



© MDM

MAYOTTE :

UNE SITUATION
D'EXCEPTION MALGRÉ
DES AVANCÉES
THÉORIQUES

Mayotte a rejoint les rangs des départements français en 2011 en devenant le 101^e département. Si étrangère aux yeux de bien des Français, nourrie de références historiques et culturelles comoriennes, malgaches, africaines et arabo-musulmanes, cette île vit actuellement de nombreux changements sociaux et économiques, avec la nécessité d'un véritable rattrapage en termes de droits sociaux et d'accès à la santé. ■

LES POINTS ESSENTIELS

- Seuls 18 % des enfants ayant consulté au centre pédiatrique de MdM sont affiliés à la sécurité sociale.
- Les obstacles à l'accès aux soins sont nombreux, marqués par la barrière financière en l'absence d'un système clair de prise en charge et par la peur omniprésente des expulsions.
- 38 % des enfants accueillis au centre pédiatrique et 58 % de ceux vus en consultation mobile ont été contraints de renoncer à des soins au cours des six derniers mois.
- 5,1 % des enfants présentent une malnutrition aiguë.

Contexte

Petite île de l'océan Indien d'une superficie de 374 km² et de 212 000 habitants lors du recensement de 2012, située à l'entrée nord du canal du Mozambique, Mayotte fait partie de l'archipel géographique des Comores, composé également de Grande Comore, Anjouan et Mohéli. Elle fut successivement colonie (1841) puis territoire d'outre-mer (1946). En 1975, alors que les trois autres îles deviennent indépendantes et constituent l'État des Comores, Mayotte reste dans le giron de la France, en violation du droit international. Jusqu'en 1995, la libre circulation était de mise entre les quatre îles. En 1995, l'instauration du « visa Balladur » empêche cette libre circulation, et ce qui constituait jusque-là une mobilité familiale et économique devient « immigration irrégulière ». C'est en 1995 que commencent les premières expulsions directes de Mayotte vers les Comores pour 565 personnes en cette première année.

Au fil des années, les parents, les frères, les cousins comoriens sont devenus à Mayotte des « immigrés clandestins ». La politique migratoire française s'est considérablement radicalisée depuis quelques années sur le territoire métropolitain comme à Mayotte. En 2011⁵⁵, 21 700 personnes auraient été expulsées, dont 5 389 mineurs, soit plus de 10 % de la population de Mayotte, ce qui représente à peu près autant d'expulsions que pour tout l'Hexagone... Ce chiffre serait en baisse en 2012 (de l'ordre de 17 000 selon les services du Défenseur des droits⁵⁶) ; cependant, sur le terrain, les associations ne constatent pas de changement concernant les expulsions et la rétention à Mayotte.

Le 31 mars 2011, Mayotte devient le 101^e département français et le cinquième département d'outre-mer. Mais tous les droits applicables aux départements n'y sont pas effectifs. Dans le cadre de ce que les autorités appellent la « départe-

mentalisation », un « rattrapage » est prévu en matière de santé, de droits sociaux, de développement économique... d'ici 20 à 30 ans. À l'automne 2011, le nouveau département connaît un mouvement social fort « contre la vie chère » qui durera quarante-six jours. Ainsi, l'année 2012 a été marquée par une forte désillusion face à une départementalisation qui reste encore à faire et à une situation économique et sociale dégradée, avec des mouvements sociaux réguliers et multiples. La population mahoraise est extrêmement jeune, les moins de 15 ans représentent quasiment la moitié de la population totale ; l'âge moyen est de 22 ans. Le taux de chômage général atteint 26 %. En matière de santé, Mayotte affichait en 2007 une surmortalité générale par rapport à la métropole de 84 %⁵⁷, surmortalité liée aux maladies infectieuses, au diabète et aux maladies de l'appareil respiratoire. Le taux de mortalité maternelle y est très important, six fois plus élevé qu'en métropole, souvent à la suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement. La mortalité infantile est quatre fois plus élevée qu'en métropole.

Jusqu'en 2005, l'ensemble de la population bénéficiait d'un accès aux soins gratuit dans les structures publiques de soins (dispensaires et hôpital). En 2005, un système spécifique de sécurité sociale a été mis en place, sans CMU, CMUc ni AME, ouvert aux seuls Français et étrangers majeurs en situation régulière⁵⁸. Au total, selon les estimations au jugé (pas de chiffres officiels en la matière), l'introduction de ce système d'assurance maladie a conduit à l'exclusion d'environ un quart de la population de toute protection maladie, et donc souvent des soins⁵⁹. C'est le cas des étrangers en situation irrégulière, mais aussi d'une partie de la population mahoraise dans l'incapacité de justifier de son état civil ou de présenter d'autres documents exigés de façon abusive (justificatif de domicile, RIB...).

Les enfants ne peuvent être affiliés qu'en qualité d'ayants

(55) Chiffres annoncés par la préfecture de Mayotte en février 2012 : http://www.malango-actualite.fr/imprime_article.php?id_article=8815

(56) Mathieu Y., « *Compte-rendu de la mission conduite par Mme Yvette Mathieu auprès du Défenseur des droits de l'enfant à Mayotte* », mars 2013.

(57) Centre d'observation et d'analyse des besoins de santé, ARS, « *État de santé de la population de la Réunion et de Mayotte – Océan Indien* », 2010, dossier n° 01, 18 pages.

(58) Selon l'ordonnance n° 96-1122, pour être considéré en situation régulière : il faut être « *autorisé à séjourner sur le territoire de cette collectivité territoriale pour une durée supérieure à trois mois ou y résider effectivement depuis trois mois* » et donc avoir un titre de séjour ou un récépissé. Dans ce dernier cas il faut apporter la preuve de la résidence à Mayotte depuis plus de trois mois.

(59) Math A., « *Mayotte. La situation économique et sociale* », Chronique internationales de l'Ires, 2012, p. 134.

droit : seuls peuvent être affiliés les enfants à charge d'un parent français ou d'un parent étranger en situation régulière, lequel doit résider à Mayotte. Les enfants de personnes sans papiers ou les mineurs isolés, nombreux en raison des expulsions systématiques et répétées des parents sans leurs enfants, n'ont ainsi accès à aucune forme de protection maladie. Il en est de même lorsque le parent français ou en situation régulière ne réside pas sur le sol de Mayotte. Selon les services du Défenseur des droits, 75 % des enfants à Mayotte ne seraient pas affiliés à la sécurité sociale.

Concernant l'accès aux soins, la Pass ne propose pas de consultations médicales et la circulaire relative à la création du FSUV n'est pas applicable à Mayotte. Les personnes en situation irrégulière, soit environ un tiers de la population, doivent ainsi s'acquitter d'un forfait (de l'ordre de 10 euros pour une consultation de médecine générale à 300 euros pour un accouchement⁽⁶⁰⁾) souvent élevé au regard de leurs moyens financiers (un habitant sur cinq gagne moins de 100 euros par mois⁽⁶¹⁾). Un dispositif spécifique est prévu permettant l'exemption du paiement de la provision en cas de nécessité de soins urgents, mais il fonctionne mal, et la définition des soins urgents est plus restrictive.

En août 2009, à la suite d'un rapport de la Défenseuse des enfants dénonçant les insuffisances de la prise en charge des enfants non affiliés à la sécurité sociale⁽⁶²⁾, un système de « **bons enfants** » ou « **bons roses** », toujours en vigueur, a été mis en place par le centre hospitalier de Mayotte⁽⁶³⁾. Ce dispositif, sans fondement légal, prévoit théoriquement que le bureau des entrées de l'hôpital ou du dispensaire délivre un « bon enfant » aux enfants non affiliés pour la gratuité des soins. Il ne permet pas une prise en charge des soins extra-hospitaliers parfois indispensables dans le cas d'enfants gravement malades nécessitant, par exemple, des soins infirmiers.

Ce système, « bricolé », peu clair⁽⁶⁴⁾, fonctionne en réalité assez mal : les bons sont méconnus et attribués de manière partielle et arbitraire. De plus, il aurait dû prendre fin en mai 2012. En effet, le 31 mai 2012, une ordonnance⁽⁶⁵⁾ concernant Mayotte dispose que les frais concernant les mineurs et les enfants à naître sont pris en charge en totalité lorsque les ressources des personnes concernées sont inférieures à

un certain montant. Cette modification constitue une avancée légale majeure puisqu'elle inscrit dans la loi le principe de la gratuité des soins pour les mineurs et les femmes enceintes et devrait de ce fait rendre le système des bons roses caduc.

Cependant, cette modification législative ne s'applique qu'au système public de santé. Les enfants non affiliés restent exclus des soins de la médecine de ville nécessaires pour la prise en charge notamment des enfants en situation de handicap. D'autre part, ce texte reste pour l'instant inappliqué, et aucune information sur son existence et son contenu n'a été transmise aux équipes de terrain (soignants et accueillants dans les dispensaires notamment) ou à la population. Par ailleurs, cette avancée légale notable – qui reste entièrement à appliquer – ne remplace pas d'autres réformes de fonds : la mise en place de la CMUc ainsi que celle d'un véritable dispositif permettant l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière du type AME, ou, en l'absence d'autre option, l'affiliation directe des mineurs à l'assurance maladie. Ces demandes, faites de longue date par les associations, ont été recommandées par la Halde⁽⁶⁶⁾, la Défenseuse des enfants et récemment le Défenseur des droits dans son rapport de 2013⁽⁶⁷⁾.

À cette occasion, il faut souligner et saluer la naissance d'un début de jurisprudence permettant l'affiliation directe des enfants à la sécurité sociale. En 2010, à la suite d'une procédure mise en œuvre par MdM, le tribunal des affaires de sécurité sociale de Mamoudzou a jugé que le droit de la santé en vigueur à Mayotte était contraire à la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) et a reconnu un droit à l'assurance maladie à un enfant en son nom propre⁽⁶⁸⁾. La caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) a fait appel de la décision, appel qui a finalement été rejeté en 2012, cette décision faisant l'objet aujourd'hui d'un pourvoi en cassation. Mais c'est la première fois qu'un tribunal impose l'affiliation directe d'un mineur à la sécurité sociale et considère que le droit applicable à Mayotte dans le domaine de la santé est contraire à la CIDE. Cette décision est une avancée considérable pour le respect du droit fondamental des enfants à la santé.

(60) Arrêté du 9 août 2005 relatif à la fixation de la provision financière à la charge des personnes non affiliées à un régime d'assurance maladie pour bénéficier des soins dispensés par le centre hospitalier de Mayotte.

(61) Centre d'observation et d'analyse des besoins de santé, ARS, *op. cit.*

(62) Défenseur des enfants, « *Regard de la Défenseuse des enfants sur la situation des mineurs à Mayotte* », annexe au rapport, 2008, 23 pages. Ce rapport a fait suite à une saisine interassociative (Aides, Cimade, Gisti, Médecins du Monde et Collectif migrants outre-mer).

(63) Note d'information, « *Accès aux soins des mineurs non affiliés* », centre hospitalier de Mayotte, Mamoudzou, 28 juillet 2009.

(64) Selon le texte de la note d'information, le dispositif mis en place maintient une ambiguïté entre soins urgents (« *affection grave et durable* ») et soins courants, seuls les premiers permettant une exonération de la provision.

(65) Ordonnance n° 2012-785 (cf. annexe 3 modifiant le Code de la santé publique dans son article L. 6416-5).

(66) Halde, délibération n° 2010-87 du 1^{er} mars 2010, in Roulhac C., « *La reconnaissance du caractère discriminatoire du dispositif d'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière à Mayotte : une illustration de l'applicabilité et de l'universalité des droits sociaux. Commentaire de la délibération de la Halde n° 2010-87 du 1^{er} mars 2010* », *Revue de droit sanitaire et social*, 2010 : 4, 704-13.

(67) Décision du Défenseur des droits n° MDE/2013-87, « *Recommandations générales relatives à la situation très alarmante des mineurs étrangers isolés dans le Département de Mayotte* », 2013.

(68) Tass de Mamoudzou, jugement du 17 décembre 2010.

Les consultations médico-sociales de MdM

Afin d'améliorer l'accès à la santé des enfants en situation de précarité, MdM a ouvert en décembre 2009, dans le quartier de Majicavo Koropa, commune de Koungou, un centre pédiatrique de soins et d'orientation (CPSO) où se déroulent des consultations médicales et sociales. Depuis mars 2010, des consultations mobiles hebdomadaires sont également organisées dans d'autres quartiers de l'île auprès des populations précaires.

En 2012, la clinique mobile, devenue unité mobile de soins et d'orientation (UMSO) après l'acquisition d'un camion aménagé, s'est déplacée sur plusieurs sites : Vahibé, Miréréni-Combani, Dzoumogné et Bouyouni. Ces sites combinent une forte densité de population, un habitat indigne largement répandu, un accès à l'eau difficile et de fréquents contrôles de police.

En 2012, le programme a enregistré 3 177 consultations médicales pour 1 887 patients reçus. Parmi eux, 911 étaient des nouveaux enfants. Parmi ces derniers, 47 % ont été rencontrés au centre de santé de Majicavo Koropa et 53 % ont été vus lors des consultations mobiles hebdomadaires.

En 2012, parmi les enfants rencontrés, 67 % ont moins de 6 ans (très net rajeunissement de la file active), 16 % entre 6 et 9 ans, 13 % entre 10 et 14 ans. La quasi-totalité des enfants (92 %) sont nés à Mayotte. Les enfants non nés à Mayotte sont arrivés en bas âge (65 % des enfants de plus de 13 ans non nés à Mayotte sont arrivés sur le territoire depuis plus de 7 ans).

Parmi les enfants accueillis, 71 % ont leurs deux parents de nationalité étrangère, 28 % ont au moins un parent français, aucun n'a ses deux parents français.

Les parents étrangers sont presque exclusivement comoriens, avec 92 % de mères comoriennes et 74 % de pères comoriens. Enfin, 85 % des mères étrangères et 77 % des pères étrangers n'ont pas de titre de séjour.

Au jour de la première consultation, 8 % des enfants accueillis ont au moins un parent actuellement expulsé hors de l'île et 4 % des enfants ne vivent avec aucun de leurs parents. Il s'agit dans 46 % des cas de situations qui durent depuis plus de 6 mois. Durant la période d'expulsion des parents, l'accès aux soins des mineurs est particulièrement problématique. Les personnes qui accueillent ces enfants, en attendant le retour potentiel des parents, assurent leur quotidien mais reportent généralement, sauf urgence, le suivi

médical de ces enfants. Lorsque les accueillants amènent les enfants au centre de santé, il est probable qu'ils se présentent comme leurs parents, par peur de ne pas être reçus par le médecin ou par crainte d'attirer l'attention sur la situation. La reprise du suivi médical des enfants se fait généralement au retour d'un des parents.

En ce qui concerne les problèmes de santé, la grande majorité des enfants souffrent d'infections. Les viroses respiratoires et ORL, très fréquentes chez les enfants, restent le premier motif de consultation (79 %). Les pathologies de la peau sont au deuxième rang (48 %). En effet, les conditions de vie difficiles favorisent les infections cutanées et leur récurrence (manque d'hygiène lié aux difficultés d'accès à l'eau et au savon, promiscuité). Au moment de la saison des pluies, le taux d'humidité de l'air favorise les infections cutanées primaires telles que l'impétigo, les abcès et les surinfections des autres pathologies cutanées présentes toute l'année : gale, dermatophytose, teigne. Les conditions de vie des enfants à Mayotte génèrent fréquemment des plaies (habitat en tôle, non-ramassage des déchets dans des ruelles étroites et glissantes...) et des brûlures (cuisine à même le sol sur des réchauds à pétrole ou au feu de bois) avec des risques de surinfections liées aux conditions d'hygiène. Les problèmes d'ordre digestif concernent 32 % des consultations.

Lors des consultations, parmi les 970 enfants dont le périmètre brachial a été mesuré, 5,1 % présentent une malnutrition aiguë⁽⁶⁹⁾.

■ Une insuffisance globale de couverture vaccinale pour les vaccinations obligatoires et recommandées

Parmi les nombreux objectifs opérationnels de la mission figure une action de témoignage sur la situation médicale des enfants, en termes notamment de vaccinations. Ces informations sont collectées systématiquement pour les nouveaux patients à partir des carnets de santé afin d'estimer les taux de couverture pour les vaccinations obligatoires ou fortement recommandées à Mayotte (ROR, DTP, coqueluche, BCG et hépatite B).

Indépendamment de l'âge, la couverture vaccinale des enfants est insuffisante, elle se situe entre 72 % et 75 % pour une majorité de vaccins (ROR : 73 %, DTP : 72,4 %, Coqueluche : 74,1 %, BCG : 74,3 %). Elle est plus élevée pour l'hépatite B, avec 94,8 %.

Si l'on compare ces résultats aux objectifs de couverture vaccinale fixés dans le Plan de santé publique, on constate

(69) La **malnutrition aiguë** comprend la malnutrition modérée et la malnutrition sévère. Elle se caractérise par une nette insuffisance de poids par rapport à la taille. Pour évaluer rapidement le degré de malnutrition d'un enfant, on peut utiliser un bracelet, mais le rapport poids/taille est aussi utilisé. La malnutrition aiguë modérée se définit par un indice poids/taille compris entre 70 et 80 % du ratio normal ; la malnutrition sévère se définit par un indice poids/taille inférieur à 70 % du ratio normal, ou par un périmètre brachial < 115 mm, ou par des œdèmes bilatéraux (critères diagnostiques indépendants).

une insuffisance globale de couverture pour les vaccinations obligatoires et recommandées (tableau 56).

Quel que soit le vaccin, le taux de couverture vaccinale diminue de manière significative pour les enfants non affiliés à la sécurité sociale (tableau 57).

Afin d'estimer l'impact de la mise à disposition gratuite dans les centres de PMI des vaccins inscrits au calendrier vaccinal en vigueur, il est important de comparer les taux de couverture vaccinale des enfants de moins de 6 ans en fonction de leur affiliation à la sécurité sociale. En effet, tous les enfants de moins de 6 ans sont censés pouvoir être vaccinés gratuitement et indépendamment de leur statut social dans les centres de PMI (tableau 58).

Quel que soit l'âge considéré, le fait de ne pas avoir de cou-

verture maladie est un facteur limitant pour être correctement vacciné.

Pour les enfants de moins de 6 ans, des difficultés supplémentaires s'ajoutent : d'une part, la présence fréquente des forces de l'ordre à proximité des routes qui empêchent les mères de se rendre au centre de PMI par peur d'être arrêtées ; d'autre part, la surcharge d'activité des PMI, les budgets insuffisants et le manque de personnel entraînant des délais de rendez-vous de plus de trois mois.

Ces dysfonctionnements sont rapportés par les services du Défenseur des droits sur la protection des droits de l'enfant à Mayotte en mars 2013 qui spécifie que « les livraisons de vaccins sont irrégulières, la PMI oriente alors de façon arbitraire vers le centre hospitalier de Mayotte ».

Tableau 56 : Comparaison entre les objectifs de couverture vaccinale spécifiques pour chaque vaccination fixés par le Plan de santé publique et les taux de couverture vaccinale des enfants suivis par la mission MdM en 2012 à Mayotte (indépendamment de l'âge)

Vaccination	Objectifs fixés par le PSP	Résultats cohorte MdM
ROR	95 %	73,0 %
DTP	95 %	72,4 %
Coqueluche	95 %	74,1 %
BCG	90 %	74,3 %
Hépatite B	75-80 %	94,8 %

Tableau 57 : Taux de couverture vaccinale par type de vaccin en fonction de l'affiliation à la sécurité sociale des enfants suivis par la mission MdM en 2012 à Mayotte

Maladie	Affiliés à la sécurité sociale (n = 337)	Non affiliés à la sécurité sociale (n = 1 526)
ROR	84,4 %	70,1 %
DTP	85,1 %	69,1 %
Coqueluche	87,0 %	70,9 %
BCG	77,1 %	69,0 %
Hépatite B	97,8 %	94,1 %

Tableau 58 : Taux de couverture vaccinale par type de vaccin en fonction de l'affiliation à la sécurité sociale des enfants de moins de 6 ans suivis par la mission MdM en 2012 à Mayotte

Maladie	Affiliés à la sécurité sociale (n = 221)	Non affiliés à la sécurité sociale (n = 1 112)
ROR	77,7 %	61,2 %
DTP	82,0 %	66,7 %
Coqueluche	82,3 %	66,3 %
BCG	71,1 %	63,5 %
Hépatite B	97,1 %	93,8 %

Les obstacles à l'accès aux droits et aux soins

Parmi les enfants nés à Mayotte, seuls 18 % sont affiliés à la sécurité sociale. Sur l'ensemble des enfants qui devraient être affiliés à la sécurité sociale, plus de la moitié (53 %) ne le sont pas. Une étude réalisée en 2008 montre qu'au moins 40 000 personnes, dont 18 000 enfants, n'accéderaient pas à l'assurance maladie à Mayotte, parmi lesquelles les quatre cinquièmes seraient des étrangers. Ainsi, 78 % des Français seraient affiliés contre 47 % des étrangers⁷⁰.

Pour quasiment tous les enfants reçus, l'accompagnant déclare rencontrer des obstacles pour l'accès et la continuité des soins. Les obstacles les plus fréquents sont d'ordre financier (coût des consultations, des traitements mais aussi des transports). La peur des expulsions, la barrière linguistique et les difficultés administratives sont autant de difficultés qui amènent à des retards ou à des renoncements aux soins.

■ Le premier obstacle à l'accès aux soins des enfants : le coût des soins

L'ordonnance du 31 mai 2012, qui prévoit la gratuité des soins pour les enfants et les femmes enceintes dans le système public de santé (dispensaire et hôpital) à Mayotte, n'est toujours pas appliquée. Aucune information ou instruction n'a été faite par l'administration, qui se retranche derrière l'attente d'un décret d'application alors que le texte est directement applicable. Comme évoqué, le système des « bons roses » permettant l'accès à un professionnel de santé est, lui, totalement arbitraire, les bons étant accordés au bon vouloir des accueillants et des médecins, et très mal connus de la population.

Ainsi, le coût des soins est le premier obstacle invoqué à l'accès aux soins des enfants. Les difficultés financières pour la consultation ou le traitement sont citées dans respectivement 63,5 % et 78 % des cas lorsque les deux parents sont étrangers en situation irrégulière. Rappelons que la population de Mayotte est caractérisée par une grande pauvreté : un habitant sur cinq gagne moins de 100 euros par mois et le revenu annuel moyen est de 4 480 euros pour les Français de Mayotte et de 2 280 euros pour les étrangers vivant à Mayotte. Par ailleurs, le coût des transports, alors que les distances à parcourir sont relativement faibles, est cité comme un obstacle par plus de la moitié des accompagnants (53 %). Pour information, un aller-retour pour une personne en taxi collectif, principal moyen de transport, varie de 2,4 à 5 euros par personne, soit jusqu'à 10 euros pour deux personnes. En 2012, 66 % des parents des enfants nouvellement reçus au centre ne connaissent pas le dispositif des « bons roses ».

Les familles, persuadées d'avoir à payer pour la consultation et les soins de leurs enfants, tendent souvent à renoncer aux soins ou à les repousser.



Lors d'une consultation mobile en mai 2012, nous recevons en consultation un nourrisson de presque six semaines. Le médecin remarque qu'il n'a pas fait de test Guthrie à la naissance et questionne donc la mère à ce propos. La mère explique que son enfant est né le jeudi 12 avril. Elle a quitté l'hôpital le 13 et on lui a demandé de se rendre au dispensaire le 16 pour réaliser ce test. La mère s'est donc présentée avec son enfant au dispensaire le 16 avril. La personne à l'accueil lui a dit qu'il fallait qu'elle paie 10 euros pour la consultation étant donné que son enfant n'était pas affilié à la sécurité sociale. La mère a alors répondu qu'elle n'avait pas d'argent et qu'elle ne pouvait pas payer la consultation. La personne lui a dit que ce n'était pas la peine, qu'elle ne serait pas reçue. La mère nous explique être tout de même restée au dispensaire toute la matinée en insistant pour pouvoir être reçue mais elle est restée confrontée à un refus catégorique de la personne à l'accueil. La mère nous dit ensuite avoir déjà bénéficié d'un bon de circulation gratuit pour un autre de ses enfants à l'hôpital mais sans trop savoir ce que c'était et sans pouvoir expliquer cela à la personne de l'accueil. Nous lui avons donc réexpliqué le principe du « bon rose ».

Dans le cadre des consultations au centre de santé de MdM, les équipes continuent d'informer, dès l'accueil, sur l'existence de ces bons dans les dispensaires et à l'hôpital. Mais il est indispensable que l'ordonnance de 2012 soit désormais appliquée.

■ La peur omniprésente et justifiée des expulsions

Parmi les adultes ayant consulté (n = 187)⁷¹, 39 % ont déjà été expulsés, et, parmi eux, 36 % l'ont été au moins à deux reprises. La quasi-totalité (90 %) des adultes est arrivée pour la première fois à Mayotte il y a plus de trois ans.

La peur de se déplacer et la crainte des contrôles de police sont citées par plus de la moitié (53 %) des consultants comme étant des obstacles à l'accès aux droits et aux soins. Cette proportion atteint 64 % lorsque les deux parents sont en situation irrégulière.

(70) Guyot D., « Accès aux droits des personnes en situation d'exclusion à Mayotte », rapport final, 2009, 10 pages.

(71) Il s'agit de parents d'enfants malades consultant à MdM et d'autres adultes suivis par la consultation sociale de MdM.

L'anxiété liée à la menace quotidienne d'expulsion est exprimée au cours de presque toutes les consultations médicales, aussi bien par les parents que par les enfants eux-mêmes. Il est alors essentiel de proposer un lieu de consultation de proximité à ces populations. Les expulsions sont si fréquentes qu'elles arrivent parfois sur le trajet vers MdM et visent aussi des parents d'enfants gravement malades. Les équipes de MdM sont alors amenées à intervenir auprès des autorités pour la libération du centre de rétention administrative. En créant un centre de santé au cœur d'un quartier précaire et en organisant des consultations mobiles, MdM privilégie la proximité pour éliminer l'obstacle de la distance à parcourir.

« ARRESTATION SUR LE TRAJET VERS LA CONSULTATION MÉDICALE MdM »

“ Le 14 juin 2011, lors de la clinique mobile à Miréréni-Combani, MdM reçoit Mme R., mère de quatre enfants, dont trois sont nés à Mayotte. La mère est venue pour une consultation médicale pour son enfant de 4 ans. Durant le temps d'attente, elle en profite pour expliquer à l'intervenant social que la mairie refuse d'inscrire son enfant de 4 ans à l'école, sous prétexte que ce dernier n'est pas affilié à la sécurité sociale. La mère ne connaissant pas la date de naissance exacte de son enfant, l'intervenant social lui demande d'aller chercher chez elle l'extrait de naissance. Elle s'y rend, laissant l'enfant dans la salle d'attente, sous la surveillance de voisines. Sur le chemin du retour, des agents de la police aux frontières (PAF) interpellent la dame. Mme R. explique qu'elle retourne auprès de son enfant, qui attend pour une consultation médicale. Malgré les explications, les agents de la PAF ne veulent pas la relâcher. Ayant bruit de l'arrestation, l'intervenant social de MdM s'est rendu sur le lieu de l'arrestation et a expliqué l'importance de la présence de la maman pendant la consultation médicale de son enfant. C'est seulement grâce à cette intervention que la mère a finalement été relâchée.”

■ 42 % des personnes confrontées à des difficultés linguistiques

La barrière linguistique est un frein à l'accès aux droits et aux soins cité par 42 % des accompagnants, frein d'autant plus important quand les deux parents sont étrangers. Ces chiffres sont sans doute sous-estimés en raison de la banalisation de

cette difficulté largement répandue à Mayotte. Parmi les adultes ayant consulté, les accueillants de MdM estiment que 72 % ne maîtrisent pas la langue française.

Le Français est certes la langue officielle à Mayotte, utilisée dans les institutions, mais il ne s'agit pas pour autant de la langue parlée au sein des foyers. Ainsi, la majorité des Mahorais ne parlent pas le français. Le mahorais (ou shimaoré) est la langue parlée par plus de deux tiers de la population⁷², les autres parlant le shibushi⁷³. L'interprétariat apparaît alors comme un enjeu essentiel lors des consultations médicales. En effet, les médecins sont en majorité métropolitains et ne parlent pas la langue locale. Les aides-soignants assurent la traduction en fonction de leur disponibilité sans forcément avoir été formés à cette pratique. Des incompréhensions peuvent avoir lieu avec des conséquences sur le suivi médical. De plus, les patients peuvent craindre pour la confidentialité des informations les concernant du fait de la présence d'une tierce personne qui peut habiter le même village ou partager des connaissances communes.

■ De nombreux obstacles administratifs

Les difficultés administratives sont évoquées dans 25 % des situations. À Mayotte, il s'agit d'un système administratif en transition. La réforme de l'état civil, relativement récente, n'est pas finalisée pour l'ensemble des personnes nées à Mayotte, ce qui constitue un problème majeur et un véritable frein à la départementalisation soulignés par la chargée de mission du Défenseur des droits⁷⁴.

La CSSM exige fréquemment pour le dépôt d'un dossier des documents administratifs non obligatoires tels que les relevés d'identité bancaire. Cette exigence abusive de pièces constitue un obstacle très important, d'autant plus à Mayotte où l'accès au compte bancaire est particulièrement compliqué et où le droit au compte reste une fiction. Par ailleurs, le dépôt de dossier est parfois refusé lorsque les personnes sont titulaires d'un premier récépissé de demande de titre de séjour délivré par la préfecture alors même qu'une telle pièce atteste de la régularité du séjour. Depuis le début de l'année 2013, ces obstacles se sont renforcés et il est très difficile d'obtenir l'ouverture des droits à la sécurité sociale.

À Mayotte, les droits sont ouverts pour la durée de validité du titre de séjour présenté, entre trois et six mois. Cette pratique a des conséquences importantes étant donné le nombre de récépissés de trois mois accordés ainsi que les longs délais de traitement des dossiers. Il faut très fréquemment faire des demandes de renouvellement de couverture maladie, ce qui entraîne des ruptures de droits, et donc de soins.

(72) Langue comorienne parlée à Mayotte, dérivée du swahili.

(73) Langue austronésienne proche de celles parlées à Madagascar.

(74) Mathieu Y., *op. cit.*, p.25.

Enfin, il faut souligner l'impossibilité d'affilier à la CSSM des enfants français, vivant sur le territoire de Mayotte, à la charge d'un parent non régularisé et dont le parent français n'est pas résident à Mayotte. Non affiliés, ces enfants français consultent au centre pédiatrique de MdM. Pourtant, le parent ayant la charge de l'enfant est régularisable au titre de parent d'enfant français. À Mayotte, sont ainsi maintenus dans l'irrégularité de nombreuses personnes qui ne devraient pas s'y trouver.

Le mauvais accueil dans les structures de soins est décrit comme un obstacle à l'accès aux soins pour 6 % des consultants. Ce chiffre est sans doute sous-estimé car les personnes se plaignent souvent du mauvais accueil ou d'une mauvaise expérience à l'hôpital ou dans les dispensaires.

Des obstacles qui entraînent un retard ou un renoncement aux soins

Tous ces obstacles ont pour conséquence de réduire l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité et/ou en situation irrégulière. Ainsi, en 2012, 42 % des accompagnants disent avoir renoncé à des soins pour leur enfant : c'est le cas pour 38 % des enfants accueillis au centre pédiatrique et pour 58 % de ceux vus en consultation mobile. Au niveau national, dans l'ensemble des Caso, le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois concerne 22 % de l'ensemble des patients.

De nombreux parents expriment un renoncement de principe : la conviction de ne pas être reçus en consultation du fait de l'impossibilité de payer le forfait, conjuguée au risque d'être interpellés en chemin, les conduit à ne même plus tenter de se déplacer pour voir un médecin. Dans 11,5 % des cas, le médecin estime qu'au moins un des problèmes de santé diagnostiqués aurait dû être pris en charge ou traité plus tôt.

Des enfants malades séparés de leurs parents

La régularisation pour raisons médicales est difficile à Mayotte, notamment pour les parents ou accompagnants d'enfants malades. Les délais de traitement des dossiers par la préfecture étaient jusqu'à la fin de 2012 très longs. Depuis, on constate une nette amélioration grâce à une réorganisation de l'accueil à la préfecture (accueil physique deux jours par semaine) et à un traitement spécifique pour les demandes de titre de séjour pour raison de santé. Sans régularisation de la situation administrative des parents, face aux refus d'affiliation directe des enfants et en l'absence d'AME à Mayotte, l'accès

aux soins des enfants est compliqué et chaque déplacement représente un risque d'arrestation, voire d'expulsion. Les expulsions de parents d'enfants malades sont fréquentes. Le suivi d'enfants de parents en situation irrégulière nous amène à effectuer des interventions en urgence dans les cas d'interpellation du parent à charge. Chaque année, notre équipe est amenée à intervenir au moins une dizaine de fois afin d'aider à faire sortir un parent d'enfants malades du centre de rétention administrative (CRA), le plus souvent en lien avec les associations partenaires (Cimade, Tama).



Le 11 janvier 2012 aux environs de 10 heures, le père d'une famille de quatre enfants nés à Mayotte, dont l'un est suivi au service pédiatrique de l'hôpital pour maladie grave, est interpellé à Majicavo. Arrêté une première fois en 2011, il avait été libéré parce qu'il avait une convocation de la préfecture. Mais en septembre 2011, lors de cette convocation, il lui a été dit que sa situation ne pouvait être traitée sans la possession d'un passeport. Or, cette exigence n'est pas fondée sur le plan légal. Lors de la dernière interpellation, le père a montré tous ses documents à la police aux frontières : l'annulation établie par la préfecture de Mayotte du premier arrêté préfectoral de reconduite à la frontière (APRF), sa carte d'identité, les certificats médicaux de l'enfant malade. La PAF n'a pas tenu compte de ces documents et a embarqué le père jusqu'au centre de rétention administrative. Le père a passé vingt-quatre heures en rétention et a été libéré à nouveau sur intervention du service de pédiatrie de l'hôpital. Sans régularisation de la situation du père en tant qu'accompagnant d'enfant malade, il risque à tout moment d'être de nouveau interpellé."

Par ailleurs, l'absence de possibilité d'affiliation à une assurance maladie (directe ou AME) rend également plus difficiles les évacuations sanitaires des enfants dont l'état de santé nécessite une prise en charge dans un centre hospitalier hors de Mayotte. Les refus de la part des hôpitaux en métropole semblent se développer. Lorsqu'elles sont possibles, les évacuations sanitaires d'un enfant vers La Réunion ou la métropole se font souvent sans présence d'un parent, même pour des enfants gravement malades, faute de délivrance d'un titre de séjour pour les accompagnants. Selon les services du Défenseur des droits, dans 10 % des cas d'évacuations sanitaires (ou qui passent en comité « Evasan »), les parents sont en situation irrégulière et un titre de séjour s'avère donc nécessaire.