

## **ANNEXE I : DESCRIPTIONS D'OBSTACLES D'ACCES AUX SOINS**

### **CAS REPRESENTATIFS DES OBSTACLES D'ACCES AUX SOINS**

*Nous tenons à disposition un document plus complet de cas documentés « obstacles aux soins – témoignages et descriptions de cas ».*

#### **C, 14 ans. Rupture de soins pour son épilepsie**

Famille de Kaweni, 4 enfants. C, né en 1995 à la maternité de Mamoudzou, deuxième de la fratrie, souffre d'épilepsie depuis le jour de sa naissance. Son père, né en 1964 à Anjouan est arrivé en 1977 à Mayotte. Sa mère est décédée alors que le dernier enfant n'avait que 3 ans.

La demande de titre de séjour pour soins est faite par le service de Pédiatrie et de Néonatalogie du CHM en 2002, pour une épilepsie rebelle, nécessitant une prise en charge spécialisée non disponible dans le pays d'origine et dont le défaut de soins est susceptible de nuire profondément à la santé de l'enfant.

Le père obtient un titre de séjour, de 2002 à 2003 (qui n'a plus été renouvelé).

L'enfant est pris en charge régulièrement par le CHM jusqu'en 2006 (dernier rendez-vous avril 2006). Arrêté pendant le mois du ramadan, le père ne l'emmène pas au rendez-vous suivant (août 2006), car il avait trop peur de se faire attraper et renvoyer. Ayant d'autres enfants à charge, il a préféré la sécurité que de prendre le risque de se faire renvoyer pour la santé de son fils.

L'enfant est en rupture de soins jusqu'au 28/08/09, date à laquelle il consulte chez nous pour la première fois, alors que le père décrit plusieurs crises d'épilepsie par semaine, avec chutes et blessures. Nous le référons aux urgences du CHM pour équilibrer son traitement et l'orientons à l'assistante sociale de l'hôpital.

#### **Mme A, 28 ans. Difficultés d'accès aux soins et interpellation d'une femme en attente d'un titre de séjour pour soins et avec une grossesse à risque**

Mme A. est une patiente de 28 ans d'origine anjouanaise, arrivée clandestinement à Mayotte en 2002 pour soins. Elle présente en effet depuis l'âge de 9 ans une dyspnée d'effort pour laquelle aucun diagnostic n'a pu être porté à sa connaissance dans son pays d'origine. Le diagnostic d'insuffisance cardiaque sévère consécutive à une valvulopathie mitrale est établi à Mayotte. Elle est alors adressée à La Réunion où elle bénéficie d'une chirurgie cardiaque (valvuloplastie, reprise en 2005). Elle essaie d'obtenir un titre de séjour pour soins depuis 2007.

Description de la coordinatrice du projet : « Je l'accompagne à la consultation de cardiologie (afin de lui poser un holter), rejointe un peu plus tard par notre médecin. A l'accueil, on me confirme qu'elle est attendue mais qu'il faut passer par le bureau des entrées pour lui faire les étiquettes et régler. J'indique à la secrétaire qu'elle n'est pas affiliée, qu'elle n'a pas les moyens de régler les quinze euros nécessaires à son admission et qu'à mon sens elle relève de l'AGD. Réponse de la secrétaire : les bons d'AGD ne peuvent pas être remplis par les cardiologues car ils sont hors CHM (vacataires venant de La Réunion), mais que l'on peut peut-être lui poser le Holter sans lui faire de feuille d'entrée, comme ça elle n'aura pas à régler. Ce à quoi s'oppose l'infirmière des consultations : elle veut faire les choses en règle car elle a peur que le boîtier du holter ne s'égaré. Elle confirme qu'en général les cardiologues ne délivrent pas les bons d'AGD mais que « ça dépend, parfois ils en font, la réglementation n'est pas très claire ». Et que de toutes façons elle ne veut pas prendre la décision. Je lui suggère qu'à priori c'est au médecin de décider. Réponse : « vous comprenez je ne vais tout de même pas le donner à tout le monde. » Sur ce arrive le cardiologue qui signe le bon AGD sans même que nous lui demandions ; nous laissons donc la patiente attendre en salle d'attente. »

MSF l'aide donc début décembre à constituer un nouveau dossier de demande de régularisation pour étranger malade. Nous l'aidons dans la collecte des documents nécessaires et accompagnons son dossier d'une lettre de recommandation estampillée MSF, en espérant que cette initiative mette

un peu plus de poids dans son dossier, déjà complet (extrait de naissance, carte d'identité, certificat d'hébergement, certificat médical du CHM, preuves de résidence à Mayotte depuis plus d'un an – en l'occurrence des copies de son carnet de santé qui prouve par la même occasion qu'elle est suivie depuis de nombreuses années ici). Le dossier est donc envoyé à la Préfecture le 14 décembre 2009.

Lors de sa dernière visite au centre (le 31/12/2009), nous apprenons qu'elle est enceinte, nous la référons donc en PMI pour être suivie pour grossesse à risque, au vu de sa pathologie. Cependant, le lundi 4 janvier 2010, en se rendant à son rendez-vous, elle est interpellée à quelques mètres de chez elle par la Police nationale. Il est 11h30. Son mari se rend au centre et nous prévient très rapidement. Nous pouvons donc intervenir sur-le-champ. Nous contactons la Préfecture. Elle est au commissariat et l'APRF ayant été édité, la Préfecture déclare que seule une décision médicale peut modifier cet arrêté. Mais la patiente est retenue au poste de police jusqu'au soir et la médecin du CRA prévenue ne pouvait la voir que le lendemain. Le soir même, transfert vers le CRA et consultation médicale le lendemain après-midi. Avis de la médecin de ne pas l'expulser mais seul le MISP peut décider et il ne verra le dossier que le mercredi. La patiente sortira finalement le jeudi après quatre jours de rétention, alors que tous les acteurs du dossier joints dès le premier jour (directeur du cabinet de la Préfecture, médecin du CRA, MISP) s'accordaient à dire qu'elle ne devait pas être reconduite.

### **Mme P, 24 ans**

Mme P. est née vers 1986 à Madagascar dans la région de Mahajanga. Elle y a vécu jusqu'en 2005, puis a quitté sa famille et ses deux enfants pour des raisons économiques (l'usine sucrière qui faisait vivre sa région n'embauchait plus) et en raison d'une crise politique qui rendait la vie très difficile. Elle a donc pris seule le bateau pour Anjouan, puis un kwassa pour Mayotte. Elle a rencontré son compagnon peu après son arrivée.

Ils louent une petite maison en béton, avec une cuisine et une chambre. Ils ont l'électricité, mais vont chercher l'eau dans une pompe à carte.

Mme P. a été arrêtée une 1ère fois en 2008 et renvoyée à Madagascar où elle a passé un mois, puis est revenue en kwassa. Depuis, elle ne quitte quasiment jamais son quartier.

Mme P. présente des saignements gynécologiques abondants depuis 7 ans. Elle n'a pas consulté initialement, pensant que c'était normal.

Depuis 4 ans, elle présente une dyspnée d'effort, une tachycardie et une asthénie importante. Malgré ces symptômes, elle ne consulte pas par peur d'être renvoyée à Madagascar.

Elle ne consulte qu'une seule fois en 2009 un médecin privé, ne voulant pas prendre le risque d'aller au dispensaire.

Elle se présente au CDS avec une anémie clinique importante, l'examen met en évidence une masse utérine et le bilan biologique confirme l'anémie ferriprive (hémoglobine à 5,5g/dL). A noter qu'elle pratique la rhizophagie (alimentation à base de riz cru), symptôme et facteur aggravant des carences martiales.

Mme P. est alors adressée aux urgences gynécologiques après accord téléphonique du gynécologue de garde. Mais, elle est refusée à l'accueil faute d'argent et malgré notre courrier, indiquant pourtant clairement une urgence manifeste.

Le lendemain, en se rendant au CDS pour nous expliquer la situation, elle se fait arrêter. Elle explique sa situation médicale aux policiers qui lui indiquent qu'elle doit attendre d'être vue par un médecin au CRA. Suite à des appels téléphoniques multiples (CRA, cabinet du Préfet, MISP, commissariat) et en raison de la survenue d'un malaise, elle est finalement relâchée en fin de journée et amenée aux urgences où une hospitalisation est décidée.

Mme P. est retournée à domicile après 3 jours d'hospitalisation. Elle va mieux et ne sort plus de son quartier.

### **Expulsion d'une famille en grande précarité et difficultés d'accès aux soins**

M., père d'une famille de 5 enfants suivis régulièrement au centre de MSF a été arrêté alors qu'il se rendait à une consultation avec son fils de 8 ans, traité auparavant pour un impétigo très important. La mère présente des troubles psychologiques depuis la naissance du dernier enfant. La famille avait été référée à l'unité d'action sociale du Conseil Général.

Suite à l'arrestation du père, nous avons établi un certificat établissant la nécessité de consultation médicale pour les enfants, précisant que M. est le seul à s'occuper de ses enfants et de sa femme et que par conséquent un éloignement du père aurait de graves conséquences sur la santé de la famille. Ce certificat lui a été remis en mains propres au commissariat de Police de Mamoudzou et faxé à la Préfecture.

Le lendemain, la Police est allée chercher la mère et les 5 enfants à leur domicile et les a tous reconduits à Anjouan.

### **Interpellation d'une femme en cours de soins postopératoires**

Madame S. présente une affection chirurgicale abdominale grave avec séquelles infectieuses postopératoires, pour laquelle elle est en cours de suivi au centre MSF. Lors d'un trajet vers le centre, elle est interpellée.

Cette femme est par ailleurs mère d'un enfant français.

Elle a été libérée le jour-même, grâce à un certificat médical et après avoir discuté le cas avec le MISF.

## **ANNEXE II : DEFINITION DES PATHOLOGIES RENCONTREES**

<b>Définitions de cas</b>	
Affections gastriques	Symptômes orientant vers une origine gastrique. Inclut gastrite, RGO... et ulcère
Affections oculaires	Toute pathologie de l'œil et/ou des annexes : conjonctivites, kératites, blépharites, uvéite, ptérygion, cataracte, glaucome aigu... incluant corps étrangers et œil traumatique
Asthme	Maladie inflammatoire chronique avec hyperréactivité bronchique aux stimuli et obstruction bronchique. Inclut la crise d'asthme
Cas gynéco/obstétriques	Tout syndrome évoquant un trouble d'origine gynécologique, tout acte lié à une grossesse (dont IVG), tout acte lié à une contraception, contraception du lendemain. Exclut les IST et les violences sexuelles qui seront relevées à part
Diabète	Diabète diagnostiqué pour la première fois ou patient diabétique déjà connu (types I et II), vu pour la première fois au centre (le suivi est à recueillir à part). Le diabète se définit par une hyperglycémie chronique, soit une glycémie veineuse à jeun >1,26 g/l (7 mmol/l) à 2 reprises
Diarrhée non sanglante	Au moins 3 selles liquides par jour et absence de sang dans les selles
Douleurs généralisées	Douleurs diffuses, ostéoarticulaires (touchant plusieurs articulations), musculaires dont l'origine n'est pas déterminée
Fièvre d'origine indéterminée	Episode aigu de fièvre (+/- céphalées, myalgies, arthralgies) sans cause pouvant l'expliquer
HTA	HTA diagnostiquée pour la première fois ou patient porteur d'une HTA déjà diagnostiquée vu pour la première fois au CDS (le suivi est à recueillir à part). PAS >140 mm Hg et/ou PAD > 90 mm Hg, mesurée au cabinet médical et confirmée au minimum par 2 mesures au cours de 3 consultations.
Infections aiguës des voies respiratoires inférieures	Tout épisode infectieux respiratoire sous-laryngé (bronchite, bronchiolite, pneumonie) avec ou sans fièvre + toux + auscultation anormale +/- difficultés respiratoires
Infections aiguës des voies respiratoires supérieures	Tout épisode infectieux du nez et/ou des sinus et/ou de la gorge et/ou des oreilles et/ou du pharynx et/ou du larynx (rhinite, rhinopharyngite, sinusite, otite externe et moyenne aiguë, laryngite, angine). Les otites chroniques seront relevées dans les maladies chroniques
Infections cutanées	Toute atteinte cutanée d'allure infectieuse, qu'elle soit bactérienne (pyodermite, abcès...), virale (herpès, zona), mycosique (teigne...) ou parasitaire (gale...). L'eczéma sera relevé dans autres.
Maladies chroniques	Soit découverte chez un patient d'une maladie chronique (diagnostic initial), soit patient ayant une pathologie chronique connue vu pour la première fois au CDS (épilepsie, cancer, pathologie chronique rénale, hépatique, cardiaque, neurologique, psychiatrique, pulmonaire, thyroïdienne, articulaire, drépanocytose...). Exclut l'asthme, le diabète et l'HTA qui seront relevés à part car fréquentes à Mayotte.
Malnutrition	Périmètre Brachial < 125 mm et /ou patient ayant un indice Poids/ taille < -2Z score (selon les nouvelles tables de l'OMS de 2005), ou signes cliniques de Kwashiorkor
Parasitoses intestinales	Syndrome évoquant une origine parasitaire intestinale : nausées, flatulence, douleurs abdominales, distension abdominale, perturbation du transit intestinal, avec ou sans confirmation biologique

Syndrome grippal	Signes généraux (fièvre>38 ou asthénie, myalgies) et signes respiratoires (toux, dyspnée)
Traumas, blessures, brûlures - accidentels	Tout traumatisme d'origine accidentelle (entorses, suspicion de fracture, hématomes...); toute plaie accidentelle, brûlure ...
Autres	Tout le reste. Inclut la lombalgie, céphalée sans cause identifiée, douleur mono-articulaire...

### **ANNEXE III : INDEX DES ABREVIATIONS**

ACFAV :	Association pour la Condition Féminine et l'Aide aux Victimes
AGD :	Affection Grave et Durable
AME :	Aide Médicale d'Etat
APREDEMA :	Association pour la Prévention de la Délinquance à Mayotte
APRF :	Arrêté Préfectoral de Reconduite à la Frontière
ASE :	Aide Sociale à l'Enfance
CCCP :	Coordination pour la Convivialité, la Concorde et la Paix
CDAG :	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDS :	Centre De Santé
CHM :	Centre Hospitalier de Mayotte
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CRA :	Centre de Rétention Administratif
CSSM :	Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte
HTA :	Hypertension Artérielle
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MDM :	Médecins Du Monde
MISP :	Médecin Inspecteur de Santé Publique
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
UAS :	Unité d'Action Sociale (Conseil Général)
UPMC :	Université Pierre et Marie Curie