET LES EXCLUSIONS DANS LE CHAMP DE LA SANTE SONT INTERDITES PAR DE NOMBREUSES NORMES (AU NOM DU DROIT A LA SANTE, DROIT A UNE ASSISTANCE MEDICALE, DROIT A UNE PROTECTION MALADIE, INTERET PRIMORDIAL ACCORDE AUX ENFANTS)

1.1. Le droit à une assistance médicale et le droit à la santé, sans discrimination, pour tout être humain

La charte sociale européenne offre une protection dans de nombreux domaines, notamment la protection sociale. La jouissance de ces droits est en outre complétée par une clause générale de non discrimination.

Article 11 – Toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre.

Article 13 – Toute personne démunie de ressources suffisantes a droit à l'assistance sociale et médicale.

S'agissant du droit à une l'assistance sociale et médicale

Le Comité des droits sociaux du Conseil de l'Europe a affirmé que la protection de la Charte sociale européenne doit profiter aux personnes en situation irrégulière, il en va de « l'essence » et « de l'objectif général de la Charte ». Et puisque l'accès aux « soins de santé constitue un préalable essentiel » (...) « à la dignité humaine », tout Etat lié par la Charte doit accorder un droit à l'assistance médicale à tous « les ressortissants étrangers, fussent-ils en situation irrégulière »⁹.

S'agissant de l'Aide médicale d'État (AME) en métropole et dans les DOM, il a donc estimé qu'une législation qui nie le droit à l'assistance médicale aux ressortissants étrangers, sur le territoire d'un État partie, fussent-ils en situation irrégulière, est contraire à la charte. Ce n'est que « dans le doute » et compte tenu du maintien d'une « forme d'assistance médicale » (un dispositif « fonds soins urgents et vitaux ») pour les irréguliers majeurs, qu'il a considéré qu'en Métropole la situation ne constitue pas une violation de l'article 13 de la charte.

Or, à Mayotte, pour la majeure partie des étrangers ou les personnes françaises ne disposant pas d'un état civil, il n'existe aucun dispositif d'assistance médicale, similaire à l'AME.

S'agissant du droit à la santé, sans discrimination

Comme la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) l'a constaté dans sa recommandation n°2006-232 du 6 novembre 2006, « tout refus d'accès à la prévention ou aux soins opposé [à une catégorie de la population] par un professionnel de santé est en opposition avec les mesures et les objectifs du législateur émis dans le cadre des textes précités, et constitue une discrimination au sens de la loi et des engagements internationaux ».

En effet, le onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 dispose que la Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé (...) ».

Le Conseil constitutionnel a qualifié, dès 1975, ce droit de principe à valeur constitutionnelle. Le droit à la protection de la santé est doublement consacré par la

⁹ Décision du Comité des droits sociaux du Conseil de l'Europe du 8 septembre 2004 (n° 14/2003), rendue publique en mars 2005, suite à une réclamation de la Fédération Internationale des ligue des Droits de l'Homme (FIDH), en collaboration avec la Ligue des Droits de l'Homme (LDH) et du Groupe d'Information et de Soutien aux Immigrés (GISTI), déposée en 2003 (*procédure de réclamation collective dans l'affaire 14/2003 FIDH c/France*). Cette décision a été adoptée par résolution du conseil des ministres du conseil de l'Europe le 4 mai 2005. <http://www.coe.int> (voir *Revue de Droit sanitaire et social*, 2005, p. 555, note I. Daugareilh)

jurisprudence du Conseil constitutionnel : sous l'angle de la protection de la santé publique et sous celui de la protection du droit à la santé de chaque individu.

La Charte de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) du 27 juillet 1946 garantit que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa conduite économique* ».

Selon l'article 25-1 de la déclaration universelle des droits de l'homme « *toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour (...) les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires* ».

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) des Nations Unies du 16 décembre 1966 (ratifié par la loi du 25 juin 1980 ; publié par le décret n° 81-76, 29 janv. 1981 : JO, 1^{er} févr.) précise les termes de ce droit dans son article 12 :

« 1. *Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.*

2. *Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer: (...)*

c) *La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies;*

d) *La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. »*

Il engage aussi les Etats à reconnaître « *le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* ».

La HALDE s'est elle aussi référée au droit à la santé proclamé par l'article 12 du Pacte pour constater le caractère discriminatoire de refus de soins opposés par des médecins aux bénéficiaires de la CMU (*délib. Halde n°2006-232, 6 nov 2006 COMEGAS et CISS*) ou de l'AME (*délib. Halde, n°2007-40, 5 mars 2007*).

Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) du 16 décembre 1966 (entré en vigueur en France le 4 février 1981), dont l'ensemble des dispositions sont d'applicabilité directe¹⁰, pose, quant à lui, dans son article 26 un principe général d'égalité de traitement et interdit toute discrimination à raison notamment, de l'origine nationale, de naissance ou de toute autre situation.

Par ailleurs, aux termes de l'article 67 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions « *L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé publique* ».

Enfin, au termes de l'article 2 1° de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations, « *sans préjudice de l'application des autres règles assurant le respect du principe d'égalité (...) toute discrimination directe ou indirecte fondée sur l'appartenance ou la non appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race est interdite en matière de protection sociale, de santé, d'avantages sociaux (...), d'accès aux (...) services ou de fourniture de (...) services* »¹¹.

¹⁰ cass. soc., 18 janv. 1989, *Sté générale de courtage d'assurance c/ Leguen*, n°87-44 285 ; CE, ass., 23 nov. 1984, *Roujansky*, n°60106 (confirmé récemment par deux décisions : CE, sect., 31 octobre 2008, *section française de l'observatoire international des prisons*, n°293785; CE, 5 mai 2008, *Koubi et Gisti*).

¹¹ Cet article prohibe en particulier les discriminations subies par les personnes mahoraises d'origine et non blanches (cf. plus loin 3.5). Concernant les discriminations touchant plus particulièrement les étrangers, la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 a malencontreusement supprimé l'article 19 de la loi du 30 décembre 2004 ayant institué la HALDE qui disposait que : « *en matière de protection sociale, de santé (...) chacun a droit à un*

Comme vous le verrez dans cette saisine (et comme nous vous l'avons signalé dans notre précédente saisine citée en note 3), les personnes exclues du dispositif mahorais de sécurité sociale sont renvoyés aux seuls accueils hospitaliers dans de trop rares situations d'urgence et avec la barrière, souvent rédhitoire de l'obligation de devoir payer une provision. Un tel dispositif viole clairement les textes précités en ce qu'il n'assure pas le droit à la santé d'une catégorie spécifique d'étrangers en situation irrégulière présents sur le sol mahorais, parfois depuis de très longues années, mais également de ressortissants français d'origine mahoraise, également exclus car victimes d'une réforme défailante de l'état civil. De telles pratiques d'entrave systématique d'accès aux soins, organisées par les pouvoirs publics, constituent donc une violation flagrante de ces principes constitutionnels et conventionnels. Dans la mesure où ils visent quasi-exclusivement des étrangers, en majorité des ressortissants de l'Union des Comores, leur caractère discriminatoire ne fait aucun doute.

Il s'agit aussi, dans bien des cas, d'une atteinte à l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme combiné à l'article 8 et à l'article 1er du 1er protocole additionnel.

La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a ainsi confirmé que le principe d'égalité de traitement entre étrangers et nationaux s'applique en matière de droits sociaux. Dès lors que la prestation sociale est prévue dans la législation nationale, on peut se prévaloir du principe de non discrimination quel que soit le statut administratif pour son bénéficiaire.

1.2. Le droit à la sécurité sociale pour ceux qui résident sur le territoire d'un Etat partie

La Convention 118 de l'OIT affirme un principe d'égalité de traitement entre nationaux et étrangers (article 3-1) et garantit la jouissance des droits sans condition de résidence (article 4-1). Autrement dit, l'égalité de traitement doit être assurée à toute personne présente sur le territoire d'un des États parties, quelles que soient la durée et la régularité de cette résidence.

Toutefois, peut être opposée une condition de durée de résidence, entendue comme « résidence habituelle » c'est-à-dire la résidence de fait, la présence physique, qui se prouve par tous moyens, et non pas la résidence administrative (art. 1er), dans les conditions suivantes :

- à l'égard des ressortissants d'un État partie dont la législation subordonne l'octroi des prestations de la même branche à une condition de résidence sur son territoire (condition de réciprocité) ;
- pour les prestations autres que des soins médicaux, des indemnités de maladie, des prestations d'accidents du travail ou de maladies professionnelles et des prestations aux familles (article 4-2).

Par conséquent, il suffit que l'étranger réside habituellement en France (métropole ou DOM), ou simplement qu'il y soit présent durablement pour prétendre au bénéfice des prestations sociales, à égalité avec les Français. D'ailleurs, dans le contentieux des restrictions à l'accès à l'Aide médicale d'État, le Conseil d'Etat a reconnu que le principe

traitement égal, quelles que soient son origine nationale, son appartenance ou non appartenance vraie ou supposée à une ethnie ou une race». Mais cette suppression constitue un manquement au droit communautaire puisqu'elle est contraire à une clause de « standstill » (dans les règles dites de « Prescriptions minimales ») prévue par les directives communautaires portant sur les discriminations (article 7 directive 2004/113/CE ; article 8 sexies directive 76/207/CEE modifiée ; article 8 directive 2000/78/CE ; article 6 directive 2000/43/CE) qui prévoit que « 1. Les États membres peuvent adopter ou maintenir des dispositions plus favorables à la protection du principe de l'égalité de traitement que celles prévues dans la présente directive » mais surtout que « 2. La mise en œuvre de la présente directive ne peut en aucun cas constituer un motif d'abaissement du niveau de protection contre la discrimination déjà accordé par les États membres dans les domaines régis par la présente directive ». La portée concrète de cette exigence a été précisée par la CJCE dans l'arrêt Mangold (CJCE 22 novembre 2005 Werner Mangold c/ Rüdiger Helm N°C-144/04).

d'égalité de traitement issu de ces stipulations « doit être assuré sans condition de résidence »¹².

Il convient de souligner que ni le texte de cette Convention, ni sa ratification par la France, ne sont assorties de restrictions territoriales. Elle s'applique donc de la même manière sur l'ensemble du territoire national.

Aussi, l'exigence de la régularité du séjour (et non la seule résidence habituelle) pour l'accès à une prestation d'assurance maladie ou maternité, (comme cela est prévu en métropole, dans les différents DOM et à Mayotte) est contraire aux articles 1er, 4-1 et 4-2 de la Convention n°118 de l'OIT qui considèrent que la résidence habituelle suffit pour bénéficier des prestations sociales.

Une condition de lieu de naissance, de composition familiale ou tout autre condition plus difficile à satisfaire pour les demandeurs étrangers que les nationaux pour bénéficier d'une prestation maladie constitue également une violation des articles 1er, 4-1 et 4-2 de la Convention n°118 de l'OIT.

1.3. Les enfants, en particulier en matière de protection maladie et d'accès aux soins, sont plus particulièrement protégés de toute discrimination par la Convention internationale des droits de l'enfant

En ratifiant la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), la France s'est engagée à respecter ces droits sur l'ensemble du territoire national. Or, il apparaît que plusieurs des dispositions de cette Convention sont manifestement violées en ce qui concerne l'accès aux soins à Mayotte.

Il s'agit notamment :

- de l'article 2, selon lequel les enfants devraient bénéficier des mêmes droits, quel que soit le statut juridique de leurs parents.
- de l'article 24, « *les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services* » ;
- de l'article 26, « *Les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit* ».

Ainsi, les enfants de parents étrangers en situation irrégulière qui devraient, selon la Convention internationale des droits de l'enfant, bénéficier de la protection maladie ne relèvent à Mayotte au mieux que de soins en urgence.

Déjà, concernant le dispositif d'aide médicale d'Etat sur le territoire métropolitain, le Comité européen des droits sociaux a estimé que, s'agissant des mineurs, les dispositions des lois du 30 décembre 2002 et du 30 décembre 2003 étaient contraires à la Charte sociale européenne en son article 17 relatif au Droit des enfants et des adolescents à une protection sociale, juridique et économique (recommandation sur le bien fondé de la réclamation du 8 sept. 2004, n°14/2003, FIDH c/ France citée plus haut).

De même, par sa décision du 7 juin 2006 « Aides et a. », le Conseil d'Etat a annulé deux décrets du 28 juillet 2005 concernant l'AME « en tant qu'ils mettent en œuvre à l'égard des mineurs la durée de résidence » imposée avant l'obtention l'aide médicale Etat.

« *Considérant* [les termes de l'article 3-1 et 1 de la Convention internationale des droits de l'enfant qui] *interdisent que les [mineurs] connaissent des restrictions dans l'accès aux soins nécessaires à leur santé ; que, par suite, en tant qu'il subordonne l'accès à l'aide médicale de l'Etat à une condition de résidence ininterrompue d'au moins trois mois en France, sans prévoir de dispositions spécifiques en vue de garantir les droits des mineurs étrangers et qu'il renvoie ceux-ci, lorsque cette condition de durée de résidence n'est pas remplie, à la seule prise en charge par l'Etat (...) des seuls soins urgents* « dont

¹² CE, 7 juin 2006, Aides et a., no 285576.

l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître » ; qu'il suit de là que les décrets attaqués sont illégaux en tant qu'ils mettent en oeuvre cette disposition législative à l'égard des mineurs étrangers ».

En l'absence d'aide médicale d'Etat à Mayotte, les termes de la décision précédente du Conseil d'Etat pourraient être transcrits de la manière suivante :

« Considérant [les termes de l'article 3-1 et 1 de la Convention internationale des droits de l'enfant qui] interdisent que les [mineurs] connaissent des restrictions dans l'accès aux soins nécessaires à leur santé ; que, par suite, [en tant qu'il ne prévoit pas] de dispositions spécifiques en vue de garantir les droits des mineurs étrangers et qu'il renvoie ceux-ci, à la seule prise en charge par l'Etat (...) des seuls soins urgents « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître, qu'il suit de là que [l'absence d'aide sociale pour l'accès aux soins des personnes qui ne bénéficient pas de l'assurance maladie à Mayotte est illégale] en tant qu'ils mettent en oeuvre cette disposition législative à l'égard des mineurs étrangers ».

Conclusion : l'ensemble des normes et jurisprudences implique toute prohibition des discriminations dans le domaine de la santé, en particulier l'exclusion de d'accès à une protection maladie, à une aide médicale et/ou aux soins en raison de l'origine nationale ou territoriale ou de la configuration familiale.

2. INFORMATIONS GENERALES SUR LES CARACTERISTIQUES PARTICULIERES DU SYSTEME DE SANTE DE MAYOTTE

L'organisation du système de santé de Mayotte est très spécifique. Il se distingue du système existant en métropole et dans les DOM du point de vue des fondements textuels, de l'organisation, du financement, des conditions d'accès, etc.

Le système de soins et les actions curatives se répartissent entre, d'une part, le centre hospitalier de Mayotte comprenant un établissement hospitalier de référence à Mamoudzou, une antenne hospitalière à Dzaoudzi, des maternités rurales et des dispensaires, et d'autre part, une offre de soin libérale (médecins, dentistes et infirmières) encore embryonnaire. Il existe aussi un système d'évacuations sanitaires - plusieurs centaines chaque année vers la Réunion voire la métropole - qui ont vocation à compenser les manques du plateau technique de l'île¹³.

D'autres actions complémentaires, notamment dans le domaine de la prévention, sont menées par le Conseil Général de Mayotte, la DASS (Etat) et la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) (voir encadré 1).

Alors même que les études existantes soulignent des besoins très importants dans l'île, le système de santé reste globalement très en retard par rapport à la métropole ou à l'île de la Réunion, qu'on examine le nombre de professionnels de santé ou les moyens financiers consacrés par l'Etat, la Caisse de sécurité sociale de Mayotte et le Conseil général de Mayotte dans ce domaine (encadré 2).

¹³ Les évacuations sanitaires vers la Réunion ou la métropole ne posent pas de problème pour les affiliés à l'assurance maladie. Mais la situation pose des problèmes pour le quart ou le tiers de la population non assuré social. La question spécifique des évacuations sanitaires vers la Réunion et vers la métropole, à laquelle il faudrait ajouter le cas des évacuations des Comores vers Mayotte est une question non abordée dans cette saisine, question sur laquelle il serait utile que la Défenseure des enfants – et tous les responsables concernés – se penchent pour que toutes les personnes, a fortiori les enfants, nécessitant des soins ne pouvant être délivrés à Mayotte, puissent effectivement et sans délais dommageables obtenir une évacuation sanitaire vers la Réunion ou la métropole.

Encadré 1

Les autres actions menées dans le champ de la santé à Mayotte (à côté des actions d'ordre essentiellement curatif des médecines hospitalière et libérale)

La Direction de la Solidarité et du Développement Social (DSDS – créée en avril 2005) du Conseil Général de Mayotte, mène des actions complémentaires (selon son site internet <http://www.cg976.fr>).

- elle offre une prestation facultative d'aide sociale pour la prise en charge de frais d'optique

- elle mène des actions entrant plutôt dans le champ de la prévention : protection maternelle et infantile (PMI), service « Actions de santé », service d'éducation pour la santé (SEPS), service de conseil et d'orientation familiale, actions de Recherche et Prévention contre les maladies émergentes. Ces actions entrent principalement dans le champ de la prévention et correspondent à des obligations légales du Conseil Général, en particulier tout ce qui concerne la protection maternelle et infantile (PMI). A la différence d'autres parties du code de l'action sociale et des familles (CASF) non applicables à Mayotte, les dispositions relatives à la PMI s'appliquent à Mayotte (CASF, articles L. 2411-1 et suivant). Alors que les besoins de préventions sont énormes à Mayotte, les moyens consacrés en matière de PMI par le Conseil général sont encore insuffisants, laissant des territoires de l'île sans PMI.

La DASS (Etat) effectuerait également des actions par exemple sous la forme de campagnes de rattrapage vaccinal. Selon un rapport des services de l'Etat, « la compétence en matière de vaccination revient à l'Etat à compter du 1^{er} janvier 2008, suite à la loi DSIOM ». Pourtant, l'insuffisance des moyens consacrés à cette mission a nécessité l'implication de Médecins du Monde dans la campagne de vaccination.

L'association patronale MEDETRAM qui existe également depuis quelque temps est chargée d'assurer un service de santé de médecine du travail en application les articles L. 240-1 à L. 240-5 du code du travail applicable à Mayotte et de l'arrêté préfectoral n° 212/SG/DTEFP du 30 décembre 1998, relatif à l'obligation de surveillance médicale des salariés.

Il convient aussi de mentionner les mesures menées dans le cadre de *l'assurance accident du travail et maladie professionnelle* gérée par la *Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM)*.

Cette dernière dispose également d'un *fonds d'action sanitaire et sociale* qui permet notamment des prises en charge de frais de prothèses dentaires pour des assurés sociaux.

Encadré 2

Le système de santé de Mayotte

Le système sanitaire de Mayotte a connu récemment une profonde restructuration. Le système de santé repose essentiellement sur **le secteur public avec trois entités complémentaires** :

- **le CHM (Centre Hospitalier de Mayotte)** : c'est un établissement public de santé doté d'une autonomie administrative et financière depuis 1996. Le CHM a aujourd'hui la responsabilité de l'activité de soins dans presque tout le secteur public. Le CHM, situé à Mamoudzou, possède une antenne sur Petite-Terre (hôpital de Dzaoudzi). L'hôpital comprend 250 lits (265 lits selon le rapport 2008 de la Défenseure des enfants, ce nombre devant être doublé grâce au plan hôpital 2007). Il regroupe l'essentiel du plateau technique et assure les consultations spécialisées, les hospitalisations, les actes chirurgicaux et plus de la moitié des accouchements dans l'île.

- **3 (4 en 2008) « hôpitaux intercommunaux » ou « dispensaires de proximité »** (accueil des urgences, médecine, maternité) : Ils sont situés à Dzaoudzi (antenne du CHM à Petite Terre), à Chirongui (l'hôpital Sud) depuis 2005, à Kahani (l'hôpital Centre) ouvert en 2006. L'hôpital Nord (Dzoumogné) devait ouvrir fin 2008. Ces sites intercommunaux, de niveau intermédiaire, assurent une permanence médicale pour traiter les premières urgences, fournissent des consultations avancées de médecine générale et spécialisée et disposent d'une « maison de naissance ». Ces sites intercommunaux posent la question du devenir des dispensaires ruraux, dont les moyens doivent être mutualisés avec ceux des sites intercommunaux, voire à terme redéployés.

- **Un réseau de 16 dispensaires médicaux ou centre de soins primaires** : Ils assurent des soins primaires de proximité. Leur répartition, initialement basée sur la densité de la population, devait permettre leur accès à moins d'une heure de marche. L'équipe d'un dispensaire se compose d'un médecin, d'infirmiers, d'agents de santé et de

sages-femmes si la structure comporte une maternité. Les maternités rurales ont été rattachées au CHM en 2000 tandis que la gestion des dispensaires ruraux relève depuis le 1er janvier 2004 du CHM. Les agents des centres de soins ruraux sont ainsi passés progressivement de la tutelle de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS) à celle du CHM. Ces dispensaires n'offrent toutefois pas de soins à domicile, ce qui est très dommageable pour les patients âgés ou handicapés ne pouvant pas se déplacer.

Malgré l'augmentation du budget pour rattraper le niveau national et l'ouverture de postes de praticiens hospitaliers, **l'offre de soins reste très insuffisante à Mayotte** et l'hôpital manque de personnel médical, une forte rotation du personnel soignant nuit à la qualité des soins. Le manque de personnel paramédical tend à disparaître avec la création en 2003 de l'IFSI et les promotions de 15 Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE).

Le secteur libéral est très peu développé mais va probablement s'étendre avec la Sécurité sociale (il y a actuellement seulement une mutuelle sur l'île). La petite vingtaine de médecins dont une douzaine de généralistes sont installés très majoritairement sur le « grand Mamoudzou ». Ils sont pour le moment surchargés par le travail et confrontés à de nombreux problèmes pour l'accès aux soins (notamment les examens complémentaires) de leurs patients non affiliés. Les pharmacies, au nombre de 9, sont également situées sur cette zone. Une seule se trouve zone sud (à Chirongui). Toutefois, selon des données plus récentes indiquées dans le rapport de la Défenseure des enfants d'octobre 2008, en secteur libéral, il y aurait 19 médecins généralistes, 8 dentistes et 15 pharmaciens, toujours essentiellement localisés en zone urbaine (Mamoudzou et Petite-Terre)¹⁴. Un laboratoire d'analyses biologiques privé est opérationnel depuis 2002 et il existe aussi un cabinet de radiologie privé, seule structure sur place à pouvoir réaliser certains actes comme les mammographies.

Il n'existe pas de structures médico-sociales. Cependant la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées devraient dans les prochaines années être applicables à Mayotte et la DASS pilote l'élaboration d'un schéma d'organisation médico-sociale (volet personnes handicapées).

Il n'existe pas de Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ni de centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA). La DASS subventionne une vingtaine d'associations dans le champ social, médico-social ou de la santé.

Les actions de prévention reviennent à la Direction de Solidarité et du Développement Social (DSDS) qui est une direction du Conseil Général de Mayotte. Elle a en charge :

- Le service de **Protection Maternelle et Infantile (PMI)** avec 25 centres auparavant géré par la DASS. En plus de ses cinq circonscriptions, la PMI dispose de deux centres d'éducation et de planification familiale. L'accès est gratuit néanmoins seuls 70% à 80% (selon les sources) des personnes cibles consultent (dont 60 à 65% d'étrangers en situation irrégulière). En 2007, ce service comptait 9 médecins, 8 sages-femmes, 10 infirmiers et un puériculteur. Il assure le suivi des grossesses physiologiques, la contraception, les consultations d'interruption volontaire de grossesse, la surveillance médicale des enfants de moins de six ans ainsi que le contrôle des établissements d'accueil d'enfants. En plus de ses cinq circonscriptions, la PMI dispose de deux centres d'éducation et de planification familiale.
- **Le service «Actions de Santé»** qui s'occupe de la lutte contre le sida, la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles et la détermination de la dépendance des personnes âgées et des personnes handicapées. En 2007, ce service comprenait un médecin et 5 infirmiers présents sur 7 sites.
- **Un Service mobile d'éducation pour la santé** avec 9 éducateurs et 20 agents sanitaires de proximité
- **Le COFAMIL**, «Conseil et Orientation Familiale», spécialisé dans le domaine de l'éducation sur la planification familiale, compte une vingtaine d'animateurs relais.

Le **Comité local d'éducation à la santé (COTES)** est une association loi 1901 située au dispensaire de M'tsapéré qui organise une permanence et des campagnes ponctuelles de prévention. Il est subventionné, entre autres, par le Conseil Général.

En dehors du champ de la PMI gratuite, la non affiliation à la Sécurité sociale exclut des actions de prévention comme la vaccination. L'épidémie de rougeole a montré que 80% des cas avaient plus de 6 ans et présentaient des formes cliniques de rougeole atténuée, rougeole après une dose vaccinale. Ce constat nécessiterait une réflexion urgente autour d'un Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins. Le

¹⁴ Le dernier rapport d'activité de l'IEDOM indique que le secteur libéral comptait en 2007 : 21 médecins toutes spécialités confondues, 8 chirurgiens dentistes, 68 infirmiers, 13 masseurs kinésithérapeutes, 10 opticiens, 1 orthoptiste, 3 orthophonistes, 11 pharmaciens, 2 psychologues, et 3 sages-femmes

CHM aurait diffusé récemment une circulaire pour prévenir que les vaccinations obligatoires sont gratuites dans les dispensaires jusqu'à 16 ans, mais l'information n'a pas encore été diffusée.

Les effectifs des professionnels de santé du CHM ont quadruplé depuis 1995. Si l'on ajoute le personnel relevant de la DSDS, Mayotte compte environ 1 150 agents de la santé publique, mais l'écart reste important entre Mayotte et les autres départements français.

Alors même que l'état bucco-dentaire de la population est déplorable, le nombre de dentistes¹⁵ y est de l'ordre de seulement 7 pour 100 000 habitants contre 52 à La Réunion et 58 en métropole.

Au 1^{er} janvier 2007, **la densité médicale dans l'île est estimée à 62 médecins pour 100 000 habitants contre 246 à La Réunion et 330 en métropole (soit plus de cinq fois plus)**¹⁶.

Le secteur hospitalier a enregistré 122 812 consultations en 2006, soit une progression de 4,6 % en un an. C'est en chirurgie et en psychiatrie que les évolutions ont été les plus marquées (respectivement + 21 % et + 19 %). Le service des urgences représente plus du tiers des consultations hospitalières. Les services de maternité de Mamoudzou et de Dzaoudzi ont enregistré plus de 21 300 consultations, soit une progression de 16,5 %. Les consultations en maternité représentent 17 % du total des consultations hospitalières. Le Centre de Santé Mentale a reçu près de 5 200 consultations psychiatriques. Concernant les équipements sanitaires, Mayotte dispose en 2007 de 267 lits et places toutes spécialités confondues, soit 1,4 pour 1000 habitants (contre 2,9 à La Réunion, 3,1 en Guyane et 4,1 en métropole)

Bien qu'elle se soit améliorée, la capacité d'accueil des établissements hospitaliers de l'île reste encore largement insuffisante au regard des besoins de la population. Le taux d'équipement en lits et places de médecine à Mayotte est de 0,6 pour 1 000 en 2007 contre 2,1 en métropole en 2004. En chirurgie, ce taux est de 0,2 (contre 0,9 à La Réunion et en Guyane et 1,65 en métropole). Par ailleurs, il n'y a actuellement aucune place ni lit permettant la prise en charge des maladies mentales.

La réalisation du Plan Directeur du CHM devrait porter la capacité d'accueil totale entre 400 et 500 lits à l'horizon 2010 mais l'offre hospitalière restera quand même la plus faible de France en densité. Un nouveau service des urgences, permettant l'accueil différencié des adultes et des enfants, devait être opérationnel courant 2008. Enfin, l'installation d'une IRM (imagerie par résonance magnétique) et la création d'un Service d'aide médicale urgente (SAMU) sont prévues pour 2009.

Par ailleurs, selon l'INSEE, la durée moyenne d'hospitalisation à Mayotte est très courte pour l'ensemble des services (3,5 jours en 2005 contre 6 jours en 2003 à La Réunion) et en particulier pour les services de maternité et de chirurgie, et ce en raison du manque de places. L'offre de soins reste très insuffisante à Mayotte car, en plus du déficit quantitatif, la forte rotation du personnel soignant nuit à la qualité des soins même si, depuis 2001, l'Institut de formation aux soins infirmiers forme localement plusieurs dizaines d'infirmiers, d'aides soignants et d'auxiliaires de puériculture. De plus et d'une manière générale, le système sanitaire et social pâtit à Mayotte d'un nombre dramatiquement bas d'assistants et travailleurs sociaux, autant au Centre Hospitalier qu'au Conseil Général.

Sources diverses dont :

- INSERM (2008), *Santé et migration à Mayotte*, 30 avril 2008

(http://www.gisti.org/IMG/pdf/OM_Mayotte_rapport_2008-04-30.pdf)

- IEDOM (2007), « Mayotte en 2006 » Institut d'émission des départements d'outremer, (<http://www.iedom.fr/doc/RA2006%20Mayotte%20v.Internet.pdf>).

- IEDOM (2008), « Mayotte – édition 2008 », Institut d'émission des départements d'outremer

http://www.iedom.fr/doc/RA2007_Mayotte.pdf

- INSEE (2007), « Tableau économique de Mayotte » (en particulier « 8.1. Personnels et équipements de santé » et « 8.2 Activité hospitalière »),

http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/zoom/mayotte/publications/tableau.htm)

¹⁵ En 2008, 6 à hôpital, 8 en libéral.

¹⁶ Au 31 décembre 2007, la DASS, auprès de laquelle tous les professionnels de santé sont tenus de se faire enregistrer, recensait 115 médecins, 12 chirurgiens dentistes, 251 infirmières, 20 masseurs kinésithérapeutes, 17 opticiens, 27 pharmaciens, 9 psychologues, 80 sages-femmes, 4 orthophonistes et 1 orthoptiste. Voir également l'étude de la DRASS de la Réunion, « Etat de santé, démographie médicale et paramédicale », Journée d'études et de formations insulaires, 28 avril 2007 (http://www.ulpmmed.u-strasbg.fr/ulpmmed/aufemo/PDF/actualites/Etat_sante.pdf). Sur les effectifs de professionnels de santé à Mayotte, voir aussi les rapports publiés en 2007 et 2008 par l'Institut d'émission des départements d'outremer.

3. L'ASSURANCE MALADIE : SEULE PROTECTION MALADIE DE L'ÎLE MAIS DONT L'ACCES EST ENTRAVE PAR DES DISCRIMINATIONS

En métropole, la protection maladie n'est pas assurée par un seul dispositif mais par un ensemble de dispositifs complémentaires et/ou substituables : l'assurance maladie de base, des dispositifs d'assurance maladie complémentaire (notamment la CMU complémentaire pour les assurés sociaux les plus démunis) et, pour les étrangers pauvres et sans papiers, l'aide médicale de l'Etat (AME). A Mayotte, la situation est tout autre, puisqu'il existe une seule assurance maladie dont les règles sont par ailleurs très spécifiques.

3.1. L'assurance maladie à Mayotte : l'unique protection maladie de l'île, sans aucune autre alternative

Les règles de l'assurance maladie de Mayotte sont fixées par l'ordonnance n°96-1122 modifiée du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte¹⁷. En raison du principe de spécialité législative applicable à Mayotte en matière sociale, ni la CMU complémentaire (pour les assurés pauvres), ni l'aide médicale de l'Etat (pour les étrangers pauvres non affiliés à l'assurance maladie car sans papiers) n'ont encore été prévues à Mayotte. **Dans cette configuration particulière, le fait pour une personne, enfant ou adulte, française ou étrangère, de ne pas pouvoir être affiliée à l'assurance maladie de Mayotte entraîne des conséquences bien plus graves qu'en métropole ou dans les DOM puisque cette absence conduit à interdire toute protection maladie et donc tout accès aux soins (sauf quelques rares situations d'urgence).**

Ce problème est assez récent puisque jusque fin 2004, la gratuité des soins était garantie pour toute personne dans le service public (centre hospitalier de Mamoudzou, maternités rurales, dispensaires). Les choses ont changé avec la mise en place fin 2004 d'un régime d'assurance maladie-maternité de sécurité sociale géré par la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM), organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public (et créé en décembre 2004).¹⁸

La CSSM offre une protection maladie à travers le service à ses assurés sociaux des prestations en nature de l'assurance maladie, c'est-à-dire la prise en charge financière des soins. Ce système ressemble à l'assurance maladie du régime de base de Sécurité sociale de métropole, avec l'existence d'un ticket modérateur à la charge de l'assuré pour les consultations de médecine libérale, les examens paracliniques ou l'achat de médicaments¹⁹. Très peu de personnes à Mayotte possèdent une « mutuelle » (une assurance maladie complémentaire) pour les frais de soins non pris en charge par l'assurance maladie de base. Les dispositifs de la Couverture maladie universelle (CMU)

¹⁷ Ordonnance modifiée en dernier lieu par loi n° 2007-1787 du 20 décembre 2007. Les principales modifications en cause sont issues de l'ordonnance n°2004-688 du 12 juillet 2004 qui institue le régime d'assurance maladie. Les articles concernant l'assurance maladie sont reproduits en annexe.

¹⁸ La Sécurité sociale apparaît comme un progrès pour les citoyens français de Mayotte (ceux parvenant toutefois à justifier de leur état civil, voir 3.5 plus loin) et pour les étrangers détenant un titre de séjour. Elle devrait permettre le développement rapide d'une médecine libérale « de ville » complémentaire à la médecine hospitalière et améliorer l'offre de santé de l'île. Toutefois, sa mise en place, et surtout la probable future extension du ticket modérateur pourrait venir ternir le bilan final. Sur la mise en place de la sécurité sociale à Mayotte, on pourra utilement se reporter à l'article de Juliette Sakoyan « Les effets sanitaires d'une réforme administrative. La mise en place de la Sécurité sociale à Mayotte », *Les dossiers d'AMADES* (Anthropologie Médicale Appliquée au Développement et à la Santé), Dossier n°5, septembre 2006.

¹⁹ Le remboursement par la sécurité sociale de la consultation chez un généraliste conventionné est de 70 %, mais, outre que la consultation y est plus onéreuse (26,40 euros contre 22 euros en métropole), les autres soins sont pris en charge à des taux plus réduits qu'en métropole, voire ne sont pas pris en charge du tout. Pour comparer les tarifs des consultations, voir <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/tarifs/index.php>.

complémentaire pour les plus pauvres et l'aide médicale de l'Etat (AME) pour les étrangers pauvres et sans papiers n'existent pas à Mayotte.

Le code de la santé publique prévoit certes une aide fournie par l'Etat et gérée par la CSSM, pour la prise en charge du ticket modérateur pour les assurés sociaux ayant de trop faibles ressources, mais, trois ans après sa mise en place, ce dispositif ne fonctionne pas du tout (encadré 3).

Heureusement, les tickets modérateurs à Mayotte existent uniquement pour l'offre de soin libérale²⁰. Ces carences en matière de couverture complémentaire (pas de CMU complémentaire, pas d'AME, quasi absence de mutuelles, dispositif spécifique défaillant de prise en charge du ticket modérateur pour les assurés sociaux sans ressources) posent néanmoins de graves problèmes d'accès à certains soins ou médicaments uniquement disponibles en médecine libérale²¹.

Si aucun ticket modérateur ne s'applique pour les soins dans le système public (le Centre Hospitalier de Mamoudzou, son antenne de Dzaoudzi, les maternités rurales et les dispensaires), et que les soins y sont toujours gratuits, depuis la réforme de 2004, c'est le cas uniquement pour les personnes parvenant à s'affilier à l'assurance maladie de Mayotte.

²⁰ En sont exonérés les assurés sociaux atteints d'une affection de longue durée (ALD) comme les diabétiques.

²¹ Selon un témoignage d'un médecin hospitalier (recueilli en janvier 2009), « *les médicaments ne sont gratuits pour les assurés sociaux soignés à l'hôpital que lorsqu'ils sont disponibles dans la pharmacie de l'hôpital. Si la thérapeutique nécessite une autre molécule disponible seulement en pharmacie privée, l'achat est fait par le patient. Ainsi, une asthmatique grave, affiliée à l'assurance maladie et qui utilise du symbicort doit payer 100 euros par flacon, et après remboursement par la caisse de sécurité sociale, cela lui revient encore à 25 euros par flacon. Seule la petite minorité la plus aisée peut se le permettre* ». Selon l'INSEE, moins de 10 % de la population de l'île dispose d'un niveau de vie supérieur à 700 euros par mois. D'une manière générale, la médecine libérale est réservée aux plus aisées, sauf pour certains malades atteints d'une affection de longue durée (ALD) et pris en charge à 100%. Elle est très peu utilisée par la grande majorité de la population car plus chère qu'en métropole (26,40 euros pour une consultation chez un généraliste contre 22 euros en métropole), car il faut faire l'avance des frais (pas de tiers payant) et car elle est mal remboursée.

Encadré 3

Le dispositif d'exonération partielle du ticket modérateur pour les assurés sociaux sans ressources Une « sous CMU complémentaire spéciale Mayotte » conçue et organisée pour ne pas fonctionner

Un ticket modérateur à la charge des assurés existe pour les frais de consultations et les prescriptions dans le cadre de la médecine libérale. Ce ticket modérateur varie, un peu comme en métropole et dans les DOM, en fonction des prestations ou types de soins (article 20 alinéa 2 ; article 20-2 de l'ordonnance n°96-1122 modifiée). Une modification introduite en 2004 prévoit cependant une exonération totale ou partielle du ticket modérateur pour les assurés sociaux disposant de faibles ressources (articles 20-2 et 20-11 de l'ordonnance n°96-1122 modifiée). Les plafonds de ressources ont été fixés à un niveau très bas (environ 77 euros pour une personne isolée et environ 163 euros par mois pour une famille de 4 personnes) par le décret n°2005-1553 (reproduit en annexe). Pour les bénéficiaires, l'ordonnance prévoit une prise en charge totale ou partielle du ticket modérateur par l'Etat, sachant que la gestion en a été confiée à la CSSM.

L'idée louable était donc de créer une sorte de CMU complémentaire qui, en métropole et dans les DOM, offre ainsi à quelques 4,3 millions de personnes pauvres une assurance maladie complémentaire (prenant en charge le ticket modérateur sur la base d'un 100% sécurité sociale et même au delà pour le dentaire et l'optique).

Une convention a été passée entre la CSSM et l'Etat en 2005 ou 2006. Son contenu n'a malheureusement pas été rendu public. Il est fait référence à cette convention dans de nombreux textes officiels, des rapports parlementaires par exemple dans le récent rapport du sénat du 20 novembre 2008 présenté au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi de finances pour 2009 par Mme Anne-Marie Payet (<http://www.senat.fr/rap/a08-103-2/a08-103-21.pdf>)²²

Nous avons seulement appris de la CSSM que cette convention prévoirait une prise en charge limitée à seulement 50 % du ticket modérateur, alors que la CMU complémentaire prend en charge 100 % du ticket modérateur en métropole et dans les DOM.

En fait, **la mesure est un échec absolu**. Depuis 2005, alors que 0,6 millions d'euros ont été budgétés chaque année (609000 euros précisément selon le projet de loi de finances pour 2006 voté en 2005), soit 1,8 millions en trois ans, seulement 6000 euros ont été utilisés !

Les causes de cet échec sont évidentes et se cumulent :

- carence dans l'information donnée sur ce dispositif (la convention Etat-CSSM précisant les règles est restée confidentielle).
- faible prise en charge du ticket modérateur, fixée par la convention entre l'Etat et la CSSM, à seulement 50 %, laissant un reste à charge rédhitoire aux bénéficiaires pauvres.
- absence de tiers payant (avance de la totalité des frais de consultation et de pharmacie).
- assurés sociaux démunis n'envisageant pas, dans le contexte particulier de division sociale marquée de Mayotte, que la médecine libérale payante puisse être pour eux, d'autant plus qu'elle est plus coûteuse qu'en métropole et dans les DOM²³, et 'préférant' continuer à s'adresser à la médecine hospitalière gratuite.

Le fait même qu'après 3 ans d'échec total les autorités nationales responsables n'aient pas encore revu leur dispositif en dit long sur la considération qui est portée par ces mêmes autorités à la Collectivité de Mayotte, et en particulier aux personnes pauvres de Mayotte (Mahorais ou étrangers en situation régulière affiliés à l'assurance maladie).

²² D'autres textes officiels font référence à cette convention : <http://www.senat.fr/rap/a05-103-2/a05-103-212.html> , <http://www.performance-publique.gouv.fr/farandole/2007/pap/html/DBGPGMJPEPGM123.htm> <http://www.assemblee-nationale.fr/12/budget/plf2005/a1865-a16.asp> <http://www.finances.gouv.fr/performance/performance/politique/pdf/2007/DBGPGMPGM123.pdf> <http://85.14.144.35/farandole/2006/pap/pdf/DBGNORMALMSNOA.pdf>

²³ La consultation d'un généraliste y est de 26,40 euros contre 22 euros en métropole et dans les DOM. Pour une comparaison des tarifs, voir <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/tarifs/index.php>.

3.2 Le constat accablant : un quart à un tiers de la population de Mayotte, des étrangers mais aussi des Mahorais d'origine, exclu de la protection maladie

Le système hospitalier et les dispensaires sont gratuits (article 20 de l'ordonnance n°96-1122 modifiée). Encore faut-il pouvoir être assuré social. Or, les obstacles à l'affiliation à l'assurance maladie sont nombreux pour des Mahorais d'origine comme pour des étrangers, pour les adultes comme pour les enfants. L'exclusion de toute protection maladie est très répandue et a pour conséquence, faute d'autre dispositif subsidiaire à l'assurance maladie comme il en existe en métropole et dans les DOM, des renoncements et l'exclusion de l'accès aux soins en dehors de certaines situations d'urgence. L'exclusion massive de la protection maladie n'est pas une invention, de nombreux travaux le démontrent :

- Dans son enquête de 2008, l'INSERM a estimé à un tiers environ la part de la population, adultes et enfants, ne pouvant accéder aux soins que par les voies étroites de l'urgence²⁴. Selon cette enquête, cette proportion de personnes non affiliées varie selon la nationalité (voir plus loin).
- Selon le sénateur Soibahadine Ibrahim Ramadani, qui se base sur un récent rapport d'une mission interministérielle, « *le nombre des naissances enregistrées au centre hospitalier de Mamoudzou croît régulièrement ; elles sont passées de 7 489 en 2005, à 7 779 en 2006, puis à 7 903 en 2007, dont 68 % sont attribuables à des mères non affiliées à notre régime de sécurité sociale* »²⁵. Il attribue ce pourcentage exclusivement aux femmes étrangères en situation irrégulière, à tort puisque y figurent aussi des Mahoraises sans état civil.
- La Défenseure des enfants le confirme d'ailleurs dans son rapport 2008 à partir des chiffres des naissances intervenues à l'hôpital : « *sur les 7658 naissances du Centre hospitalier de Mayotte (en 2007), plus de la moitié ont concerné des mères non affiliées à la sécurité sociale, qu'il s'agisse de femmes mahoraises [françaises] en attente de leur état civil ou de femmes en situation irrégulière principalement comoriennes* ».
- Pour évaluer l'ampleur de l'exclusion à la protection maladie à Mayotte, on peut aussi s'appuyer sur les statistiques de la CSSM. Alors que l'INSEE a recensé 186000 habitants à Mayotte en 2007²⁶, dont environ 100 000 enfants de moins de 20 ans, l'assurance maladie à Mayotte comptait au 1er décembre 2008 seulement 145060 bénéficiaires (63264 assurés majeurs et 81796 ayants droit mineurs). Ce nombre est certes en constante augmentation²⁷ mais il prouve de nouveau qu'au minimum 40000 personnes, soit un quart de la population, ne sont pas affiliées à l'assurance maladie (au minimum compte tenu de la probable sous-estimation du nombre d'habitants sur l'île par le recensement).

Cette exclusion est nouvelle puisque, jusqu'au mois d'avril 2005, toute personne avait accès au système de santé. Elle est très inquiétante, en particulier si on fait la comparaison avec la métropole et les DOM où la quasi-totalité de la population est couverte par une protection maladie (plus de 60 millions bénéficient de l'assurance maladie, un peu moins de 200 000 de l'aide médicale de l'Etat).

²⁴ INSERM (2008), *Santé et migration à Mayotte*, 30 avril 2008

(http://www.gisti.org/IMG/pdf/OM_Mayotte_rapport_2008-04-30.pdf)

²⁵ Débat parlementaire du Sénat du 4 décembre 2008 sur la loi de finances 2009

(http://www.senat.fr/seances/s200812/s20081204/s20081204_mono.html)

²⁶ INSEE info n°32, novembre 2007

(http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/zoom/mayotte/publications/inseeinfos/pdf/insee%20infos%20n32.pdf). Sur le recensement, voir aussi

(http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/zoom/mayotte/recensements/poplegale.htm)

²⁷ Des chiffres antérieurs supérieurs ont été diffusés, mais ils surestimaient le nombre d'assurés sociaux en raison d'un grand nombre de personnes comptabilisées plusieurs fois suite à la mise en place et la montée en charge de l'assurance maladie à partir de 2004/2005. Les nouveaux chiffres correspondent au nombre d'assurés sociaux, sans doublons, après nettoyage des fichiers en 2008.

Cette exclusion concerne majoritairement des étrangers mais pas uniquement, comme en attestent les nombreux témoignages recueillis auprès des professionnels de santé de l'île. Parmi les personnes enquêtées par l'INSERM, neuf personnes sur dix (89,9%) de nationalité française étaient couvertes (soit une sur dix exclue) et 17,7% des étrangers étaient couverts²⁸. Parmi les personnes ayant fréquenté les consultations de Médecins du Monde lors d'une mission effectuée en 2007, la moitié des patients français n'étaient pas couverts²⁹.

3.3 Les conséquences dramatiques de cette exclusion massive d'une prise en charge maladie

L'accès à une protection maladie est une condition nécessaire à l'accès aux soins. Ne pas pouvoir bénéficier d'une prise en charge financière pour les soins reçus, à fortiori pour des personnes disposant de très faibles ressources, revient à empêcher ces soins. Avoir à assumer financièrement, même partiellement dans le cas de personnes démunies, une consultation et les prescriptions afférentes peut suffire à dissuader de recourir aux soins. De nombreuses études menées en métropole ont ainsi déjà montré que l'absence d'une couverture maladie complémentaire pour des assurés sociaux peu fortunés faisait que le ticket modérateur se transformait en véritable ticket d'exclusion des soins (c'est d'ailleurs ce constat qui a conduit à la création de la CMU complémentaire en 2000).

A Mayotte où la seule protection maladie est formée de l'assurance maladie (il n'y existe pas d'alternatives comme l'AME), où le niveau de vie moyen est environ 6 fois plus faible qu'en métropole et où plus de 90 % de la population vit dans une très grande pauvreté³⁰, nul besoin d'être devin pour comprendre qu'une personne non affiliée, c'est-à-dire devant payer l'intégralité des soins (car sans assurance maladie de base), et même devant avancer une provision avant la délivrance des soins (cf. le point 4.), est aussi totalement exclue des soins pour elle-même et ses enfants. De nombreux témoignages, notamment de professionnels de santé, attestent de cet effet d'exclusion pour de nombreuses personnes vivant à Mayotte. Cette exclusion, sans aucune cohérence ni humaine, ni de santé publique, a été soulignée et regrettée dans de nombreux rapports³¹ et par la Défenseure des enfants dans son dernier rapport. Dans un rapport de mission de 2007, Médecins du Monde remarque que le principal frein à l'accès aux soins pour les personnes fréquentant ses consultations vient de la barrière financière : *« Pour 76% des personnes interrogées [ayant fréquenté la consultation de l'association], 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 ». « 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*

²⁸ INSERM (2008), *Santé et migration à Mayotte*, 30 avril 2008

(http://www.gisti.org/IMG/pdf/OM_Mayotte_rapport_2008-04-30.pdf)

²⁹ Médecins du Monde (2007), *Rapport d'évaluation sur l'accès aux soins à Mayotte du 15 janvier au 15 juin 2007*

(http://www.medecinsdumonde.org/fr/publications/les_rapports/rapport_d_evaluation_sur_l_acces_aux_soins_mission_mayotte_15_janvier_15_juin_2007)

³⁰ Selon l'INSEE, 92,2 % de la population se situe en 2005 sous le seuil de pauvreté de la métropole (60 % du revenu médian). La moitié de la population vit en 2005 avec un niveau de vie inférieur à 201 euros par mois, 80 % avec moins de 394 euros et 90 % avec moins de 678 euros (Luu P., « Le revenus des habitants de Mayotte en 2005 », INSEE info n°28, février 2007

http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/zoom/mayotte/publications/inseeinfos/pdf/insee%20infos%20n28.pdf). Voir aussi INSEE (2008), « Enquête budget de famille 2005 », Mayotte Résultats n°8, février 2008

(http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/zoom/mayotte/publications/inseeinfos/pdf/resultats08.pdf). Le PIB par habitant de Mayotte était estimé en 2001 à seulement 3960 euros par an, soit environ 15 % du niveau français (« Évaluation du PIB à Mayotte », Document de travail CEROM n°1, mai 2005,

http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/zoom/mayotte/publications/autres/pdf/DTC01.pdf).

³¹ INSERM (2008), *Santé et migration à Mayotte*, 30 avril 2008. Op. cit.

principalement aux difficultés financières et à la peur des contrôles de police. »³² Dans le cas des mineurs ayant renoncé à des soins (les ¾ des mineurs venus en consultation à Médecins du Monde), pour 90 % d'entre eux, la raison était financière³³.

Certains « responsables » sur l'île diront que les personnes malades exclues de l'assurance maladie ne sont pas pour autant exclues de tout soin puisqu'il existe un dispositif d'accès et de prise en charge de certains soins urgents à l'hôpital. C'est vrai mais, outre que ce dispositif est d'un accès très restreint et qu'il s'applique de manière discriminatoire (voir plus loin 4.), il s'adresse aux personnes quand leur maladie s'est aggravée et qu'elle nécessite des soins urgents. Or, la distinction entre des maladies graves (nécessitant des soins urgents) et des maladies qui ne le seraient pas, n'a pas de pertinence en matière de santé publique : une affection simple qui n'a pas été soignée ou dépistée à temps, faute de consultation médicale, ne sera prise en charge que lorsqu'elle sera devenue grave, ou difficilement curable³⁴. Une personne fragile du point de vue de sa santé et de sa situation financière, qui n'a pas accès aux soins peut mourir d'une pathologie bénigne si elle n'est pas prise en charge à temps (la grippe par exemple). Une personne qui, pour des raisons financières, ne consulte un médecin qu'en dernière extrémité, peut ignorer les symptômes d'une maladie grave (cancer, VIH, tuberculose, diphtérie, etc.) qui, même si elle est ensuite prise en charge, ne pourra plus être efficacement soignée. Des médecins témoignent de décès probablement dus au retard de l'accès au soin.³⁵ Ce recours entravé et tardif aux soins a donc des conséquences dramatiques en terme de santé individuelle mais également en terme de santé publique, notamment lorsque sont en jeu des pathologies transmissibles.

Cette exclusion d'une partie aussi importante de la population de la protection maladie et des soins est absurde et dangereuse pour la santé publique, comme cela a été montré lors d'études menées en métropole (encadré 4).

Encadré 4

L'exclusion des soins consécutive à l'absence de protection maladie porte atteinte aux exigences de précaution relatives à la santé publique : quelques illustrations en métropole

- **pertes de chance de survie.** Le rapport d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, dit « Rapport Yéni » en 2008 donne de nombreux exemples. Ainsi « *le risque de mortalité chez les patients séropositifs pris en charge tardivement (stade sida ou CD4 inférieurs à 200/ml) est 16 fois supérieur dans les 6 premiers mois à celui des patients pris en charge précocement* ».
- **propagation des maladies sexuellement transmissibles** qui sont autant de portes d'entrée pour les virus du Vih/sida, les hépatites et autres pathologies.
- **risques de transmission de la tuberculose**, notamment dans des publics ou des environnements faiblement protégés, sachant que, en métropole, « *l'incidence de la tuberculose décroît pour les sujets de nationalité française alors qu'elle augmente très fortement dans la population de nationalité étrangère, particulièrement pour les sujets d'origine subsaharienne, avec des taux d'incidence similaire à ceux retrouvés dans les pays d'origine* » (Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 4/2004, 20 janvier 2004, Institut national de veille sanitaire ; Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 17-18/2005, 3 mai 2005, Institut national de veille sanitaire),
- **risques de propagation des souches virales nouvelles multi-résistantes** en raison d'une mauvaise observance des traitements dans des contextes de précarité et d'accès restreint à la santé.

³² Médecins du Monde (2007), Rapport d'évaluation sur l'accès aux soins à Mayotte du 15 janvier au 15 juin 2007. Op. cit.

³³ S'y superposent les pratiques de tri, souvent discriminatoire, de la part des agents d'accueil (voir le point 4).

³⁴ C'est le cas des femmes qui, faute de consultations gynécologiques régulières, ne s'aperçoivent pas en temps utiles qu'elles sont atteintes d'un cancer du sein ; des personnes atteintes de maladies transmissibles (Vih ou autre) qui ne sont pas informées en temps utiles de leur état ; des enfants qui contractent une maladie contagieuse véhiculée par leurs parents, non dépistée, car ceux-ci ne peuvent pas consulter régulièrement un médecin, etc.

³⁵ Voir les témoignages mentionnés dans la partie 4 de cette saisine. Voir aussi le témoignage d'un médecin de la DASS dans le journal *Le Mahorais* du 8 janvier 2008 (www.lemahorais.com – reproduit dans notre précédente saisine citée en note 3).

Ce risque pour la santé publique est encore plus inquiétant pour Mayotte, île qui, selon Françoise Weber, directrice générale de l'Institut Nationale de Veille Sanitaire (InVS) « se trouve à la fois confrontée à des maladies que l'on trouve dans des pays pauvres et à des maladies de pays développés »³⁶. L'île connaît en particulier de nombreuses maladies transmissibles et infectieuses et/ou liées à la grande pauvreté (encadré 5).

Encadré 5

Mayotte : une île particulièrement touchée par les maladies infectieuses et/ou liées à la grande pauvreté.

Selon les nombreux rapports, compte tenu de son environnement géographique (épidémie sévissant dans l'archipel des Comores, à Madagascar et en Afrique australe), économique (très grande pauvreté et coût élevé des légumes, des fruits, et des protéines d'origine animale) et sanitaire (carences en matière d'accès à l'eau potable et de traitement des déchets, carences anciennes en matière de politique de prévention), l'île connaît de nombreuses épidémies de maladies infectieuses favorisées par un contexte de grande pauvreté : cas de **choléra**, **tuberculose**, **paludisme**, **infections invasives à méningocoque (méningite)**, diarrhées aiguës, gastro-entérites, infections respiratoires aiguës chez l'enfant, urétrites masculines, leptospirose, etc.³⁷. Des cas de **diphthérie** sont signalés et un nourrisson en est même décédé en 2007³⁸. L'île a aussi connu une inquiétante épidémie de **rougeole** en 2005/2006, l'apparition en 2007 de la **fièvre de la vallée du Rift** dont la forte résurgence inquiète les épidémiologistes³⁹, après avoir connu la très grave épidémie de **chikungunya** en 2006 ainsi qu'une épidémie de **dengue**⁴⁰. Alors que la **lèpre** a quasiment disparu dans les DOM-TOM, elle est en forte recrudescence à Mayotte. Environ 50 nouveaux cas par an ont été diagnostiqués sur l'île ces cinq dernières années (68 en 2007), faisant de Mayotte le territoire français ayant le plus haut niveau endémique⁴¹. La présence de la **typhoïde** ne cesse d'inquiéter les spécialistes : avec 35 cas enregistrés à Mayotte en 2007 [dont 28% de cas graves], cela représente 20 cas pour 100.000 habitants, soit un taux cent fois plus élevé qu'en métropole. Par ailleurs, l'île connaît une inquiétante résurgence depuis l'automne 2008 : 9 cas de typhoïde ont été enregistrés entre le 22

³⁶ Propos tenus à l'occasion de la première Journée mahoraise de veille sanitaire jeudi 20 novembre 2008. « Palu, typhoïde, lèpre : les maladies tropicales persistent à Mayotte », compte-rendu journal *Malongo* du 21 novembre 2008 (<http://www.malongo-mayotte.com/actu/article-palu-typhoïde-lepre-les-maladies-tropicales-persistent-a-mayotte-4271.htm>)

³⁷ Voir le site de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS - <http://www.invs.sante.fr>) en particulier le numéro spécial « Mayotte : une problématique sanitaire particulière » du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n°48-49, Institut de Veille sanitaire (InVS), 4 décembre 2007 (http://www.invs.sante.fr/beh/2007/48_49/beh_48_49.pdf). Sur les épidémies, voir également EPIREM n°3 et n°4, bulletin épidémiologique de la Réunion et Mayotte, juillet 2008 et décembre 2008 (<http://www.reunion.sante.gouv.fr/epidemiologie/epirem-3.pdf> ; <http://www.reunion.sante.gouv.fr/epidemiologie/epirem4.pdf>). Voir aussi « Maladies infectieuses et parasitaires à Mayotte », rapport de l'Institut de veille sanitaire (InVS), 2005 (http://www.invs.sante.fr/publications/2005/mayotte/rapport_mayotte.pdf).

Pour des chiffres de prévalence des maladies, voir par exemple la rubrique « Maladies » in INSEE (2007), « Tableau économique de Mayotte » (http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/zoom/mayotte/publications/tableau.htm). Sur les méningites, voir aussi « Mayotte : Infections invasives à méningocoques », note de la Direction générale de la santé (ministère), 26 mai 2003, (<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/meningite/mayotte.pdf>). Sur le paludisme, voir aussi « Le paludisme à Mayotte : situation épidémiologique en 2003 et 2004 », journées de veille sanitaire (http://www.reunion.sante.gouv.fr/epidemiologie/paludismedimportation/poster_14.pdf)

³⁸ Voir le journal *Le Mahorais*, 8 janvier 2008, www.lemahorais.com.

³⁹ « La fièvre de la vallée du Rift menace Mayotte », *Malongo*, 27 janvier 2009 (<http://www.malongo-mayotte.com/actu/article-la-fievre-de-la-vallee-du-rift-menace-mayotte-4609.htm>). Voir aussi « Émergence chez l'homme de la fièvre de la vallée du Rift à Mayotte, 2007-2008, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n°4, Institut de Veille sanitaire (InVS), 27 janvier 2009 (http://www.invs.sante.fr/beh/2009/04/beh_04_2009.pdf).

⁴⁰ 38 % de la population de Mayotte aurait été touchée par le Chikungunya « Enquête de séroprévalence du chikungunya et de la dengue à Mayotte en 2006 : résultats préliminaires », (<http://medecinetropicale.free.fr/spe/seromayotte.htm>) ; Flahaut A., « Maladies infectieuses émergentes : Le cas de l'épidémie de Chikungunya dans l'Océan indien (2005-2006) », Communication, 9 janvier 2007 (http://www.academie-medecine.fr/sites_thematiques/ZOONOSES/flahaut_comm_9janv_2007.htm) ; « Entrée en phase inter-épidémique de chikungunya à la Réunion et à Mayotte », communiqué du presse du ministre de la santé et du ministre de l'Outremer, 19 avril 2007 (http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/31_070419.pdf)

⁴¹ « La lèpre reste endémique à Mayotte », Agence presse médicale, 14 novembre 2006 (<http://www.apmnews.com/depechesPublieesDepeches.php?annee=2006&mois=11&jour=14>).

octobre et le 10 novembre 2008⁴². Le 17 octobre 2008, le Haut Conseil de la Santé Publique publiait un avis au risque d'introduction de la **fièvre jaune** à Mayotte⁴³.

Il existe aussi de nombreuses maladies liées à la malnutrition, tel le **béribéri** qui peut être fatal si non traité à temps et qui est causé par des carences en vitamine B1B6. L'île a en particulier connu en 2004 une épidémie de béribéri infantile conduisant à des décès⁴⁴. Un pédiatre du CHM interviewé note qu'auparavant le service recevait en moyenne deux **enfants malnutris** par mois et que depuis octobre 2005 le nombre de cas avait quintuplé voire sextuplé⁴⁵. Le service de pédiatrie reçoit aussi régulièrement des cas de **marasmes** et de **kwashiorkor**.

Parce que les maladies transmissibles ne vérifient pas l'état civil, la nationalité ou la validité d'une carte de séjour avant de passer d'une personne à l'autre, la plupart des pays européens ont prévu que soient prises en charge par exemple les infections sexuellement transmissibles dans le panier de soin ouvert à toute personne.

C'est d'ailleurs non seulement la santé publique de Mayotte qui est mise en danger par une telle exclusion de toute protection maladie, mais aussi la santé publique du reste du territoire français et au delà. Selon Antoine Flahaut, chef de service de santé publique à l'hôpital Tenon, chercheur à l'unité Inserm 707, enseignant en épidémiologie à la faculté Pierre-et-Marie-Curie à Paris, et qui dirige le réseau épidémiologique Sentinelles et le centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) chargé de la surveillance des maladies, « *L'île de Mayotte est une porte pour les maladies émergentes en Europe* ».⁴⁶

Cette exclusion d'un quart à un tiers de la population ne peut donc qu'avoir de graves conséquences pour la santé publique dans son ensemble, et à terme, avoir aussi pour effet d'aggraver les dépenses publiques de santé. Cette exclusion favorise le développement des maladies et aboutit à des prises en charge très tardives nécessitant des soins devenus urgents et/ou bien plus lourds et coûteux que si les personnes malades avaient été couvertes par une protection maladie et avaient reçu une prise en charge médicale plus précoce.

3.4. Les discriminations : principales causes de cette exclusion massive de la protection maladie et des soins

Cette exclusion massive de la protection maladie et des soins, exclusion qui ne touche donc pas que des étrangers en situation irrégulière, a sans doute plusieurs causes cumulatives. Mais certains interlocuteurs se complaisent à mettre en avant des facteurs culturels, l'importance des croyances et de la médecine traditionnelle sur l'île ou encore des problèmes linguistiques, c'est-à-dire des facteurs qui expliqueraient un non recours à l'assurance maladie imputable aux intéressés, bref à renvoyer la cause de l'exclusion à la seule responsabilité des personnes concernées, et à ainsi exonérer de toute responsabilité et de toute critique les règles en vigueur et les pratiques effectives.

Comme le montrent déjà les travaux de l'INSERM et de Médecins du Monde, et comme l'a déjà constaté la Défenseure des enfants, un obstacle majeur à l'accès à l'assurance maladie vient d'un ensemble de discriminations formant système et affectant des enfants et des adultes. La privation d'une protection maladie et de prise en charge maladie est contraire aux engagements internationaux de la France, comme nous l'avons rappelé précédemment (cf. 1).

⁴² « Palu, typhoïde, lèpre : les maladies tropicales persistent à Mayotte », *Malongo*, 21 novembre 2008.

⁴³ http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/avisrapports/hcspa20081017_FJauneMayotte.pdf

⁴⁴ « Carence vitaminique et décès de nouveaux nés à Mayotte », communiqué de l'Institut de veille sanitaire (InVS), ministère de la santé, 4 juin 2004 (http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/31_040604.htm) - Institut de veille sanitaire (InVS), « Epidémie de béribéri infantile à Mayotte », Rapport d'investigation 25 mai - 25 juin 2004, (<http://www.bdsp.ehesp.fr/base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=315994> et http://www.invs.sante.fr/publications/2004/beri_beri_071204/index.html).

⁴⁵ Journal *Kashkazi* n°35, jeudi 6 avril 2006 (www.kashkazi.com)

⁴⁶ INSERM, « Prix 2006 », octobre 2006, page 41

(<http://www.inserm.fr/fr/inserm/presentation/prix/laureats/att00005558/plaquette2006.pdf>)

Les discriminations en matière d'accès à l'assurance maladie (telle que prévue par l'ordonnance n°96-1122 modifiée) seront présentées dans la suite de ce courrier en fonction des critères de discriminations et des catégories de personnes victimes :

- des discriminations fondées sur l'origine subies par les Mahorais d'origine, et leurs enfants, lorsqu'ils ne parviennent pas à justifier de leur état civil (3.5) ;
- des discriminations fondées sur la situation familiale et des discriminations par association fondées sur l'origine nationale subies par des Mahorais (français) et des étrangers (et leurs enfants) lorsqu'ils sont conjoints (ou enfants) d'une étrangère en situation irrégulière (3.6) ;
- des discriminations fondées sur l'origine nationale subies par des étrangers, adultes et enfants (3.7).

3.5 De nombreux Mahorais d'origine (ressortissants français) ne parvenant pas à justifier de leur état civil sont discriminés en matière d'accès à la protection maladie et d'accès aux soins

Les discriminations dont nous souhaitons parler en premier concerne des ressortissants français, des enfants et adultes mahorais d'origine, des ressortissants français de « seconde zone » en quelque sorte, qui ne parviennent pas à obtenir leurs droits sociaux en raison d'un service public d'état civil défaillant. La Défenseure des enfants a bien identifié ce grave problème dans son dernier rapport⁴⁷.

Encadré 6

L'exclusion de la protection maladie et des soins de nombreux Mahorais. Quelques illustrations

* **Un rapport de mission de Médecins du Monde** indique : « *La moitié des patients français que nous avons reçus [en consultation] ne sont pas couverts par l'Assurance Maladie* ». La principale raison est l'absence de pièce d'identité, problème qui est lié à la réforme de l'état civil. « *De nombreux Français se retrouvent donc à devoir payer la provision de 10 euros, ou à être refusés comme les sans papiers* »⁴⁸

* **Un témoignage recueilli par le Dr Stéphanie Lafarge de Médecins du Monde auprès d'un médecin qui exerce en 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 sévère. La maman n'a aucun papier d'état civil car son dossier est à la CREC [Commission de révision de l'état civil] 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.* »

* **Témoignage d'un médecin hospitalier (recueilli en décembre 2008)**

« *12 janvier 2008. Visite de la chambre des femmes. Une vieille femme s'appelle Ankara. Nous la surnomons 'Encorelè'. C'est une grand-mère aveugle qui a une pathologie proliférative bénigne. Elle est hospitalisée depuis un an, alors qu'elle aurait pu sortir depuis des mois. Son état de santé ne nécessite qu'une prise médicamenteuse quotidienne et un prélèvement de sang mensuel.*

Plusieurs problèmes. Elle est mahoraise mais n'est pas affiliée à la sécurité sociale de Mayotte. Son certificat de naissance est postérieur à la mort de sa mère... Ceci bloque la réalisation de son état civil et donc de sa sécurité sociale. (...) Au dernier staff médical, décision collégiale de booster le surveillant et de lui dire que si la décision n'était pas prise dans les quinze jours, nous préviendrions le directeur de l'hôpital. L'assistante sociale est venue. Elle doit s'occuper de son état civil. Elle a, de plus, pris contact avec une association qui s'occupe des personnes âgées. « Encorelè » ne sortira de l'hôpital qu'au mois de novembre 2008. A grande peine, et après moult coups de fils et aventures rocambolesques, comme des attentes de signatures des personnes adéquates prenant des mois et nécessitant l'intervention personnelle du médecin de la sécurité sociale... ».

L'état civil, dans cette île où, traditionnellement la notion de nom et de prénom n'existe pas et où l'enfant prend comme « nom de famille » le prénom du père, est en complète révision depuis 2000. La constitution d'un état civil selon le droit français est récente pour les Mahorais. Or, pour pouvoir être affilié à l'assurance maladie, les Mahorais doivent notamment⁴⁹ disposer d'un justificatif d'état civil (carte d'identité, acte d'état civil), lui-même conditionné au fait d'avoir obtenu au préalable un nom patronymique auprès de la Commission de révision de l'état civil (CREC). La CREC est en effet chargée

⁴⁷ Voir « I. La situation des français mahorais en attente de la révision de leur état civil : l'activité de la Commission de la révision de l'état civil (CREC) », in *Regard de la Défenseure des enfants sur la situation des mineures à Mayotte*, annexe au rapport 2008, octobre 2008, pp.5-7. (http://www.defenseurdesenfants.fr/pdf/MAYOTTE_COMP.pdf)

⁴⁸ Médecins du Monde (2007), Rapport d'évaluation sur l'accès aux soins à Mayotte du 15 janvier au 15 juin 2007

(http://www.medecinsdumonde.org/fr/publications/les_rapports/rapport_d_evaluation_sur_l_acces_aux_soins_mission_mayotte_15_janvier_15_juin_2007)

⁴⁹ Notons que certains Mahorais ont pu ou peuvent encore parfois rencontrer des difficultés d'accès à l'assurance maladie du fait de la difficulté de pouvoir justifier d'une adresse propre ou d'un compte bancaire.

d'établir ou de rétablir les actes d'état civil inexistantes ou peu fiables antérieurs à l'année 2000 (en particulier les actes de naissance, de mariage ou de décès manquants). Justifier d'un état civil est difficile pour de nombreux Mahorais car les preuves ne sont pas faciles à fournir. Le passage en CREC prend de 3 à 4 ans selon les rapports officiels et le nombre de demandes en « stock » non traitées ne baisse pas car cette commission ne dispose pas de moyens suffisants. En 2008, 14 000 dossiers soumis à la CREC (soit près du dixième de la population) étaient en attente. Malgré les rapports et les beaux discours, les moyens consacrés à la CREC sont demeurés si dérisoires jusque là que la situation stagne, ce qui reflète une absence de réelle volonté des pouvoirs publics. Cette situation cause de graves préjudices à de nombreux Mahorais privés de nombreux droits à commencer par l'assurance maladie. Cette exclusion de l'assurance maladie équivaut à une exclusion des soins, sauf rares situations d'urgence⁵⁰.

Ces discriminations touchant des Français et leurs enfants sont fondées sur l'origine, doublement pourrait-on dire : d'abord parce qu'elles ne concernent que des personnes d'origine mahoraise et non blanches (les Français originaires de métropole ou des DOM en sont épargnés), d'ailleurs plutôt originaires des couches les plus défavorisées de l'île ; ensuite parce qu'elles concernent surtout des personnes originaires de certaines parties plus délaissées et déshéritées de l'île, là où l'état civil a été le plus négligé par les pouvoirs publics et là où la réforme a été mise en place plus tardivement. Il s'agit donc bien de discriminations fondées sur l'origine. Ces Français inexistantes sur le plan de l'état civil ne sont administrativement pas distingués des étrangers sans papiers, avec tout ce qu'une telle situation implique en général à Mayotte (en particulier, un risque d'arrestation et d'expulsion vers les Comores, ce qui arrive régulièrement). Pour ce qui concerne l'objet de ce courrier, le fait d'être traités comme des étrangers en situation irrégulière les prive de la protection maladie et de l'accès aux soins (sauf circonstances exceptionnelles), ce qui constitue un danger en terme de santé publique et une violation du principe de non discrimination, du droit à la santé et des normes minimales de protection sociale, portés par les textes internationaux (voir 1).

Ces discriminations dans l'accès à l'assurance maladie ont de graves conséquences puisqu'elles conduisent à une éviction de la couverture sociale et, par suite, des soins. Les victimes sont des adultes, mais aussi des enfants, ces derniers ne pouvant être couverts qu'en tant qu'ayant droit à charge d'un adulte majeur (article 19 de l'ordonnance n°96-1122 modifiée). La Défenseure des enfants a d'ailleurs déjà insisté sur ce problème dans son dernier rapport en rappelant que « le fait que des Français n'arrivent pas à établir leur nationalité française constitue une discrimination particulièrement grave notamment pour les mineurs qui sont pénalisés dans l'exercice de leurs droits fondamentaux (accès aux soins, à des bourses scolaires ou aux autres prestations, passage d'examens, liberté de circulation...) »⁵¹.

Demande n°1 à propos des discriminations fondées sur l'origine subies par les nombreux Mahorais sans état civil

Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE :

- 1. de reconnaître ou rappeler le caractère insupportable des discriminations massives à l'encontre des Mahorais sans état civil.

⁵⁰ Ce problème d'exclusion massive n'est pas propre à l'assurance maladie et concerne tous les autres droits sociaux. Cette exclusion se perçoit très clairement lorsqu'on compare les statistiques de bénéficiaires d'autres droits sociaux (prestations familiales, aide aux enfants handicapés, AAH, etc.) et les statistiques sur la population potentiellement éligible. Nous restons à votre disposition pour illustrer ces aspects que nous soulèverons dans de futurs courriers relatifs à ces prestations. Soulignons d'ores et déjà un rapport récent de la préfecture de Mayotte soulignant lui-même ces problèmes en ce qui concerne les prestations et dispositifs pour les personnes handicapées : « Schéma d'orientation en faveur des personnes handicapées 2008-2012 – Mayotte » (http://www.lamaisondelautonomie.com/dmdocuments/Schema_handi_Mayotte.pdf).

⁵¹ *Regard de la Défenseure des enfants sur la situation des mineures à Mayotte*, annexe au rapport 2008, octobre 2008, page 7. (http://www.defenseurdesenfants.fr/pdf/MAYOTTE_COMP.pdf)

- 2. de demander à la CSSM de fournir les statistiques sur le nombre d'assurés sociaux (adultes et ayant droit mineurs), en distinguant les ressortissants français et les étrangers, et parmi ces derniers, en distinguant selon le titre de séjour fourni.
- 3. pour mettre fin à ces discriminations dont les conséquences sont gravissimes sur la santé des personnes et sur la santé publique en général, d'intervenir plus fermement auprès des autorités nationales et locales pour qu'elles remplissent leurs obligations en matière de service public de l'état civil, en particulier en attribuant des moyens exceptionnels à la CREC.
- 4. dans l'attente de la résorption du retard de la CREC qui prendra forcément encore des années et donc pour mettre fin au plus tôt aux discriminations en matière d'accès aux soins, de demander aux autorités et à la CSSM de mettre effectivement en œuvre le dispositif d'immatriculation et d'affiliation provisoire, c'est-à-dire adopter une position transitoire très souple en matière d'exigence d'état civil pour l'affiliation à l'assurance maladie. Les affiliations peuvent être effectués sur la base d'éléments de présomption, avec état civil provisoire à l'assurance maladie (comme cela est prévu par exemple pour les demandeurs d'asile), pour toute personne affirmant être mahoraise, éventuellement en demandant la présentation d'une pièce (justificatif de demande ou de démarches entreprises auprès de la CREC, attestation d'un élu, attestation d'un professionnel de santé, témoignages, etc.). Etant donné la situation particulière et vulnérable des enfants, et la protection dont ils doivent bénéficier en raison des textes internationaux qui exigent l'obligation d'une prise en charge maladie, cette présomption doit être accordée sur la base d'une simple attestation sur l'honneur dans le cas des personnes ayant des enfants à charge.

3.6 Discriminations fondées sur la situation familiale et discriminations par association du fait de l'origine nationale, dans l'accès à la protection maladie et l'accès aux soins à l'encontre des personnes (étrangères ou françaises) et de leurs enfants lorsqu'ils sont membres de famille (conjoint ou enfant) d'une étrangère en situation irrégulière

Ces discriminations proviennent des conditions portant spécifiquement sur les enfants et prévues par l'ordonnance n°96-1122 modifiée.

3.6.1 L'exclusion des enfants à charge du conjoint de l'assuré social

Seuls les adultes majeurs, français ou étranger en situation régulière peuvent être assurés sociaux (article 19 II. de l'ordonnance n°96-1122 modifiée). Il semble que rien ne soit prévu à Mayotte pour l'affiliation des mineurs isolés, ce qui est particulièrement regrettable étant donné que cette situation est fréquente, comme l'a souligné la Défenseure des enfants dans son dernier rapport.

Article 19 de l'ordonnance n°96-1122 modifiée

I. - Il est institué dans la collectivité territoriale de Mayotte un régime d'assurance maladie-maternité.

Ce régime est géré par la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

II. - Est affiliée à ce régime :

1° Toute personne majeure de nationalité française résidant à Mayotte, y compris pour les seules prestations en nature les fonctionnaires civils et militaires de l'Etat et les magistrats relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite, les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers relevant de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et les ouvriers relevant du Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat qui exercent leurs fonctions à Mayotte ;

2° Toute personne majeure de nationalité étrangère en situation régulière au regard de la législation sur le séjour et le travail des étrangers applicable à Mayotte, autorisée à séjourner sur le territoire de cette collectivité territoriale pour une durée supérieure à trois mois ou y résidant effectivement depuis trois mois.

L'enfant ne peut en effet être couvert qu'en tant qu'ayant droit d'un assuré majeur. Il peut être légitime, naturel, reconnu ou non, adoptif, pupille de la nation dont l'affilié est tuteur, ou simplement un enfant recueilli (article 19 III.). Sur la base de la jurisprudence constante rendue pour la métropole et les DOM par la Cour de cassation (5 mai 1995, époux Manent), aucun lien juridique (jugement, transfert ou délégation de l'autorité parentale...) entre l'assuré et l'enfant ne peut être exigé : seul importe que l'enfant soit à la charge effective et permanente de l'assuré (en cas de contestation, cette situation de fait peut être prouvée par tout moyen : témoignages sur la proximité affective, factures de vêtements, de fournitures scolaires...).

Article 19 de l'ordonnance n°96-1122 modifiée

(...)

III. - Sont considérés comme ayants droit de l'affilié au régime les enfants mineurs qui sont à sa charge, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs, pupilles de la nation dont l'affilié est tuteur, ou enfants recueillis.

A Mayotte, l'assuré social peut avoir pour ayant droit un mineur seulement si cet enfant est à sa charge, alors qu'en métropole et dans les DOM la législation prévoit aussi que l'enfant peut être ayant droit de l'assuré social s'il est à la charge du conjoint de l'assuré social (article L 313-3 code de la sécurité sociale). On peut s'interroger sur cette première restriction que rien ne justifie par rapport à la métropole et aux DOM, et qui constitue donc une discrimination en raison de la situation familiale.

Dans une délibération n° 2006-246 du 20/11/2006, la HALDE a jugé que l'exigence posée par la SNCF consistant à n'attribuer la carte " familles nombreuses " qu'au seul parent allocataire des prestations familiales (et donc à en exclure l'autre parent, dans le

cas d'espèce le père divorcé) est disproportionnée au regard de l'objectif visé par le législateur qui est celui d'aider les familles à élever leurs enfants et doit être considérée comme discriminatoire. De la même manière, au regard de l'objectif de l'assurance maladie de couvrir aussi les ayant droits mineurs, l'exigence que l'enfant soit à la charge du seul assuré social, et exclure en conséquence les enfants d'un assuré social lorsqu'ils sont à la charge du conjoint de l'assuré social, est manifestement disproportionné et discriminatoire.

Demande n°2 à propos des discriminations en raison de la situation familiale du fait de la condition d'enfant à charge spécifique à Mayotte

Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir auprès du gouvernement et du législateur en vue d'une modification de l'article 19 III de l'ordonnance n°96-1122 modifiée pour mettre fin à une discrimination en raison de la situation familiale. Pour ce faire il convient d'étendre la notion d'ayant droit, conformément à la législation applicable en métropole et dans les DOM (article L 313-3 code de la sécurité sociale), au mineur à charge du conjoint de l'assuré social. Cela se justifie aussi par le nécessaire mouvement de rapprochement des législations qui doit se mettre en œuvre dans le cadre du processus de départementalisation de Mayotte.

3.6.2 La non prise en charge des frais concernant une femme étrangère en situation irrégulière et son enfant, reconnu par un père assuré social

La prise en charge de l'assurance maladie prévoit la prise en charge intégrale (gratuité) pour les soins prodigués à l'hôpital (article 20, 1^{er} alinéa, voir II.1). Mais, le 3^{ème} alinéa de l'article 20 de l'ordonnance n°96-1122 modifiée prévoit une exclusion de cette protection maladie en cas d'hospitalisation. Ce troisième alinéa a été ajouté par la loi n° 2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration qui, simultanément, introduisait dans le Ceseda le délit de « reconnaissance d'enfant à seule fin d'obtenir ou de faire obtenir un titre de séjour ou la nationalité française ». Il vise à Mayotte la reconnaissance par un père de nationalité française d'un enfant dont la mère est comorienne sans papiers, reconnaissance systématiquement considérée comme « de complaisance » ; un certain discours démagogique et xénophobe accuse, sans avancer d'éléments bien probants, des mères comoriennes de venir accoucher à Mayotte et « d'acheter » la reconnaissance à des pères mahorais. Simultanément le code civil introduisait, exclusivement pour Mayotte, une complexe procédure de contrôle de la reconnaissance de paternité (articles 2499-1 à 2499-5). Le dispositif suivant est un moyen complémentaire d'éviter que l'enfant d'une mère comorienne sans papiers soit reconnu par son père dissuadé d'effectuer la démarche par la charge des frais médicaux issus de cette naissance.

Article 20 de l'ordonnance n°96-1122 modifiée

Le régime d'assurance maladie-maternité assure pour les personnes qui y sont affiliées et leurs ayants droit la couverture et le paiement direct de l'intégralité des frais d'hospitalisation et de consultation externe exposés dans l'établissement public de santé de Mayotte.

Par dérogation au premier alinéa, une participation proportionnelle aux tarifs déterminés en application de l'article L. 6415-4 du code de la santé publique est laissée à la charge des assurés pour les analyses et examens prescrits par un médecin dans le cadre de son activité libérale. Les modalités de cette participation sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Par dérogation à l'article 19 et au premier alinéa du présent article, les frais mentionnés au même alinéa sont personnellement et solidairement à la charge du père ayant reconnu un enfant né d'une mère étrangère et de celle-ci, lorsqu'elle ne remplit pas les conditions fixées aux articles 4 à 6 de l'ordonnance n° 2000-373 du 26 avril 2000 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers à Mayotte. Cette disposition s'applique même lorsque la reconnaissance fait l'objet de la procédure prévue aux articles 2499-2 à 2499-5 du code civil »

Cela signifie que les frais d'hospitalisation et de consultation externe restent à la charge du père – français ou étranger en situation régulière (entrée et séjour) - qui a reconnu un enfant né d'une mère étrangère en situation irrégulière et ce, alors même qu'il est affilié à la sécurité sociale et quand bien même il a reconnu légalement l'enfant conformément à la procédure prévue dans le code civil !

Cette disposition est particulièrement abusive et discriminatoire. Bien que cette disposition ne soit, semble-t-il, heureusement pas appliquée (car en pratique il ne serait pas si facile de traiter si différemment des assurés sociaux), cette discrimination produit néanmoins des effets de renoncement aux soins, particulièrement pour les femmes enceintes.

Il s'agit d'une discrimination par association fondée sur l'origine nationale puisqu'elle revient à pénaliser une personne du fait d'avoir une épouse ou concubine en situation irrégulière, ou, pour l'enfant, d'avoir une maman en situation irrégulière. Rarement un texte républicain n'a contenu une discrimination aussi ouvertement discriminatoire et stigmatisante d'une catégorie de la population qui, si elle n'était pas dans un texte de valeur légale adopté par les autorités étatiques, vaudrait sans aucun doute des poursuites pénales sur le fondement de l'article 225-1 du code pénal à ses auteurs pour discrimination.

En ce qu'elle aboutit à priver des enfants de soins et à méconnaître leur intérêt supérieur, cette disposition législative viole la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) et d'autres textes internationaux.

Demande n°3 à propos des discriminations par association du fait de l'origine nationale pour les Français et étrangers, et leurs enfants, membres de famille (conjoint ou enfant) d'une étrangère en situation irrégulière

Afin que soit mis fin aux discriminations causées par le 3^{ème} alinéa de l'article 20 de l'ordonnance n°96-1122 modifiée, nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir :

- 1. auprès de la CSSM, pour la féliciter et l'encourager à continuer à respecter le droit en n'appliquant pas la disposition prévue par l'alinéa 3 de l'article 20 de l'ordonnance n°96-1122 modifiée qui est manifestement inconstitutionnelle et qui doit donc bien continuer à être écartée devant des normes juridiques supérieures (la CIDE en particulier) ;*
- 2. auprès du gouvernement et du législateur pour leur demander de supprimer cet alinéa discriminatoire, et contraire aux textes internationaux.*

3.7 Discriminations dans l'accès à la protection maladie et l'accès aux soins à l'encontre d'étrangers, adultes et enfants

Pour les étrangers et leurs ayants droits mineurs, les conditions pour être affilié à l'assurance maladie-maternité sont prévues à l'article 19 II.2° de l'ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 :

II. - Est affiliée à ce régime :

(...)

2° Toute personne majeure de nationalité étrangère en situation régulière au regard de la législation sur le séjour et le travail des étrangers applicable à Mayotte, autorisée à séjourner sur le territoire de cette collectivité territoriale pour une durée supérieure à trois mois ou y résidant effectivement depuis trois mois.

Plusieurs conditions sont posées par ce texte qui aboutissent à l'exclusion d'une grande partie de la population étrangère de l'île (mais aussi, par ricochet, de nombreux Français mahorais ne disposant pas d'état civil, cf. 3.5).

3.7.1. L'assuré étranger doit être majeur, ce qui exclut de nombreux mineurs isolés

Les mineurs isolés, notamment étrangers, qui seraient de plus en plus nombreux à Mayotte comme le rappelle la Défenseure des enfants dans son dernier rapport⁵², ne peuvent donc pas relever de ce régime en tant qu'assurés : sauf rattachement à un adulte, ils sont exclus du système.

Cette condition restrictive qui - dans un contexte où le système d'aide sociale à l'enfance (ASE) rendu totalement défaillant à Mayotte ne peut protéger des mineurs isolés⁵³ - conduit à priver des enfants de protection maladie et d'accès aux soins, ce qui est manifestement contraire à l'article 3-1 de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE). Des cas de mères mineures nous ont en particulier été signalés en janvier 2009 par des professionnels de santé. Telle cette jeune fille étrangère de 16 ans ayant accouché d'un enfant reconnu par le père, de nationalité française, qui ne pouvait être assurée sociale, ou encore le cas d'une jeune mère de 14 ans.⁵⁴

Demande n°4 relative à l'exclusion des mineurs isolés ou abandonnés de la possibilité d'être assuré social en leur nom propre.

Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir auprès des autorités et de la CSSM pour permettre l'affiliation, en leur nom propre, des mineurs isolés ou abandonnés, et mettre ainsi fin aux discriminations en matière d'accès à la protection maladie et d'accès aux soins. Compte tenu des conséquences contraires aux normes internationales protégeant les enfants, ce changement de pratique pourrait s'effectuer rapidement sans attendre une modification de l'article 19 de l'ordonnance n°96-1122 modifiée et/ou sans attendre le jour où le Conseil général de Mayotte remplira sa mission au titre de l'aide sociale à l'enfance (ASE).

⁵² Y figurent les centaines d'enfants « abandonnés », c'est-à-dire laissés seuls à la suite de l'expulsion de leurs parents (16000 reconduites à la frontière par an à Mayotte). Selon le rapport de la Défenseure des enfants, l'association TAMA avait recensé 755 enfants « abandonnés » au 1^{er} semestre 2008, essentiellement des mineurs de moins de 12 ans.

⁵³ Sur ces carences et discriminations en matière d'aide sociale à l'enfance (ASE) à Mayotte, nous vous renvoyons à notre récente saisine du 8 janvier 2009 (<http://www.gisti.org/spip.php?article1347>).

⁵⁴ Les services de l'ASE alertés de ces situations refusent par ailleurs de prendre en charge ces jeunes mères mineures alors même qu'une prise en charge ASE leur permettrait d'être affiliées (voir note précédente).

3.7.2. Une triple condition spécifique pour les étrangers et leurs enfants : stabilité du séjour, régularité du séjour et autorisation de travail

La personne majeure étrangère doit être « *autorisée à séjourner sur le territoire de cette collectivité territoriale pour une durée supérieure à trois mois ou y résidant effectivement depuis trois mois* » (article 19 II.2 de l'ordonnance n°96-1122 modifiée).

La condition de stabilité du séjour pour l'assurance maladie-maternité à Mayotte est proche, quoique légèrement différente, de la condition de résidence stable applicable en métropole et dans les DOM pour l'accès à la CMU (article R. 380-1 du code de la sécurité sociale). L'article 19 de l'ordonnance n°96-1122 modifiée exige que la personne doit être « *autorisée à séjourner sur le territoire de cette collectivité territoriale pour une durée supérieure à trois mois ou y résidant effectivement depuis trois mois* ». Autrement dit, selon cet article, remplissent à Mayotte cette condition, ceux qui disposent d'un document les autorisant à séjourner au moins trois mois peu important leur ancienneté de séjour (qu'ils viennent d'arriver à Mayotte ou qu'ils y résident depuis longtemps) de même que ceux qui sont autorisés à séjourner pour une période inférieure à trois mois mais qui satisfont une condition d'ancienneté de séjour d'au moins trois mois.

Cette condition ne serait pas forcément illégale si, comme en métropole, les enfants mineurs dont le parent - avec ou sans papiers - est là depuis moins de trois mois pouvaient bénéficier d'une protection maladie au moins « de rechange », garantie en France en dernier ressort à travers l'existence de l'aide médicale de l'Etat (AME). Or à Mayotte, comme l'AME n'existe pas, ces enfants sont exclus de toute protection maladie et par voie de conséquence, et sauf situation d'urgence (cf. 4), de l'accès aux soins, ce qui est contraire aux textes internationaux (cf. 1).

La personne majeure étrangère doit en outre être « *en situation régulière au regard de la législation sur le séjour et le travail* ».

L'exigence d'une autorisation de travail est requise, en plus de l'autorisation de séjour, ce qui est contraire à ce qui est prévu en métropole pour l'accès à l'assurance maladie.

• S'agissant du cas des demandeurs d'asile

Selon des témoignages recueillis, cette exigence d'autorisation de travail ne serait semble-t-il plus appliquée à l'encontre des demandeurs d'asile (qui n'ont pas le droit de travailler). De même, on n'exigerait plus d'eux ni RIB, ni extrait d'acte de naissance (ce qui correspond à la situation en métropole) et les droits seraient alors ouverts avec un numéro provisoire.

Mais les demandeurs d'asile rencontrent encore massivement des refus pour d'autres raisons :

- soit qu'on leur impose une condition de stabilité de résidence préalable de trois mois de présence (ce qui exclut les demandeurs d'asile arrivant malades et qui ont donc le temps de voir leur état s'aggraver et en cas de pathologie transmissible, de contaminer leur entourage),
- soit que la CSSM leur oppose une définition trop restrictive de la régularité de séjour (cf. plus loin sur l'interprétation de la condition de régularité de séjour),
- soit qu'on exige d'eux un justificatif de domicile qu'ils ne sont pas en mesure de fournir (une « facture à votre nom » précise une brochure distribuée par la CSSM),
- soit encore que les droits soient ouverts pour de courtes périodes ce qui, du fait des pratiques illégales de la préfecture, aboutit à des ruptures de droits (cf. plus loin sur les questions de rupture et de maintien des droits).

Ces exigences sont abusives. Les demandeurs d'asile, et leurs enfants, ne peuvent pas être privés d'assurance maladie sauf à enfreindre les textes internationaux les protégeant (encadré 7). Ils devraient pouvoir bénéficier d'une couverture maladie de base pour eux-mêmes et leurs enfants, et ce sans aucune condition de durée de résidence préalable, ni

aucune condition tenant au travail, comme c'est le cas en métropole et dans les DOM pour la CMU de base (article R. 380-1 du code de la sécurité sociale).

Les autorités locales semblent être enfin conscientes de ce problème puisqu'elles auraient évoqué une vague promesse de couverture maladie de tous les demandeurs d'asile à partir de 2009.

Demande n°5 relative aux discriminations subies par les demandeurs d'asile et de leurs enfants

Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir auprès des autorités et de la CSSM pour respecter les textes internationaux et en particulier la Convention de Genève sur les réfugiés, et donc de permettre, comme en métropole et dans les DOM, l'affiliation à l'assurance maladie de tous les demandeurs d'asile et de leurs enfants, sans exiger ni condition tenant au travail, ni condition de durée de résidence préalable, ni autre condition ou obstacle abusif.

Encadré 7

Les textes internationaux exigent un accès sans délai à l'assurance maladie pour les demandeurs d'asile

A l'égard des demandeurs d'asile, toute condition relative à une autorisation de travail ou à une durée préalable de séjour est contraire à l'article 3 de la Convention de Genève du 28 juillet 1951. Cette disposition est d'application directe (CE, 5 avr. 2006, *Gisti et a.*, n°284706 ; CE 13 févr. 2008, n°295443, *Association Forum réfugiés*). Elle s'applique aussi bien aux demandeurs d'asile qu'aux réfugiés dans la mesure où le statut est reconnaissant (CE, 8 févr. 2006, n° 277258, *Assoc. d'accueil aux médecins et personnels de santé réfugiés en France (APSR)* ; CE, 15 nov 2006, n°294016, *APSR* ; CE, 29 juill. 2007, n°290085, *APSR*).

L'article 24 de cette convention pose un principe d'égalité de traitement dans l'accès au travail et à la sécurité sociale.

On remarquera que le Conseil d'Etat (CE 16 juin 2008, n°300636, *Cimade*) a jugé qu'exclure les demandeurs d'asile en provenance des pays d'origine sûr d'une prestation sociale (allocation temporaire d'attente) était contraire à la directive n° 2003/9 du 27 janvier 2003 (qui n'est pas applicable à Mayotte). De même, plusieurs juridictions ont jugé illégal, car contraire à la directive 2004/83/CE (non applicable à Mayotte) qui prévoit une égalité de traitement en termes d'assistance sociale avec les nationaux, l'exigence pour les étrangers bénéficiaires de la protection subsidiaire (statut de réfugié au rabais) d'une durée de résidence préalable pour pouvoir avoir accès au RMI (CDAS du Rhône, 16 décembre 2006, n°11368, M. et Mme M.), si bien qu'un amendement a été adopté en ce sens dans le projet de loi sur le RSA (appelé à remplacer le RMI à partir de juillet 2009) et qu'une instruction récente de la CNAF préconise aux CAF d'attribuer sans délai le RMI aux bénéficiaires de la protection subsidiaire⁵⁵.

- **S'agissant des conditions d'autorisation de travail et de durée de résidence préalable**

La double exigence d'une autorisation de travail et d'une condition de durée de résidence préalable aboutit à exclusion de nombreux étrangers en situation régulière de l'assurance maladie, et donc à Mayotte de toute protection maladie (en l'absence d'AME), ce qui viole plusieurs normes internationales (dont celles mentionnées en 1).

A l'égard des **étrangers originaires d'un pays ayant ratifié la Convention n°118 de l'OIT du 28 juin 1962**, cette double exigence viole en outre le principe d'égalité de traitement entre nationaux et étrangers dans le bénéfice des différentes prestations de sécurité sociale posé à l'article 3 de cette Convention qui s'applique à Mayotte. Ce terme « prestations » visant « toutes prestations, pensions, rentes et allocations, y compris tous suppléments ou majorations éventuels » (*art. 1^{er}, b*). Cette assimilation des étrangers aux nationaux concerne les soins médicaux, les indemnités de maladie, les prestations de maternité, d'invalidité, de survivant, d'accident du travail et de maladies professionnelles et les prestations aux familles (*art. 2, § 1*). En raison de réserves émises

⁵⁵ Télécopie n°025 du 26 novembre 2008, Direction des politiques familiale et sociale(DLV2S/Pôle solidarités), Ministère des affaires sociales (« Objet : Prime exceptionnelle Rmi / protection subsidiaire / AAH complément d'information »).

par la France lors de l'approbation de la convention, elle ne concerne pas les prestations vieillesse et les prestations de chômage (art. 2, § 1 e et h).

En vertu de l'article 4 paragraphe 1, « en ce qui concerne le bénéfice des prestations, l'égalité de traitement doit être assurée sans condition de résidence », sous certaines réserves liées à la réciprocité.

Le Conseil d'État a reconnu l'applicabilité directe des stipulations de l'article 4 paragraphe 1 de la convention n° 118 (CE, 23 avr. 1997, n° 163043, Gisti ; confirmé par CE, 14 janv. 1998, n°s 174219 et s., GISTI et FTDA). Dans le contentieux des restrictions à l'accès à l'Aide médicale d'État, le Conseil d'État a confirmé que le principe d'égalité de traitement issu de ces stipulations « doit être assuré sans condition de résidence » et qu'il est applicable au dispositif de sécurité sociale (CE, 7 juin 2006, n° 285576, Assoc. Aides et a.). Dans sa recommandation sur le RSA, la Haute autorité a fait application de cette convention (délibération n° 2008-228 du 20 octobre 2008)⁵⁶

Au bilan, à l'égard des étrangers pour lesquels la convention n°118 est invocable, l'exigence d'autorisation de travail et la condition de résidence effective et de séjour depuis 3 mois sont contraires aux stipulations de l'article 3 et 4§1 de cette convention garantissant l'égalité de traitement.

S'agissant des autres étrangers et de l'exigence d'une autorisation de travail : aucune justification objective et raisonnable ne fonde une telle différence de traitement dans l'accès à l'assurance maladie-maternité. La Cour européenne des droits de l'homme a estimé qu'elle ne discernait pas de motifs propres à justifier la différence établie, pour la reconnaissance du droit à percevoir des allocations familiales, entre, d'une part, les étrangers titulaires d'un permis de séjour permanent et d'autre part les étrangers qui sont dépourvus de tels titres (CEDH, 25 oct. 2005, n° 58453/00, Niedzwiecki c/ Allemagne ; CEDH, 25 oct. 2005, n° 59140/00, Okpiz c/ Allemagne). *Mutadis mutandis*, on ne discerne pas de motifs propres à justifier la différence établie dans l'accès à l'assurance maladie-maternité parmi les étrangers en situation régulière entre ceux titulaires d'un titre de séjour autorisant à travailler et ceux qui n'en ont pas

L'exigence d'une durée de résidence préalable pour l'attribution d'une prestation sociale est susceptible de constituer une discrimination, comme de nombreuses juridictions l'ont confirmé. Dans sa délibération n° 2008-228 du 20/10/2008 relative au projet de loi généralisant le revenu de solidarité active (RSA), la HALDE a ainsi estimé qu'une condition de durée de résidence préalable violait de nombreuses normes internationales et présentait un caractère discriminatoire⁵⁷.

Demande n°6 relative aux discriminations causées par l'exigence de conditions d'autorisation de travail et de durée de résidence préalable

Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir :

- 1. auprès des autorités pour demander la modification de la disposition de l'article 19 II.2 de l'ordonnance n°96-1122 modifiée en ce qu'elle impose aux étrangers en situation régulière, et à leurs enfants, une condition supplémentaire de durée de résidence préalable en situation régulière pour l'accès à l'assurance maladie, ce qui est contraire à plusieurs textes internationaux, et s'avère particulièrement préjudiciable aux étrangers et à leurs enfants dans un système où il n'existe pas de dispositifs alternatifs pour les exclus de l'assurance maladie (comme, en métropole, l'aide médicale de l'Etat) ;
- 2. auprès des autorités pour demander la modification de la disposition de l'article 19 II.2 de l'ordonnance n°96-1122 modifiée en ce qu'elle impose aux étrangers en situation régulière une autre condition supplémentaire tenant au travail pour l'accès à l'assurance maladie de base, ce qui est contraire à plusieurs textes internationaux et ce qui n'existe d'ailleurs pas en métropole et dans les DOM (CMU de base) ;

⁵⁶ <http://www.halde.fr/IMG/pdf/2008-228.pdf>

⁵⁷ <http://www.halde.fr/IMG/pdf/2008-228.pdf>. Sur ce point, voir également l'analyse proposée par le Gisti (http://www.gisti.org/IMG/pdf/analyse_rsa.pdf).

- 3. auprès de la CSSM pour, en attendant la modification de cette disposition législative, écarter sans délais ces dispositions contraires à des normes juridiques internationales supérieures.

- **S'agissant de l'interprétation et de l'application de la condition de régularité de séjour**

Dans la pratique, issue de son interprétation de la condition de régularité de séjour posée par l'article 19 II.2 de l'ordonnance n°96-1122 modifiée, la CSSM refuse certains justificatifs, ce qui conduit à l'exclusion de l'assurance maladie des étrangers pourtant en situation régulière.

Pourtant, une analyse juridique sérieuse montre que tout document attestant d'un droit au séjour ainsi que tout document attestant d'une démarche en cours en préfecture permet de justifier que la condition de régularité de séjour est remplie au regard de l'affiliation à l'assurance maladie-maternité. Les deux analyses juridiques suivantes aboutissent clairement à ne pouvoir retenir cette interprétation, ce qui exclut les interprétations plus restrictives.

1^{ère} analyse

L'ordonnance n°96-1122 modifiée ne limite aucunement cette condition de régularité de séjour à la production d'un titre figurant dans une liste limitative comme c'est parfois le cas pour d'autres droits sociaux. Par exemple, pour l'accès à l'*allocation spéciale aux personnes âgées* ou l'*allocation pour adulte handicapé*, la même ordonnance n°96-1122 modifiée précise expressément que certains titres doivent être produits et exclut donc à défaut certains étrangers en situation régulière. Tel n'est pas le cas de l'assurance maladie. L'absence de toute limitation pour l'assurance maladie-maternité atteste bien de la volonté du législateur. Toute restriction est donc contraire à l'ordonnance n°96-1122 modifiée et contestable devant le juge. Pour justifier de la régularité de séjour pour l'accès à l'assurance maladie-maternité, tout justificatif attestant de la régularité de séjour doit donc être accepté.

2^{ème} analyse

Pour interpréter la condition de régularité de séjour pour l'affiliation à l'assurance maladie-maternité à Mayotte, on peut aussi se baser sur la condition de régularité de séjour pour l'accès à l'assurance maladie sur critère de résidence (dit affiliation au titre de la CMU de base) en métropole et dans les DOM puisque cette condition est similaire. La condition de régularité de séjour a été posée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU). L'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale pose une double condition de *stabilité* et de *régularité* du séjour :

« Toute personne **résidant** en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer **de façon stable et régulière** relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité.

Un décret en Conseil d'Etat précise la condition de résidence mentionnée au présent article ».

Pour ce qui est de la condition de stabilité du séjour que nous avons déjà évoquée, le décret en Conseil d'Etat (article R. 380-1 I.) précise que la stabilité du séjour est acquise à toute personne résidant sur le territoire « *de manière ininterrompue depuis plus de trois mois* » (avec quelques exceptions, en particulier pour les demandeurs d'asile). Pour ce qui est de la **condition de régularité de séjour**, qui nous intéresse plus particulièrement, le Conseil d'Etat, consulté pour avis après l'adoption de la loi CMU, avait estimé qu'on ne pouvait conditionner la régularité de séjour à une liste limitative de titres de séjours, dès lors que le législateur ne l'avait pas lui-même mentionné. Le décret pris en Conseil d'Etat reprend en conséquence une formulation extensive :

« Les personnes de nationalité étrangère doivent en outre justifier qu'elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France à la date de leur affiliation » (article R. 380-1 II.).

Article R380-1 du code de la sécurité sociale

I. - Pour être affiliées ou rattachées en qualité d'ayant droit au régime général, les personnes visées à l'article L. 380-1 doivent justifier qu'elles résident en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

Toutefois, ce délai de trois mois n'est pas opposable :

(...)

3° Aux personnes reconnues réfugiés, admises au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié.

II. - Les personnes de nationalité étrangère doivent en outre justifier qu'elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France à la date de leur affiliation.

(...)

L'application de la régularité de séjour a donc tenu compte de cette absence de toute volonté (dans la loi, puis dans le décret en Conseil d'Etat) de limiter la justification de la régularité de séjour à quelques titres. In fine, c'est la circulaire ministérielle DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000⁵⁸ qui précise les modalités d'appréciation de cette condition de régularité (cf. annexe). Elle prévoit que l'étranger peut produire tout titre ou document attestant la régularité de sa situation au regard de la législation sur le séjour des étrangers, mais elle ajoute que « à défaut de la production d'une carte de séjour, dès lors que l'intéressé peut attester par la présentation de tout document (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture, autre) qu'il a déposé un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture de son lieu de résidence, il est établi qu'il remplit la condition de régularité ». En l'absence de titre de séjour ou récépissé de demande, toute autre pièce attestant d'une démarche en cours en préfecture permet de remplir la condition de régularité de séjour pour la CMU. Cette interprétation a été confirmée par des circulaires ultérieures.⁵⁹ Cette solution s'impose d'autant plus à Mayotte qu'en métropole que les carences de la préfecture de l'île en matière de délivrance de titres de séjour sont flagrantes : nous avons eu ainsi le témoignage de cas de femmes étrangères mariées civilement avec des ressortissants français, qui attendaient un titre de séjour depuis plus d'un an et n'étaient pas affiliées à la sécurité sociale.

⁵⁸ <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-22/a0221515.htm> Voir l'extrait de cette circulaire reproduit en annexe.

⁵⁹ Par exemple, [la lettre ministérielle DSS/2 A du 31 août 2001](#) relative aux conditions d'attribution de la CMU (affiliation au régime général sur critère de résidence et/ou attribution de la protection complémentaire en matière de santé) (NOR : MESS0130636Y)

« La condition de régularité de la résidence s'apprécie au moyen de la production par le ressortissant de nationalité étrangère d'un titre ou de tout document attestant la régularité de sa situation au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France. A défaut de la production d'une carte de séjour, dès lors que l'intéressé peut attester par la présentation de tout document (récépissé en cours de validité, convocation ou rendez-vous en préfecture et autre) qu'il a déposé un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture de son lieu de résidence, il est établi qu'il remplit la condition de résidence définie à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale. »

Voir aussi la [Circulaire DSS/SD 4 n° 2005-367 du 23 juillet 2005](#) (NOR : SANS0530368C)

« CMU de base. (...) En ce qui concerne la vérification de la condition de résidence applicable aux demandeurs, je vous invite à vous reporter à la circulaire n° DSS/2A/DAS/DPM/2000/239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle (assurance maladie et protection complémentaire) ».

Demande n°7 relative à l'interprétation restrictive et discriminatoire de la condition de régularité de séjour.

Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir auprès des autorités et de la CSSM pour leur demander de ne pas faire d'interprétation restrictive de la condition de régularité de séjour posée par l'ordonnance n°96-1122 modifiée, et comme c'est le cas en métropole et dans les DOM pour l'application de la condition de régularité de séjour concernant la CMU de base, d'accepter tout document attestant d'un droit au séjour, y compris tout document attestant d'une démarche en cours en préfecture (comme préconisé en métropole et dans les DOM, par la circulaire ministérielle DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000).

- **S'agissant des questions de rupture et de maintien des droits à l'assurance maladie**

De nombreux étrangers en situation régulière, ayant pu ouvrir des droits à l'assurance maladie, connaissent des ruptures de droits nombreuses et particulièrement préjudiciables, les conduisant à devoir renoncer aux soins. Nous avons recueilli le témoignage suivant d'une association oeuvrant en faveur des demandeurs d'asile :

« En ce moment la préfecture n'accepte pas de renouveler le récépissé des demandeurs d'asile. Bien qu'ils se présentent chaque jour en Préfecture, les gens attendent en ce moment plus de 15 jours pour accéder à l'intérieur des bureaux avec leurs récépissés expirés. Ce n'est qu'à partir du moment où ils obtiennent un récépissé que les demandeurs d'asile qui ont un numéro d'affiliation provisoire (car sans extrait de naissance) pourront déposer une nouvelle demande de numéro provisoire auprès de la CSSM. Au mieux, cela pourrait se faire sous 8 jours d'après les services de la CSSM (à condition que les dossiers soient « correctement remplis et complets »). Dans les faits, le temps que le demandeur d'asile ait son n° et qu'il se présente à l'hôpital, le récépissé d'une durée très courte sera à renouveler de nouveau et donc l'affiliation sera déjà caduque. Pour être positif, ceux qui ont un extrait de naissance et ont un numéro, s'ils ont fait les démarches auprès de la CSSM, ont eu un numéro d'immatriculation définitif, mais comme la Préfecture refuse ces jours ci de leur renouveler leur récépissé sous prétexte qu'ils ont passé l'entretien OFPRA (mais n'ont pas encore la réponse), eux aussi sont bloqués. Ceci est bien sûr totalement illégal mais j'en ai déjà rencontré une dizaine dans ce cas qui ont été refoulé 5 fois en Préfecture et se promènent sans papier... »

Les ruptures de droit à l'assurance maladie, très préjudiciables, ne seraient certes pas aussi fréquentes si la préfecture n'était pas totalement défailtante en matière de renouvellement de titres de séjours et divers récépissés. Pour des étrangers (non demandeurs d'asile) demandant le renouvellement de leur titre de séjour, il n'est pas rare que la préfecture fixe des rendez-vous plusieurs mois après la date d'expiration du titre.

Mais il serait peut-être trop aisé pour les responsables de l'assurance maladie de s'exonérer de toute responsabilité dans ce problème structurel de rupture de droit. Ce problème ne serait pas si aigu si, comme en métropole et dans les DOM, la CSSM appliquait une simple règle de maintien de droits à l'assurance maladie. Ce maintien des droits est actuellement d'une année en métropole et dans les DOM (article L. 161-8 du code de la sécurité sociale). Même si formellement, l'ordonnance n°96-1122 modifiée ne prévoit pas explicitement un tel maintien des droits pour l'assurance maladie de Mayotte, rien n'empêche l'administration, dans l'intérêt des usagers en particulier, de la santé publique en général, mais aussi de la CSSM (pour lui éviter une surcharge de travail inutile en multipliant les opérations) et donc également dans l'intérêt des finances publiques, de décider de maintenir ces droits pendant une certaine période (après la date d'expiration du justificatif de séjour). En métropole et dans les DOM, de simples instructions permettent ainsi - sans que la loi ne le prévoit - le maintien aux prestations familiales pendant 3 mois pour les étrangers dont la carte de séjour temporaire d'un an a

expiré⁶⁰. Une telle solution s'impose de toute évidence pour l'assurance maladie à Mayotte, sauf à aboutir à des dénis de droits fondamentaux particulièrement discriminatoires et touchant des adultes et leurs enfants.

Demande n°8 relative aux discriminations causées par les ruptures de droit à l'assurance maladie.

Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir :

- 1. auprès du gouvernement et du législateur pour qu'une règle de maintien des droits (comme il en existe une en métropole et dans les DOM) soit introduite dans la réglementation relative à l'assurance maladie de Mayotte. Sans attendre une modification de l'ordonnance n° 96-1122 modifiée, ce maintien des droits pourrait être préconisé par une simple instruction, comme c'est le cas en métropole pour certains droits sociaux.

- 2. auprès de la CSSM pour que, sans attendre, elle adopte une position souple et intelligente consistant à éviter les ruptures de droits liés à l'expiration des titres de séjours et aux difficultés de renouvellement imputables aux défaillances de la préfecture. Tout devrait être mis en œuvre pour éviter les ruptures de droit, comme c'est le cas en métropole et dans les DOM.

• **S'agissant des enfants d'étrangers sans papiers**

En l'absence de tout dispositif alternatif à l'assurance maladie sur l'île (pas d'AME), tous les enfants non couverts en tant qu'ayant droit d'un assuré social doivent être affiliés en leur nom propre, et pas seulement en cas d'urgence, sauf à méconnaître les obligations internationales de la France (cf. 1). Cela devrait concerner en premier lieu les enfants isolés ou « abandonnés » (cf. 3.7.1), mais aussi les autres enfants, et pas seulement en cas d'urgence. Rien là qui ne soit impossible puisque c'est d'ailleurs désormais le cas en métropole et dans les DOM : pour les enfants non couverts par une protection maladie de leur parent (assurance maladie ou AME), et sans que les dispositions législatives et réglementaires n'aient été changées, de simples circulaires permettent désormais aux caisses de les affilier (en l'occurrence à l'AME, voir plus loin 4.4).

Demande n°9 relative à l'exclusion et aux discriminations subies par les enfants d'étrangers sans papiers

Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir auprès des autorités et de la CSSM pour permettre l'affiliation, en leur nom propre, de tous les mineurs non couverts (car pas à la charge d'un assuré social) et mettre ainsi fin aux discriminations en matière d'accès à la protection maladie et d'accès aux soins. Compte tenu des conséquences actuelles contraires aux normes internationales protégeant les enfants, de simples instructions (comme c'est d'ailleurs fait en métropole et dans les DOM) pourrait permettre rapidement ce changement de pratique (sans devoir attendre une modification de l'ordonnance n° 96-1122 modifiée).

⁶⁰ CNAF, direction des prestations familiales, télécopie n°021 du 07 septembre 2004 : « l'étranger détenteur d'une carte de résident ou d'une carte de séjour supérieure temporaire à 1 an périmée, peut justifier de la régularité de son séjour durant 3 mois à compter de la date d'expiration de ce titre. Durant cette période de trois mois, l'intéressé conserve l'intégralité de ces droits sociaux. Le ministère nous précise, que durant cette période de trois mois, la personne est considérée comme résidant régulièrement sur le territoire national et ce quelle que soit la décision de l'autorité administrative à l'issue de cette période. La condition de résidence régulière étant remplie, il convient de : Continuer à servir pendant ces trois mois, l'ensemble des prestations dont bénéficie l'intéressé et examiner durant cette période les nouveaux droits qui pourraient s'ouvrir (Charge d'un autre enfant, ARS....). Ouvrir éventuellement le droit pour une nouvelle demande intervenant durant cette période. Si à l'issue des trois mois, l'allocataire présente un titre valable, le droit sera poursuivi. Si à l'issue des trois mois, l'allocataire ne se voit pas délivrer un nouveau titre, le droit cesse, les prestations servies restent cependant acquises »

4. LE DISPOSITIF SOINS URGENTS : UN DISPOSITIF MINIMALISTE ET INSUFFISANT, APPLIQUE EN OUTRE DE FAÇON RESTRICTIVE ET DISCRIMINATOIRE

Pour les nombreux étrangers en situation régulière ou irrégulière et les Mahorais d'origine exclus de l'assurance maladie (cf. 3.5 à 3.7), il n'existe, contrairement à la métropole et aux DOM, pas de dispositif subsidiaire de protection maladie puisque l'aide médicale d'Etat n'est pas applicable à Mayotte. En métropole et dans les DOM, l'aide médicale État (AME) permet la prise en charge des frais de santé des personnes ne pouvant pas bénéficier de l'assurance maladie car ne répondant pas aux conditions de régularité de séjour (articles L 251-1 et L 111-2 3° du Code de l'action sociale et des familles).

4.1. Les exclus de l'assurance maladie font face à un double mécanisme d'exclusion des soins : l'exigence du paiement de la totalité des soins reçus renforcée par le paiement obligatoire d'une provision préalable à la délivrance même des soins

A Mayotte, les exclus de l'assurance maladie, étrangers sans papiers mais aussi certains Mahorais et étrangers en situation régulière, ne disposent donc d'aucune forme de protection maladie ; depuis le 1er avril 2005, le principe est que les non assurés sociaux doivent payer tous leurs soins.

L'article 6416-5 du code de la santé publique prévoit en effet que :

« Les frais d'hospitalisation, de consultations et d'actes externes sont acquittés (...) directement par les personnes qui ne sont pas affiliées au régime d'assurance maladie-maternité de Mayotte ».

Du fait de cette privation de toute protection maladie, les hôpitaux et médecins réclament le paiement des soins prodigués⁶¹, ce qui conduit une grande partie de la population à renoncer aux soins. Mais, bien pire, la population renonce à des soins vraiment nécessaires puisque, à cette barrière financière, s'ajoute une autre barrière directe aux soins eux-mêmes à travers l'exigence du paiement à l'avance d'une provision ou consignation. En effet, avant même de pouvoir être soigné, et donc pour le seul accès aux soins dans le système public, les non assurés sociaux doivent payer une provision financière, sans quoi les soins leur sont refusés.

L'article L. 6416-5 prévoit en effet également que

« Les personnes qui ne sont pas affiliées au régime de Mayotte ou à un régime d'assurance maladie de métropole ou des départements d'outre-mer sont tenues, pour bénéficier des soins des établissements publics de santé, de déposer une provision financière dont le montant, adapté à la catégorie des soins demandés, est défini, dans la limite maximale de la tarification correspondante, par arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. »

Le montant de cette « consignation » dépend de la catégorie des soins demandés. L'arrêté n° 2/2005/ARH du 9 août 2005 du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation fixe ces montants forfaitaires qui s'étalent de 10 € pour une consultation en dispensaire, 15 € pour une consultation de spécialiste, 30 € pour une consultation au service d'urgences et jusqu'à 300 € pour le suivi d'une grossesse et l'accouchement (voir l'arrêté reproduit en annexe).

Dans une île où le niveau de vie moyen mesuré par l'INSEE est 6 fois plus faible qu'en métropole, où 92 % de la population a un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté

⁶¹ En août 2005, le directeur du CHM déclarait que « désormais, une personne sur cinq paie » (journal *Kashkazi*, n°1, août 2005, www.kashkazi.com).

français et où la moitié dispose d'un niveau de vie inférieur à 201 euros par mois⁶², et sachant en outre que les personnes non assurées sociales (mahoraises et étrangères) figurent parmi les plus pauvres de l'île, une telle condition posée à l'accès aux soins pour ces personnes mais aussi pour leurs enfants, conduit inéluctablement à des renoncements, particulièrement préjudiciables pour l'état de santé de ces personnes, mais aussi pour la santé publique dans son ensemble en raison des nombreuses maladies infectieuses et transmissibles répandues dans l'île (encadré 8). Le principe même d'une provision avant les soins est particulièrement contestable s'agissant de personnes pauvres et malades.

Demande n°10 relative aux obstacles discriminatoires causés par l'exigence non seulement du paiement de l'intégralité des soins reçus mais également, avant même la délivrance de tout soin, de l'obligation faite de verser une provision

Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir auprès des autorités nationales, de l'ARH de la Réunion et du Centre hospitalier de Mayotte pour qu'ils renoncent à exiger le paiement d'une provision en préalable à la délivrance des soins, car cette exigence exorbitante sur une île aussi pauvre crée des obstacles insurmontables et discriminatoires dans l'accès aux soins pour les non assurés sociaux adultes et enfants, mahorais ou étrangers.

Encadré 8

L'exigence du paiement d'une provision aux soins : un obstacle majeur à l'accès aux soins à Mayotte

Témoignages d'un médecin hospitalier recueilli en janvier 2009

« Il faut savoir qu'il existe un seul cabinet de radiologie privé, qui est aussi la seule structure sur place à pouvoir réaliser certains actes comme les mammographies. Or, récemment, nous avons eu à l'hôpital une femme sans papier et sans ressource qui présentait un écoulement sanguin d'un galactophore. Il lui fallait l'examen indispensable dans ce cas, une mammographie pour confirmer ou non si elle avait un cancer du sein. J'appelle le cabinet de radiologie, sa secrétaire me dit que pour les non affilié c'est 103 euros. J'ai appelé le radiologue et j'ai demandé si on pouvait faire une réduction à titre gracieux. Il a exceptionnellement offert l'examen à la patiente, mais bon, c'est pas une solution... »

« Récemment, une patiente en arrêt cardio-respiratoire est arrivée aux urgences. Sa défaillance cardiaque était due au bérubéri, une maladie causée par un simple déficit en vitamine, fréquente à Mayotte en raison de la mal-nutrition. Mais avant sa défaillance cardiaque, cette patiente n'avait pas pu consulter un médecin alors qu'elle présentait des symptômes alarmants car elle n'avait pas les 10 euros. Les conséquences de cette exclusion des soins auraient pu lui être fatales. Alors qu'elle allait rapidement mieux, après l'injection de thiamine, j'ai été lui demandé quel était son régime alimentaire. Du riz et de la sauce. Quelquefois, de la viande sous forme de sardine en boîte, à peu près tous les quinze jours. "de la banane, rarement car le kilos est cher, 2 à 3 euros". Comment pouvait elle payer les dix euros demandés ? »

Témoignage du Dr Stéphanie Lafarge de Médecins du Monde concernant des refus de soins à des enfants.

« Les deux enfants de Madame M., âgés respectivement de 4 et 7 ans, sont vus le 18 avril 2007 au centre de Médecins du Monde de Kaweni. Ils présentent tous les deux 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 deux, 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 ».

⁶² Luu P., « Le revenus des habitants de Mayotte en 2005 », INSEE info n°28, février 2007

http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/zoom/mayotte/publications/inseeinfos/pdf/insee%20infos%20n28.pdf.

4.2. Une possibilité légale d'exemption de l'obligation de paiement de la provision préalable pour la délivrance de soins urgents....

Face à ces obstacles, les autorités se plaisent certes à mettre en avant une dérogation prévue par les textes d'accéder aux soins même en l'absence de paiement de cette provision. En effet, l'article L. 6416-5 du code de la santé publique prévoit aussi que : « *les personnes mentionnées au a) ci-dessus sont dispensées du dépôt de cette provision.* », c'est-à-dire, « *les personnes pour lesquelles le défaut de soins peut entraîner une altération grave et durable de l'état de santé et pour celles recevant des soins dans le cadre de la lutte contre des maladies transmissibles graves lorsque ces soins sont dispensés par les établissements publics de santé ; les ressources de ces personnes doivent être inférieures à un montant fixé par une décision du représentant de l'État* ».

Dans ce cas, en plus de l'exemption du paiement de la provision préalable, ces personnes peuvent, toujours selon l'article L. 6416-5, voir également leurs « *frais de soins pris en charge partiellement ou en totalité* ».

Selon l'article L 6416-5 du Code de la santé publique, la prise en charge partielle ou totale des frais médicaux ainsi que l'exonération du dépôt d'une provision sont donc possibles pour toute personne non assurée sociale (Mahorais sans état civil, étranger non affilié) présent à Mayotte mais pour les seuls soins dispensés à l'hôpital (« *par les établissements publics de santé* ») à l'exclusion donc de tout soin effectué en médecine libérale, à condition d'avoir de faibles ressources (« *ressources inférieures à un certain plafond fixé par une décision du représentant de l'Etat* »)⁶³ et surtout, uniquement en cas d'urgence ou de maladie transmissible grave (« *pour les personnes pour lesquelles le défaut de soins peut entraîner une altération grave et durable de l'état de santé et pour celles recevant des soins dans le cadre de la lutte contre des maladies transmissibles graves* »).

4.3. ... mais une application bien trop restrictive et discriminatoire

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation de La Réunion et Mayotte (ARH, courrier en date du 25 avril 2005⁶⁴) considère que relèvent de l'urgence ou peuvent le devenir les symptômes suivants : vomissements, diarrhée profuse, fièvre élevée avec ou sans frissons, troubles de la vigilance. Un rapport de l'Assemblée nationale ajoutait « les convulsions et les troubles respiratoires » et estimait qu'un « accouchement imminent » devait être considéré comme une situation d'urgence.

Cette liste limitative de pathologies considérées comme urgentes (en plus des maladies « transmissibles graves ») est particulièrement restrictive, quand bien même elle serait appliquée pour ces symptômes⁶⁵. D'autres symptômes devrait conduire à considérer que la condition d'urgence est remplie (encadré 9). Il faut savoir que le courrier de l'ARH

⁶³ La décision du représentant de l'Etat fixant le plafond de ressources n'étant toujours pas intervenue, aucun seuil de ressources n'est pour l'instant opposable. Pour l'évaluation des ressources, tant qu'aucune précision supplémentaire n'aura été apportée, on peut « s'inspirer » des règles applicables en métropole dans le cadre de l'AME (convention Etat-CNAM du 17 octobre 2000 et circulaire ministérielle AME du 27 septembre 2005) qui peuvent constituer des « guides » à défaut d'être juridiquement contraignantes à Mayotte.

⁶⁴ Cette instruction est intervenue après que de nombreuses personnes se soient vues refuser l'entrée à certains dispensaires. Un cas avait fait le tour de l'île, celui d'une mère qui s'était présentée au dispensaire, qui n'avait pas été reçue par le médecin et dont l'enfant décédait trois jours plus tard, probablement d'une méningite (journal *Kashkazi*, n°1, août 2005, www.kashkazi.com).

⁶⁵ Selon un témoignage d'un professionnel de santé (janvier 2009), « *La lettre du 25 04 2005 de l'ARH précisant l'article L6416-5 du code de la sécurité sociale qui définit les critères d'urgences pouvant exonérer la provision n'est pas respectée. Ainsi, la diarrhée, qui plus est chez des enfants et sur un territoire qui bat des records de typhoïdes et est entouré de pays où le choléra fait régulièrement des épidémies - est l'un de ces symptômes* ».

n'est qu'une simple circulaire interprétative, ce n'est pas une norme juridique contraignante. Il en est de même des commentaires parlementaires. Seul importe le texte juridique auquel se réfère le courrier de l'ARH et les rapports parlementaires, l'article L 6416-5 du Code de santé publique, disposition applicable à Mayotte, qui parle de tous les soins dont le défaut pourrait entraîner une altération grave et durable de l'état de santé.

Encadré 9

Les conséquences dramatiques d'une interprétation restrictive de l'urgence à Mayotte

Le témoignage d'un médecin hospitalier (recueilli en janvier 2009).

« Le problème du suivi des patients atteints de maladies chroniques se pose. En effet, dans ces symptômes ou maladies considérées comme relevant de l'urgence ne sont pas pris en compte les maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle, l'épilepsie, maladies très fréquentes à Mayotte. Hors, l'absence d'une prise de traitement quotidienne peut conduire à la mise en danger de la vie de ces patients. Actuellement, les patients ne reçoivent qu'une quantité de traitement correspondant au maximum à un mois. Au bout d'un mois, il est nécessaire qu'ils s'acquittent à nouveau d'une provision pour soin pour avoir leur traitement, et ce même si le médecin a fait une prescription de trois mois. On voit ainsi des patients n'ayant pas dix euros être en rupture de traitement, ayant été refusé au bureau des entrées, ou ne venant pas d'eux mêmes au dispensaire puisqu'ils anticipent leur refus. A titre d'exemple, on remarque des brusques élévations de la glycémie chez des patients diabétiques, pouvant au pire être fatale si le traitement n'est pas administré à temps. De même pour les patients hypertendus et les épileptiques. J'ai été appelé un jour pour un arrêt cardio-respiratoire chez un jeune patient épileptique en situation irrégulière. Il est mort d'une crise de grand mal. Nous ne pourrions jamais savoir pourquoi il n'avait pas pris son traitement... Mais la boîte de médicament à coté de son lit était vide, j'ai pu le constater... »

Deux autres témoignages de refus de soins pour des enfants (recueillis auprès d'un autre médecin en janvier 2009)

« Le 10 janvier 2009, j'ai rencontré sur le terrain en tant que médecin bénévole et responsable de Mission MDM les 2 premiers enfants d'une famille accompagnés de leur père qui nous a expliqué que le dimanche 3 janvier il s'est présenté vers 19 heures 30 au bureau des entrées du centre de santé de Kahani amenant les 2 petits qui présentaient diarrhée et toux. Etant comorien en situation irrégulière, il n'est pas affilié à la sécurité sociale et s'est vu réclamé 10 euros. Ne les ayant pas, il s'est vu refusé l'accès au médecin et est rentré chez lui. Le 9 janvier 2009, les symptômes persistant, il a de nouveau amené les 2 enfants au bureau des entrées et a pu amener 10 euros. Les enfants ont été examinés par le médecin qui a confirmé un diagnostic de diarrhée et a mis en place un traitement adapté (lu sur les 2 carnets de santé) »

« Le 10 janvier 2009, j'ai rencontré la maman d'une petite Raïssa qui me raconte avoir été adressée fin 2008 par le médecin du dispensaire de Kahani à la consultation ORL du CH Mayotte à Mamoudzou. En effet cette petite fille née aux Comores présente une mutité depuis la naissance et un diagnostic de surdité devait être posé. Le jour du rendez vous la maman s'est présentée mais n'a pu accéder au spécialiste car elle ne disposait pas de la provision de 15 euros (maman non affiliée à la SS). Elle est donc rentrée chez elle ».

Selon le courrier de l'ARH de la Réunion et de Mayotte en date du 25 avril 2005, toute personne, enfant ou adulte, qui arrive en consultation en demandant une exonération de provision financière, doit s'adresser à l'infirmier. Celui-ci est chargé de « rechercher les signes évocateurs de l'urgence ». S'il en trouve, il oriente le demandeur vers le médecin pour examen. Dans le cas contraire, il « informe le médecin de la demande de consultation et de ses motivations ». Le médecin peut alors confirmer ou infirmer l'appréciation de l'infirmier. En pratique, et devant la charge de travail, le filtrage, qu'il soit effectivement opéré par un infirmier ou par un agent d'accueil chargé de faire le tri, constitue un barrage aux soins dans certains endroits de l'île. D'autant qu'en cas de refus, l'intéressé est totalement démuné pour contester et donc faire valoir ce droit puisque aucune notification écrite ne lui est signifiée.

Rappelons qu'en métropole et dans les DOM, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère urgent d'un soin (cf. plus loin), un infirmier, et à fortiori un simple agent d'accueil, ne

sont pas qualifiés pour le faire. Seul un médecin est qualifié à fortiori pour juger du caractère non urgent d'un soin et décider de ne pas soigner un patient ne pouvant avancer la provision exigée ! Or, selon un témoignage d'un professionnel de santé recueilli en janvier 2009, « *les instructions de la Direction de la DASS Mayotte qui rappellent que seul le médecin est apte à définir les signes de gravité ou d'urgence d'une pathologie n'est pas appliquée. Le personnel administratif s'arroge toujours le droit de définir qui a accès ou non à un examen médical; ceci sans noter le refus par écrit ce qui interdit tout recours pour non assistance à personne en danger* »

Les instructions données par l'ARH comportant une définition des soins urgents plutôt restrictive (à travers une liste de symptômes très limitée) d'une part, la procédure de filtrage par des non médecins d'autre part, conduisent à de fréquent refus de soins touchant des personnes adultes, mais aussi des mineurs. De nombreuses personnes rencontrées et travaillant dans le secteur sanitaire et social en attestent (encadré 9). Face à cette situation contestable et discriminatoire qui prive de soins de nombreuses personnes et leurs enfants, il existe heureusement encore beaucoup de professionnels de santé qui passent outre et qui font en sorte de délivrer quand même les soins à toute personne. Mais des témoignages montrent qu'en certains endroits, et notamment dans le contexte de « chasse aux clandestins » qui règne à Mayotte, de nombreux étrangers sont effectivement empêchés d'avoir accès au médecin⁶⁶.

Demande n°11 relative à la procédure de filtrage mise en place pour l'accès aux soins
Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir :

- 1. *auprès des autorités nationales, de l'ARH de la Réunion et du Centre hospitalier de Mayotte pour, qu'à défaut de supprimer l'exigence du paiement d'une provision (cf. demande n°10), qu'au moins soit rappelée que la notion d'urgence repose sur la définition donnée par l'article L 6416-5 du code de santé publique et qu'au moins aucune procédure de filtrage pour décider du caractère non urgent d'un soin ne soit effectuée par des personnes autres que des médecins, seuls qualifiés pour le faire ;*
- 2. *si un tel filtrage discriminatoire devait être maintenu, qu'à tout le moins, toute décision de refus de soin soit notifiée avec les voies et délais de recours aux intéressés afin que ces derniers puissent avoir la possibilité de la contester.*

4.4. Une condition d'urgence qui ne devrait pas faire l'objet d'une application restrictive et discriminatoire, et qui devrait être réputée remplie pour tout soin prodigué à un mineur

L'article L. 6416-6 du code de la santé publique prévoit bien que les modalités d'application doivent être prises par décret en Conseil d'Etat pour l'application de l'article L. 6416-5, et donc pour l'application et l'interprétation de la condition d'urgence⁶⁷. Mais à ce jour, aucun décret, pourtant prévu depuis des années, n'a été pris.

En l'absence d'un tel décret, et pour essayer de caractériser l'urgence, il est possible de s'appuyer sur un autre dispositif applicable en métropole et dans les DOM : le « fonds soins urgents et vitaux » prévu par l'article L 254-1 du code de l'action sociale et des

⁶⁶ A tel point que, « *à partir de 22 heures, beaucoup de patients clandestins amènent leurs enfants victimes des épidémies de gastro-entérite ou de rhinopharyngite. Ils ne se déplacent que la nuit. Dans la journée, ils restent cloîtrés dans leur habitat car ils ont peur des rafles* » (témoignage d'un médecin hospitalier recueilli en décembre 2008).

⁶⁷ Article L. 6416-6 du code de la santé publique : « *Des mesures réglementaires déterminent les modalités d'application du présent chapitre, notamment les procédures applicables et les conditions de recours contre les décisions prises sur le fondement de l'article L. 6416-5. Sauf dispositions contraires, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat* ».

familles et précisé par les circulaires DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005⁶⁸ et DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008-04 du 7 janvier 2008⁶⁹.

Certes, il s'agit d'un dispositif différent puisqu'il vise à permettre un financement pour l'hôpital des soins prodigués à des étrangers ne bénéficiant ni de l'assurance maladie, ni de l'AME. Mais, si ce dispositif auquel la condition de soin urgent permet d'accéder est différent, en revanche le soin urgent y est défini de façon identique à celui défini à Mayotte dans le code de la santé publique. Il s'agit en particulier des soins dont « *le défaut peut entraîner* » (à Mayotte) ou dont « *l'absence pourrait conduire à* » (en métropole et dans les DOM) « *une altération grave et durable de l'état de santé* » (dans les deux cas).

Une définition identique des soins urgents selon le législateur

Mayotte	Métropole et DOM
article L. 6416-5 code de la santé publique	article L. 254-1 code de l'action sociale et des familles
« <i>les personnes pour lesquelles le défaut de soins peut entraîner <u>une altération grave et durable de l'état de santé</u></i> »	« <i>Les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à <u>une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître</u></i> »

Le législateur ayant donné dans les deux cas une définition identique des soins urgents, la lettre de la loi étant absolument la même (les soins urgents sont ceux dont l'absence ou le défaut peut provoquer une « *altération grave et durable de l'état de santé* »), une interprétation différente par l'administration n'est pas recevable. Si un soin particulier à un patient répond à la définition d'urgence en métropole et dans les DOM, il répond aussi nécessairement à cette même définition à Mayotte ou ailleurs : on ne voit pas comment un soin dont l'absence aurait des conséquences graves et durables sur la santé d'une personne en métropole et dans les DOM, n'aurait pas de telles conséquences à Mayotte ! Sauf à appliquer la loi de manière restrictive à Mayotte, et donc forcément de manière discriminatoire, surtout si elle aboutit à exclure des personnes majeures et mineures, ce qui est en cause dans cette réclamation (rappelons que ce dispositif s'applique à des personnes non assurées sociales du fait de leur origine qu'elles soient Mahoraise sans état civil ou étrangères, voir 3.5 à 3.7). Rappelons en outre que c'est une même administration l'ARH de la Réunion et de Mayotte qui préconise d'interpréter un texte législatif à la lettre identique sur les soins urgents de manière différente selon que le patient réside à Mayotte ou à la Réunion...

Pour l'application de l'article L. 6416-5 du code de la santé publique à Mayotte, on doit appliquer la même définition des soins urgents que celle utilisée en métropole et dans les DOM, dont l'île voisine de la Réunion. Ces soins urgents (fournis à l'hôpital) sont ceux dont l'absence (...) pourrait conduire à « *une altération grave et durable de l'état de santé* ».

La circulaire DHOS/DSS/DGAS n°141 du 16 mars 2005 précise la notion de soins urgents (cf. encadré 10 et annexe). Il appartient au « médecin [de l'hôpital et à personne d'autre] *appelé à traiter le patient [de] consigne[r] les motifs justifiant le caractère urgent des soins dispensés* ». Mais la circulaire précise que doivent aussi être systématiquement considérés comme des soins urgents :

- tous les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité ;
- tous les soins délivrés aux mineurs (qui ne peuvent bénéficier de l'AME) qui, compte tenu de leur vulnérabilité, sont donc présumés répondre à la condition d'urgence ;

⁶⁸ <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2005/05-04/a0040040.htm/>. Voir extrait en annexe.

⁶⁹ http://www.comede.org/spip.php?page=rubrique&show=1&id_rubrique=230

- les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse ainsi que les soins à la femme enceinte et au nouveau né ;
- les interruptions de grossesse pour motif médical ainsi que les IVG.

Encadré 10

II.1. La notion de soins urgents

(extrait de la circulaire DHOS/DSS/DGAS n°141 du 16 mars 2005

<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2005/05-04/a0040040.htm>)

Seuls sont pris en charge les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître. Doivent aussi être considérés comme urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le sida par exemple).

Compte tenu de la vulnérabilité particulière des enfants et des adolescents, tous les soins et traitements délivrés à l'hôpital aux mineurs résidant en France, qui ne sont pas effectivement bénéficiaires de l'aide médicale de l'État, sont réputés répondre à la condition d'urgence mentionnée par l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles. *[Paragraphe supprimé par la circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008-04 du 7 janvier 2008 car la disposition est devenue inutile avec l'extension de l'AME à tous les enfants, même ceux présents depuis moins de trois mois sur le territoire]*

Sont pris en charge dans ce cadre les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse et mentionnés aux articles L. 2122-1 et suivants du code de la santé publique ainsi que les soins à la femme enceinte et au nouveau-né.

Sont également prises en charge les interruptions de grossesse pour motif médical ainsi que les IVG, les conditions de délai régissant l'accès à ces actes donnant un fondement légal à l'urgence de l'intervention.

Le médecin appelé à traiter le patient consigne dans le dossier médical de celui-ci les motifs justifiant le caractère urgent des soins dispensés. Ce dossier devra être présenté, sur demande, au médecin du contrôle médical de la caisse du lieu d'implantation de l'établissement.

L'accès aux soins des personnes, a fortiori des mineurs, est discriminatoire à Mayotte : la violation de la Convention internationale des droits de l'enfant est caractérisée lorsque les soins hospitaliers des mineurs ne sont pas qualifiés d'urgents et totalement pris en charge quelle que soit la situation juridique des parents.

Il apparaît que cette discrimination doit être levée et que l'interprétation adoptée par la circulaire citée ci-dessus doit être étendue pour l'interprétation de l'article L. 6416-5 du code de la santé publique cité ci-dessus.

D'ailleurs, c'est pour répondre à la décision du Comité européen des droits sociaux qui avait estimé que les restrictions à l'accès à l'AME en métropole, s'agissant des mineurs, violait l'article 17 de la Charte sociale européenne (droit des enfants et des adolescents à une protection sociale, juridique et économique)⁷⁰, que l'administration française a décidé, par la circulaire DHOS/DSS/DGAS n°141 du 16 mars 2005, d'y répondre en étendant le dispositif du « soins urgents et vitaux » systématiquement à tout soin prodigué dès lors qu'il l'est pour un enfant non couvert par un dispositif de protection maladie.

Ensuite, suite à un arrêt du Conseil d'Etat du 7 juin 2006 qui annulait deux décrets du 28 juillet 2005 concernant l'AME en tant qu'ils mettaient en œuvre à l'égard des mineurs une restriction (un délai) pour accéder à l'AME, ce qui violait l'article 3.1 de la Convention internationale des droits de l'enfant⁷¹, des instructions ont rapidement été données par la CNAM en novembre 2006 pour permettre la prise en charge par l'AME des mineurs dès leur premier jour sur le territoire⁷². La circulaire ministérielle DSS/2A/DGAS/DHOS

⁷⁰ Décision du Comité des droits sociaux du Conseil de l'Europe du 8 septembre 2004 (*réclamation collective dans l'affaire 14/2003 FIDH c/France*). Voir 1.

⁷¹ Voir 1.

⁷² « Point CMU » n°69 de la CNAMTS du 15 novembre 2006 (section III page 5 http://www.comede.org/UserFiles/File/Textes_reglementaires/Point_CMU_n69.pdf) complété, s'agissant des

n° 2008-04 du 7 janvier 2008⁷³ confirme aussi que l'AME doit couvrir tous les mineurs non couverts par l'assurance maladie même s'ils ne remplissent pas la condition de stabilité du séjour imposée par la législation (c'est-à-dire durant les trois premiers mois de leur présence sur le territoire). Ce faisant, l'application du dispositif soins urgents et vitaux à tous les mineurs est devenue inutile puisque ces derniers sont désormais couverts par l'AME, dispositif de protection maladie permettant la continuité des soins et non une prise en charge financière ponctuelle à l'hôpital⁷⁴. C'est pourquoi cette circulaire du 7 janvier 2008 préconise logiquement de ne plus imputer les soins dont bénéficient les enfants mineurs sur le dispositif des soins urgents. Mais c'est bien parce qu'ils sont couverts par une meilleure protection maladie qui permet au dispositif français de se rapprocher de la conformité au droit international et à l'arrêt du Conseil d'Etat précité (un strict respect de la CIDE impliquerait que tous les enfants, quelle que soit la situation juridique de leur parent, aient accès à l'assurance maladie).

Or, lors du séjour de la mission de Migrant Outre-mer à Mayotte fin novembre 2008, quelle n'a pas été notre désagréable surprise d'entendre des « responsables » sur l'île évoquer cette nouvelle circulaire de 2008, trouvée comme nouvel alibi pour justifier de ne pas appliquer le dispositif « soins urgents » à Mayotte à tout soin prodigué à un enfant. Curieux comportement qui fait qu'on s'inspire des textes applicables en métropole et dans les DOM dès lors qu'ils donnent un semblant de légitimation aux refus de soins faits à Mayotte, quand dans le même temps on refuse toutes les interprétations existant en métropole et dans les DOM qui, si elles étaient appliquées à Mayotte, conduiraient à un meilleur traitement des personnes ! Et surtout curieuse conception de l'état de droit qui se permet de balayer d'un revers de main les normes juridiques supérieures et les décisions du Conseil d'Etat ! Cette attitude des « responsables » sur l'île qui s'échinent à toujours trouver des « motifs » pour barrer l'accès aux soins pour les enfants étrangers témoigne d'un état d'esprit pour le moins malveillant pour ces enfants, peu respectueux du principe de non discrimination, peu soucieux de l'intérêt supérieur des enfants et finalement peu soucieux de la légalité.

Demande n°12 relative à l'interprétation et l'application de la notion de soins urgents, en général, et aux mineurs en particulier

Nous demandons à la Défenseure des enfants et à la HALDE d'intervenir :

-1. auprès des autorités, de l'ARH de la Réunion et du CHM pour que la définition des soins urgents soit appliquée sans aucune discrimination et sans aucune interprétation restrictive, ce qui implique nécessairement - la lettre des dispositions législatives étant absolument identique - d'appliquer la même définition de la notion de soins urgents qu'en métropole et donc, en conséquence d'inclure parmi les soins urgents ceux préconisés par la circulaire DHOS/DSS/DGAS n°141 du 16 mars 2005. Le gouvernement pourrait profiter du décret prévu par l'article L 6416-6 du code de la santé publique (mais jamais publié à ce jour) pour donner de telles instructions ;

-2. qu'à tout le moins, tout soin délivré à un mineur soit réputé répondre à la condition d'urgence (comme c'était le cas en métropole avec la circulaire précitée jusqu'à ce que, pour les enfants, un accès immédiat et sans condition à une meilleure protection - l'AME - soit garanti).

enfants de ressortissants communautaires, par le « Point CMU n°73 » de la CNAMTS du 2 août 2007
http://www.comede.org/UserFiles/File/Textes_reglementaires/Point_CMU_73_%2002_aout_07.pdf.

⁷³ Extrait en annexe ou à l'adresse

http://www.comede.org/UserFiles/File/Textes_reglementaires/circulaire_soins_urgents_7_jan_2008.pdf

⁷⁴ L'AME est un dispositif de protection maladie reposant sur un droit individuel ouvert pour une année entière, couvrant les soins prodigués en médecine de ville (alors que le dispositif « fonds soins urgents et vitaux » est limité aux seuls soins reçus à l'hôpital) et couvrant aussi les soins non urgents.

5. L' AIDE SOCIALE DU CONSEIL GENERAL DE MAYOTTE : UNE DISPOSITION OUVERTEMENT XENOPHOBE

A côté des dispositifs d'aide sociale prévus par des dispositions législatives⁷⁵, le Conseil général de Mayotte a, comme toute autre collectivité territoriale, la faculté de développer en plus et de sa propre initiative une aide sociale facultative (parfois dénommée « aide sociale extra légale » ou « action sociale »). Cette faculté semble récente à Mayotte. Certaines actions ou prestations sont passées de la compétence de l'Etat (DASS) à la compétence du Conseil général (DSDS).

De fait, le Conseil général de Mayotte a créé certaines prestations sociales facultatives mentionnées sur son site internet (<http://www.cg976.fr>) et mises en place par le « règlement d'aide sociale de la collectivité départementale de Mayotte » daté de janvier 2007 (rendu exécutoire sur l'ensemble du territoire de Mayotte à compter du 11 avril 2007 par une délibération n°036/2007 du Conseil général du 30 mars 2007)⁷⁶.

Dans ce courrier, nous limitons notre examen aux seules prestations facultatives d'aide sociale concernant le champ de la protection maladie et de la santé.

Dans ce domaine, selon les informations très succinctes fournies par le site internet du Conseil général, ce dernier offre dans le cadre de son « aide sociale générale » une « prestation d'aide sociale pour la prise en charge de frais d'optique »⁷⁷. Aucun autre dispositif de prestations facultatives dans le champ de la santé n'est indiqué sur le site internet. Les dépenses afférentes, et le nombre de bénéficiaires, y sont extrêmement faibles, a fortiori compte tenu des besoins et de la situation de grande pauvreté sur l'île⁷⁸.

Le « Règlement d'aide sociale de la collectivité départementale de Mayotte » de janvier 2007 prévoit dans son chapitre « aide sociale générale », des aides pour les « frais d'optiques » (article 13 du règlement). Mais, pour ce qui concerne la prise en charge maladie, il prévoit aussi une aide sociale pour les « déplacements médicalisés » (ambulance, véhicule sanitaire léger) ou non (taxis, transports en commun) pour des malades relevant d'un traitement ambulatoire (article 12 du règlement), ainsi qu'une « aide médicale » générale (article 8 du règlement).

Etant explicitement destinées aux assurés sociaux comme aux non assurés sociaux (articles 8, 12 et 13), ces aides, et en particulier l'« aide médicale », pourraient apporter

⁷⁵ L'aide sociale « légale » de la compétence du Conseil général, telle que prévue par le Code de l'action sociale et des familles (articles L. 542-1 et L. 543-1 CASF) ne comprend encore qu'une toute petite partie des dispositions applicables en métropole et dans les DOM (en fait partie, l'aide sociale à l'enfance – ASE – à propos de laquelle nous avons déjà saisi le 8 janvier 2009). A cette aide sociale stricto sensu, il faut ajouter une autre disposition législative obligatoire, la « Protection et promotion de la santé maternelle et infantile » prévue à Mayotte par le Code de la santé publique qui, pour la quasi-totalité des règles applicables, renvoie aux dispositions applicables en métropole et dans les DOM (articles L.2411-1 et s. code de la santé publique).

⁷⁶ Difficile d'accès, ce document émanant de la direction générale adjointe chargée de la solidarité et du développement social (DSDS) du Conseil général, est désormais disponible sur le site du Gisti. Il s'agit de la copie d'une version papier que nous avons scannée (il n'est pas exclu qu'il y manque quelques pages).
<http://www.gisti.org/spip.php?article1265>

⁷⁷ <http://www.cg976.fr/index.php?id=177> (consulté le 7 janvier 2009).

⁷⁸ Selon des statistiques fournies à l'INSEE par le Conseil général, les dépenses d'aide sociale à la rubrique « prestations de service au bénéfice de tiers (lunettes...) » s'élevaient à 16 686 euros en 2005, 22 259 en 2006 et 9 068 en 2007 (contre 70 362 en 2003 et 66 368 en 2004 quand ces prestations étaient servies par la DASS Etat...). En 2007, il y a eu 136 bénéficiaires d'une aide du Conseil général pour les frais d'optique... Sources : INSEE (2007), « Tableau économique de Mayotte » (http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/ZOOM/mayotte/publications/tem/tem2007/TEM2007_10.1.pdf) et IEDOM (2007), « Mayotte en 2006 », Institut d'émission des départements d'outremer (<http://www.iedom.fr/doc/RA2006%20Mayotte%20v.Internet.pdf>). IEDOM (2008), « Mayotte – édition 2008 », Institut d'émission des départements d'outremer http://www.iedom.fr/doc/RA2007_Mayotte.pdf

une solution à de nombreuses personnes de l'île, étrangères ou mahoraises, adultes et enfants (un quart à un tiers de la population) qui sont exclues de l'assurance maladie (voir le point 3. de ce courrier). On peut cependant s'interroger sur l'effectivité de ce dernier dispositif.

Dans cette réclamation, nous souhaitons attirer votre attention sur les « conditions générales d'admission à l'aide sociale » et nous n'aborderons ni les conditions inhérentes aux caractéristiques générales de l'aide sociale⁷⁹, ni les conditions spécifiques (supplémentaires) qui doivent aussi être remplies pour avoir droit aux « frais d'optiques » et aux « déplacements médicalisés » d'une part⁸⁰, à l'« aide médicale » générale d'autre part.⁸¹

Les « conditions d'admission à l'aide sociale générale » qui doivent être remplies pour l'accès à toutes les prestations de l'« aide sociale générale » et qui sont prévues par l'article 3 du règlement sont au nombre de trois :

« Toute personne qui désire bénéficier de l'une des aides prévues par le présent règlement doit remplir les conditions liées aux ressources, à la résidence et à la nationalité »

La condition de « ressources » n'appelle pas de commentaire particulier.

La condition de « résidence » apparaît quelque peu restrictive puisque « *est réputé résidant à Mayotte, toute personne qui ne sera pas absente du territoire de Mayotte plus de 6 mois par an* ».

Mais c'est sur la troisième condition de « nationalité » que nous désirons attirer votre attention.

Le règlement (article 3) prévoit :

« Nationalité

Les bénéficiaires de l'aide sociale doivent avoir la nationalité française.

Les étrangers peuvent également en bénéficier sous réserve de dispositions particulières :

- les étrangers ressortissants d'un pays membre de la Communauté Economique Européenne,*
- les étrangers ressortissants d'un pays ayant passé avec la France un accord de réciprocité,*
- les réfugiés et apatrides reconnus par l'Office Française [sic !] de Protection des Etrangers [re-sic !] et des Apatrides. »*

Cette condition revient en pratique à exclure presque tous les étrangers. Ne sont en effet épargnés que les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté Economique

⁷⁹ Les articles 1 et 2 du Règlement reprennent ces caractéristiques.

⁸⁰ Pour que ces frais (optiques ou transports) soient pris en charge, les conditions spécifiques suivantes doivent être remplies (en plus des conditions générales) : ces frais ne doivent pas être pris en charge par l'assurance maladie, une demande doit avoir été faite et une réponse obtenue du fonds d'action sanitaire et sociale de la CSSM, une autorisation du médecin du Conseil général doit être obtenue. Pour les seuls non assurés sociaux (cf. point 3. de cette saisine) est exigée aussi la fourniture de deux devis au service instructeur, ce qui peut sembler une condition discriminatoire, compte tenu que les non assurés sociaux ne sont que des étrangers ou des Mahorais d'origine dépourvus d'état civil (articles 12 et 13 du règlement).

⁸¹ Pour être effective, l'aide médicale devrait logiquement être destinée à prendre en charge les frais non pris en charge par l'assurance maladie tels que des frais de prothèses dentaires, des soins d'orthoptie, des soins de rééducation, etc. Pour y avoir droit, en plus des conditions générales, l'intéressé doit avoir fait valoir ses droits aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité s'il est assuré social et, sinon, la prise en charge ne peut être obtenue, sur la base des tarifs de l'assurance maladie, qu'après accord du médecin référent du conseil général (article 8 du règlement). Cette dernière condition, limitée aux seuls non assurés sociaux, peut présenter un caractère discriminatoire (voir note de bas de page précédente).

Européenne⁸², et les réfugiés ou apatrides protégés contre toute discrimination par des Conventions internationales⁸³. Tous les autres étrangers sont exclus, faute d'accord de réciprocité existant en matière d'aide sociale.

Que le Conseil général ait osé exiger une condition de nationalité est ahurissant, a fortiori en 2007 (le règlement est daté de janvier 2007 et il a été rendu exécutoire en avril 2007 par une décision du conseil général du 30 mars 2007).

Exiger une condition d'exclusion fondée sur la nationalité pour l'octroi d'une aide sociale est contraire à une multitude de textes internationaux, mais aussi contraire au principe d'égalité constitutionnel. Vous aurez l'embarras du choix parmi tous les textes et toutes les décisions (Conseil Constitutionnel, CEDH, CJCE, Conseil d'Etat, Cour de cassation, etc.) qui prohibent formellement une telle condition⁸⁴.

Il n'existe d'ailleurs plus, à notre connaissance, de texte de la République en vigueur qui, en matière de protection sociale, contiendrait une disposition de type « préférence nationale » aussi ouvertement et manifestement discriminatoire, xénophobe et stigmatisante.

Cette disposition pourrait valoir des poursuites pénales sur le fondement de l'article 225-1 du code pénal à ses auteurs pour discrimination raciale. Rappelons que le maire et le premier adjoint de la commune de Vitrolles ont été condamnés sur ce fondement parce que le conseil municipal avait subordonné l'attribution d'une prime municipale de naissance à la nécessité pour l'un au moins des parents d'être de nationalité française ou ressortissant d'un pays membre de l'Union européenne et ce alors même qu'il n'y avait pas eu de mise en application effective de la discrimination (Cass. crim., 17 déc. 2002, n° 01-85.650).

Il est par ailleurs étonnant que les représentants de l'Etat, dont la mission est notamment de contrôler la légalité des actes du Conseil général qui leur sont systématiquement communiqués, aient laissé passer une telle disposition. Il n'est d'ailleurs pas trop tard puisque le préfet peut à tout moment, par un arrêté motivé, déclarer la nullité de ce règlement :

En effet, selon l'article LO6181-8 du code général des Collectivités territoriales (6^{ème} Partie, Livre 1^{er}, Mayotte)

« I. Les actes de la collectivité sont adressés sous huitaine par le président du conseil général au représentant de l'Etat (...)

IV. Sont nulles de plein droit :

1° Les délibérations du conseil général ou de la commission permanente portant sur un objet étranger à ses attributions ou prises hors de sa réunion légale ;

2° **Les délibérations prises en violation d'une loi ou d'un décret.**

La nullité de droit est déclarée par arrêté motivé du représentant de l'Etat.

La nullité de droit peut être prononcée par le préfet et proposée ou opposée par les parties intéressées, à toute époque.

Si un citoyen croit être personnellement lésé par un acte de la collectivité départementale, il peut en demander l'annulation par le représentant de l'Etat qui statue sur sa demande après vérification des faits. »

⁸² Ce qui signifie en exclure les Européens appartenant à un Etat non membre de l'UE mais membre de l'Espace économique européen.

⁸³ Et reconnus comme tels par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA).

⁸⁴ Sur ce sujet, il est possible de puiser dans l'étude « Discriminations » du *Dictionnaire permanent du droit des étrangers* (éditions législatives). Concernant la protection sociale plus particulièrement, on peut aussi se référer à « La protection sociale des étrangers par les textes internationaux », *Cahier juridique du Gisti*, 2^{ème} édition actualisée, décembre 2008 (http://www.gisti.org/publication_pres.php?id_article=1351).

Demande n°13 sur les dispositifs d'aide sociale du Conseil général destinés à une prise en charge maladie

Nous demandons à la HALDE et à la Défenseure des enfants :

- 1. de demander au Conseil général des informations sur l'effectivité des prestations d'aide sociale générale suivante : « aide médicale », « frais d'optique », « déplacements médicalisés » (prévus respectivement par les articles 8, 12 et 13 du « Règlement d'aide sociale de la collectivité départementale de Mayotte »). A cette fin, la communication de toutes les données ayant vocation à être publiques pourrait être demandée au Conseil général, tels les montants dépensés et le nombre de bénéficiaires pour chacun de ces dispositifs, avec une répartition des données de bénéficiaires entre assurés sociaux et non assurés sociaux d'une part, Français et étrangers d'autre part ;*
- 2. d'intervenir énergiquement pour que soit rapidement supprimée la condition de nationalité notoirement discriminatoire prévue par l'article 3 du « Règlement d'aide sociale de la collectivité départementale de Mayotte » de 2007 ;*
- 3. d'intervenir énergiquement auprès des représentants de l'Etat, plus particulièrement des responsables dans le domaine sanitaire et social pour leur rappeler que leur mission est de contrôler la légalité des actes sur l'île et leur demander comment ils ont pu laisser « passer » une telle discrimination sachant qu'ils n'ont pas pu ne pas avoir connaissance de ce règlement et de son contenu ; pour rattraper cette faute, de demander au préfet, conformément à l'article LO6181-8 du code général des Collectivités territoriales applicable à Mayotte, de déclarer au plus vite les dispositions discriminatoires prises par le Conseil général de Mayotte, nulle de plein droit comme le lui impose la loi ;*
- 4. d'enquêter sur cette grave discrimination décidée en toute impunité, d'en mettre à jour les causes et les responsabilités, le cas échéant en saisissant le procureur de la République sur le fondement de l'article 225-1 du code pénal et conformément à la jurisprudence de la Chambre criminelle de la Cour de Cassation ;*
- 5. d'établir le lien – les causes pouvant en être les mêmes - entre cette discrimination et les autres manquements et pratiques discriminatoires du Conseil général, en particulier ceux déjà mentionnés dans une saisine sur l'aide sociale à l'enfance (ASE) que nous vous avons adressée le 8 janvier 2009.*