

# Point d'interrogation

## Les dossiers d'amades

---

### LES EFFETS SANITAIRES D'UNE REFORME ADMINISTRATIVE LA MISE EN PLACE DE LA SECURITE SOCIALE A MAYOTTE

Juliette Sakoyan

Mayotte, petite île de 374 km<sup>2</sup> d'environ 160.265 habitants (Recensement INSEE, 2002), située dans le canal du Mozambique, est une collectivité territoriale (art. 72 de la Constitution) devenue collectivité *départementale* en 2001<sup>1</sup>. Elle reste soumise au principe de spécificité législative qui n'y rend applicables les lois françaises que par dérogation. Son changement de statut en 2001 a ouvert la voie de la départementalisation à l'horizon de 2010. Mayotte est rattachée géographiquement à l'archipel des Comores et administrativement à la France. La population locale (d'origine malgache, africaine, comorienne) est majoritairement musulmane. S'y ajoutent les métropolitains (les « wazungu ») qui, en majorité, occupent des postes dans les secteurs socio-sanitaire et éducatif. Le rattachement de Mayotte à la France a été entériné le 8 janvier 1976 date à laquelle les Mahorais votèrent à 99,42% des suffrages exprimés pour le maintien

de Mayotte dans la République française. Ce rattachement qui n'est toujours pas reconnu par l'ONU à l'heure actuelle et qui demeure contesté par le gouvernement comorien, ne laisse d'animer les tensions sociales et politiques dans l'archipel. De Mayotte, les métropolitains en ont appris et certainement retenu ces derniers mois que des Anjouanais venaient y échouer chaque jour pour en être expulsés de plus en plus massivement, que sa maternité était la plus active de toute la France<sup>2</sup>, et que le Ministre de l'Intérieur se proposait d'y établir une sorte de laboratoire de lutte contre l'immigration clandestine.

Dans ce dossier on se propose de partir de la description de l'instauration du régime de la sécurité sociale à Mayotte en janvier 2005 pour interroger les

---

1 Remerciements à Céline Lartigau-Roussin pour sa relecture et ses remarques.

2 7676 naissances en 2004, dont 5249 concernant des parturientes « clandestines » soit venues des Comores pour accoucher soit déjà présentes sur le territoire. A titre indicatif : 1300 naissances en 1958 (données INSEE) ; 4160 en 1992 ; 6619 en 2001 (6).

liens 1) d'une part entre la réforme d'un système de soins et l'entreprise générale de réforme administrative d'un territoire et de sa population et, 2) d'autre part entre la délimitation plus stricte dudit territoire qu'engendre une telle réforme et l'insécurité sanitaire impliquée par la sécurité sociale pour une partie de la population.

## **Le système de soins à Mayotte jusqu'à l'arrivée de la Sécurité Sociale**

1841 est la date à laquelle la France, qui venait de perdre l'île Maurice, « achète » Mayotte à un roi malgache. La construction de l'hôpital de Dzaoudzi (Petite Terre) commence en 1848 pendant la période coloniale. Jusqu'à la construction en 1960 de l'hôpital de Mamoudzou en Grande Terre, l'accès aux soins d'une partie de la population n'était pas assuré. Un tournant s'opère dans les années 1970 où la mise en place du service de santé de base et de lutte contre les grandes endémies améliore considérablement l'état de santé de la population. La biomédecine fait donc son entrée à Mayotte par l'intermédiaire également des dispensaires. La gratuité des soins est alors aussi un moyen pour séduire la population et changer les pratiques de recours aux soins traditionnels. Ce système de soins gratuits concernait toute la population quel que soit son statut, ce qui explique en partie les va-et-vient sanitaires des Comoriens des autres îles (17). A ce titre il est intéressant de noter que, alors même que les Comoriens de la République Fédérale Islamique des Comores (actuelle Union des Comores) faisaient l'expérience des soins payants suite à l'instauration du recouvrement des soins au début des années 1990, à Mayotte, la population n'avait jamais connu autre chose que la gratuité des soins.

Ce système a pris fin en 2004 où l'Ordonnance (n°2004-688 du 12 juillet 2004) relative à l'adaptation du droit de la santé publique et de la sécurité sociale à Mayotte a placé l'établissement hospitalier sous la gestion financière de la sécurité sociale. Depuis janvier 2004 les dispensaires qui étaient sous la tutelle de la DASS sont passés sous celle de

l'hôpital. L'arrivée de la sécurité sociale crée un partage strict entre le préventif gratuit (Protection Maternelle et Infantile) géré désormais par le CG (Conseil Général) et le curatif payant (l'hôpital et les dispensaires) financé par la CSSM (Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte).

Par ailleurs, le pôle hospitalier de Mayotte a toujours fonctionné dans une relation de dépendance avec celui de la Réunion. Du temps des soins gratuits, toute personne quelle que soit sa nationalité qui nécessitait une évacuation sanitaire était prise en charge par le budget AME (Aide Médicale Etat) de la DRASS (Direction régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) de la Réunion. Cette procédure a été mise en place de manière plus ou moins informelle : *« On a eu il y a une trentaine d'années une position – quasiment un fax aujourd'hui parce qu'il n'y avait pas de fax à l'époque – du Ministère des Affaires Sociales qui nous a dit "tant qu'on n'a pas réglé le problème de Mayotte, prenez en charge tous les ressortissants qui ne sont pas soignés à Mayotte".* (Personnel DRASS-Réunion, juin 2005). Mais s'agissait-il de prendre en charge toutes les populations de Mayotte ? Un médecin m'expliquait que l'élargissement des évacuations sanitaires à toute la population de Mayotte datait du début des années 1990, période à laquelle un incident causé par les hydrocarbures avait entraîné de nombreuses explosions de voitures et une augmentation subite de brûlés : seules les personnes de nationalité française avaient été spontanément évacuées. Des revendications eurent lieu, et le Préfet lança alors un message à la radio en faveur de la prise en charge des malades en situation irrégulière. C'est ainsi que, dans une logique de l'urgence et de l'aléatoire, se mit en place un dispositif d'évacuations sanitaires pour la population comorienne – qui persistera pour les Comoriens ESI (Etrangers en Situation Irrégulière) après l'instauration du visa en 1995 – financé également par l'AME-DRASS-Réunion.

En dehors des épidémies saisonnières, la santé de la population à Mayotte est représentative de la situation sociale de l'île : diabète et obésité augmentent de manière inquiétante chez la population locale à cause du changement rapide des pratiques alimentaires. Parallèlement, le service de pédiatrie

voit régulièrement des marasmes et de plus en plus de cas de kwashiorkor chez des enfants issus de familles comoriennes récemment immigrées. A noter également l'épidémie de béri-béri infantile en 2004 (11). Par ailleurs, dans un rapport de l'INVS sur les maladies parasitaires et infectieuses à Mayotte on note, par exemple, une prévalence pour la lèpre de 15,2/100.000 (seulement les cas autochtones) qui en fait le territoire français le plus touché (14).

A maints niveaux la santé à Mayotte illustre donc l'ambiguïté de sa situation géographique et administrative. D'un côté elle constitue le dernier chaînon des acheminements en médicaments et vaccins, pâtit d'une mauvaise visibilité des pathologies et d'un manque de données quantitatives sur la mortalité infantile, ou encore, se confronte à une prise en charge presque nulle du handicap. De l'autre, son activité hospitalière ne cesse d'augmenter depuis les années 1960<sup>3</sup> avec un tiers de cette activité qui concernerait les ESI (soit l'équivalent de la part populationnelle des ESI à Mayotte). Pour les acteurs politiques et certains professionnels de santé, cette situation sanitaire conduit à une aporie : maintenir une « médiocrité » technique au niveau sanitaire au profit d'une situation démographique acceptable ou maintenir l'objectif de performance sanitaire au détriment d'une situation démographique acceptable. Récemment un projet financé par l'AFD (Agence Française de développement) visant à désengorger les structures mahoraises a été lancé pour améliorer les infrastructures de soins de l'Union des Comores.

### **Objectif démographique 2006 : 1 2000 reconduites à la frontière**

Sur une population actuelle d'environ 160.265 habitants (Recensement INSEE, 2002), on compte 12.000 étrangers en situation régulière et 55.000 en situation irrégulière, soit un tiers de la population (estimation du Ministère de l'Outre-Mer). Il s'agit pour la majorité de Comoriens principalement

---

3 On est passé de 1349 admissions et 4800 journées d'hospitalisation en 1969 à 18000 admissions et 63000 journées d'hospitalisation en 2001.

originaires d'Anjouan, l'île la plus proche. L'instauration du visa en 1995 sous le « gouvernement Balladur » n'a pas fondamentalement limité le flux migratoire : en 1991 les étrangers représentaient 14% de la population, en 1997 22% et, entre 1997 et 2002 une moyenne de 4300 étrangers se sont installés à Mayotte. Dans le même temps, les 8000 reconduites à la frontière effectuées en 2004 représentaient un quart de toutes les expulsions réalisées par la France (hexagone et outre-mer). Pour 2006 l'objectif fixé par le Ministre de l'Intérieur M. Sarkozy est de 12000. Depuis janvier 2006 les arrestations se multiplient et les clandestins sont désormais recherchés jusqu'en brousse risquant, au mieux, un retour en charter à Anjouan et un nouvel endettement pour reprendre un kwassa-kwassa<sup>4</sup> une semaine plus tard et, au pire, un naufrage en mer.

En trame de fond de ces mesures radicales se profile le sentiment général de péril démographique que la Préfecture entretient en annonçant qu'il y aura 60% de Comoriens sur la population totale en 2012. Pourtant, expliquer ce « scénario catastrophe » (3) par le facteur exclusif de l'immigration comorienne c'est oublier le mouvement parallèle d'émigration mahoraise vers la Réunion et la métropole. Entre 1997 et 2002, 17.900 Mahorais auraient quitté leur île pour celle de la Réunion. Les Mahorais partiraient en effet de plus en plus quantitativement vers la Réunion et la Métropole pour bénéficier des droits

---

4 Les kwassa-kwassa sont des barques de 7 m en bois équipées de deux moteurs hors-bord de 40 cv transportant clandestinement les Anjouanais à Mayotte. Cette appellation vient d'une danse est-africaine dont les balancements évoquent ceux du bateau sur l'eau qui, d'une capacité de 6 à 8 personnes, en transporte ordinairement une trentaine. Selon l'OECA (Observatoire de l'Emigration Clandestine Anjouanaise) 200 personnes périssent chaque année pendant la traversée. La traversée coûte (mais cela peut varier selon les périodes) 100 euros pour un Anjouanais, 150 pour un Comorien d'une autre île... La distance de la traversée est de 60 à 90 km selon le point de départ à Anjouan et peut durer entre 15 et 20h.

sociaux inexistant dans la collectivité (RMI, API, etc.), du système éducatif et du système sanitaire.<sup>5</sup>

En contrepoint, il faut aussi rappeler, comme une ironie de l'histoire, qu'à l'abolition de l'esclavage Mayotte était confrontée à un manque criant de main d'œuvre et que des détournements avaient lieu pour se procurer des travailleurs engagés qui étaient en fait des esclaves en provenance de la côte est de l'Afrique (ethnie Makoa) achetés par les sultans comoriens et revendus aux planteurs de Mayotte (10, 13). Durant cette période et plus particulièrement au moment de la mise sous protectorat français de la Grande Comore et d'Anjouan, des paysans Comoriens ont également été engagés à Mayotte (2).

### **Objectif civil 2006 reconduit à 2011 : « avoir un prénom et un nom »**

La réforme de l'Etat civil entamée en 2000 est menée par la CREC (Commission de Révision de l'État Civil) qui est « chargée d'établir les actes de naissance, de mariage ou de décès qui auraient dû être portés sur les registres de l'état civil de droit commun ou de droit local à Mayotte » (6). Premièrement, cette réforme participe avec le système d'affiliation et de numérotation de la sécurité sociale à « (re-)mettre de l'ordre » (telle est l'expression employée dans le rapport parlementaire concernant l'état civil). Alors que l'état civil local est inspiré du droit coranique, la CREC propose aux Mahorais de choisir de manière définitive un prénom à chaque enfant, mais surtout, un patronyme identique au père de famille et aux enfants. Il s'agit aussi de pouvoir fournir des papiers authentiques à chaque mahorais, dont certains vivant à la Réunion sont dans la situation de « français sans papiers ». Cette mesure vise aussi à contrecarrer l'allègre trafic de papiers à l'œuvre entre l'archipel et la métropole dont les Grands Comoriens seraient les spécialistes (le projet de cartes d'identité biométriques a été évoqué pour l'Union des Comores). Enfin, plus subtilement, elle permet d'endiguer les

régularisations infondées<sup>6</sup> comme le supposent ces propos de l'ancien président du Tribunal de première instance de Mamoudzou : « *théoriquement, l'immigration et la justice cadiale sont deux questions différentes. En réalité, le fait que les cadis fassent des actes dépourvus de garanties juridiques crée une sorte d'appel d'air favorable à diverses manœuvres. (...) Vous êtes né, par exemple, en telle année et dix ans plus tard on veut vous inscrire à l'école mais vous êtes trop âgé. Le cadi vous fait donc un acte supplétif attestant, grâce au témoignage de deux anciens du village, qu'en réalité, vous avez cinq ans de moins... Ou, inversement, vous êtes censé avoir soixante ans, et vous faites valoir qu'on vous avait "rajeuni" de cinq ans dans votre enfance et qu'en fait vous en avez soixante-cinq. L'état civil est à l'origine de nombreuses régularisations...* » (6). Toutefois, au-delà de ce qu'elle permet, cette réforme se confronte à de réelles difficultés pratiques, juridiques et évidemment culturelles. J.-F. Hory (12) conclut pour sa part au paradoxe plus vaste faisant du processus d'universalisation à Mayotte un dispositif déconnecté du reste de la politique actuelle de régionalisation et de décentralisation.

### **Objectif sanitaire 2005 : installer la sécurité sociale**

L'originalité de la CSSM est de se substituer à la CMU (Couverture Maladie Universelle) puisque les Mahorais non-salariés sont également affiliés, tout en n'en partageant pas les critères – résidence stable et régulière (4) – puisque c'est finalement le seul critère juridique (nationalité, titre de séjour) qui permet le rattachement à l'assurance maladie de Mayotte.

Selon la position de chaque acteur dans le système sanitaire, la mise en place de la sécurité sociale est porteuse d'enjeux allant du domaine

---

5 Rapport Credoc-ODR sur les conditions de vie des Mahorais à la Réunion

---

6 Problématique à déclinaisons plurielles et contrée par diverses mesures : dans le projet de loi Sarkozy c'est désormais aux pères qu'incombent les frais de reconnaissance des enfants de mères étrangères afin d'éviter les « reconnaissances d'enfants frauduleuses » (art. 73).

strictement économique à celui aux contours moins définis de l'identitaire.

- *Être personnel administratif et gestionnaire*

Qui paie pour qui quand une minorité cotise ? Question qu'on ne prononce pas encore explicitement et publiquement bien qu'elle soit évoquée dans les discussions entre acteurs administratifs et médicaux. Par ailleurs, si la sécurité sociale finance désormais l'hôpital, toutes les dépenses engagées pour les non affiliés sont censées relever de l'Etat. Les inquiétudes concernant l'état budgétaire du CHM étaient régulièrement évoquées par les acteurs administratifs lors de mes enquêtes entre juillet et octobre 2005. Une rhétorique de responsabilité budgétaire entre la DASS et la CSSM s'est ainsi installée. Par exemple, concernant la nécessité d'envoyer des lots de matériel de prise en charge des brûlés aux Comores : alors qu'un personnel de la Sécurité sociale fait remarquer qu'il n'est pas dans la mission de la sécurité sociale de financer cela, un personnel de la DASS, sollicité en tant que « représentant » de l'Etat, note à son tour que si l'on n'envoie rien aux Comores les malades vont arriver en kwassa-kwassa et vont occuper les lits de réanimation et favoriser les infections nosocomiales ce qui, en retour, retombera sur le porte-monnaie de la Sécurité Sociale...

- *Être professionnel de santé*

L'installation de la sécurité sociale conduit à l'application de la logique administrative métropolitaine. Ainsi, des numéros spécifiques [NIR : Numéros d'Inscription au Répertoire] sont attribués pour les années de naissance « approximatives ». L'impératif de cohérence entre la CSSM et la CREC ajoute une dose de difficultés aux professionnels :

- *On a changé les NIR de je sais pas combien [de personnes], je leur avais donné un 100% sur un NIR X maintenant il faut que je leur donne un 100% mais sur un autre NIR, un autre nom...*
- *Parce qu'entre temps ils ont été réglés...*
- *Oui, alors il faut que je les reconvoque pour qu'ils me rendent leur bout de papier : "moi*

*c'est un prêté pour un rendu". Et y a pleins de gens je leur demande "vous avez quel âge ?" "75 ans". "Et pourquoi c'est marqué que vous êtes né en 47 ?" "Ah ben oui mais ça c'était pour pouvoir aller à l'école : si j'avais dit que j'étais né en 22 j'aurais pas pu aller à l'école". Lorsque je prends un dossier à tout hasard, de temps en temps, je tombe sur le mois n°20... Vous connaissez le mois qui est en 20 vous ? C'est un code pour dire qu'il est né aux environs peut-être de 1920 bien qu'il ait été déclaré 1943... Mais quand ils seront français tous ces dossiers-là ça va faire buguer l'ordinateur ! Parce qu'il y a 20, 30 et 50. Et tout est comme ça à Mayotte... (Personnel CSSM, juillet 2005)*

- *Être usager : « affilié » ou « non affilié »*

Pour les citoyens français de Mayotte ou les personnes détenant un titre de séjour, l'arrivée de la Sécurité Sociale est sans aucun doute un progrès dans leur accès au droit commun même si les conséquences à moyen ou long terme renvoient à une part de paiement de leur prise en charge sanitaire (ticket modérateur). Pour l'heure on observe encore des difficultés de prise en charge pour les soins externes dans le cadre des évacuations sanitaires qui, étant ponctuelles, ne permettent pas au malade de bénéficier de la CMU ni du tiers payant. Ainsi, en octobre 2005 une assistante sociale du CHD se désolait d'être confrontée au fait que les pharmacies refusaient de délivrer des médicaments aux affiliés de Mayotte à cause des difficultés de remboursement.

Se dessine ici un paradoxe administratif inattendu faisant qu'à la Réunion, la prise en charge des Comoriens en situation irrégulière en provenance de Mayotte est plus facile que pour les Français d'origine mahoraise puisque la procédure de leur prise en charge financière n'a pas changé (AMÉ-DRASS-Réunion). Ce paradoxe se doublant d'un autre, puisque, à l'inverse, la prise en charge de ces mêmes personnes s'est dramatiquement compliquée à Mayotte où, pour le coup, « on prend en charge sans savoir qui paiera » (professionnel de santé, juillet 2005).

Ainsi, le dispositif de filtrage<sup>7</sup> des usagers a-t-il été « naturellement » renforcé par l'arrivée de la sécurité sociale : les personnes non affiliées doivent payer dix euros<sup>8</sup> pour une consultation en dispensaire qui en principe leur donne droit aux médicaments prescrits et à une prise en charge sur une durée d'une semaine. Au cours du mois d'avril 2005, de nombreuses personnes s'étaient vues refuser l'entrée à certains dispensaires. Suite à un « incident » médiatisé des mesures ont été prises concernant les dangers du filtrage et le directeur du CHM a demandé à ce que toute fièvre chez un enfant soit considérée comme une urgence et que le patient ou la famille puisse payer les soins a posteriori.

Si l'AME n'existe pas à Mayotte, la gratuité des soins pour les ESI est toutefois possible dans certains cas. Un nouvel article (L.6416-5) du code de la santé publique prévoit la prise en charge par l'Etat des frais médicaux occasionnés « 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 les maladies transmissibles graves » (6). Ces personnes seront donc prises en charge gratuitement – contre des « bons de gratuité » à renouveler mensuellement par les médecins – et le cas échéant évacuées vers la Réunion ou la métropole. Mais le fait que la commission des évacuations sanitaires (décret n°2004-942 du 3 septembre 2004) présidée désormais par un médecin conseil de la sécurité sociale ne concerne en droit *que* les assurés sociaux et qu'un personnel de la DASS chargé des dossiers des « non-affiliés » n'y participe qu'à titre informel rappelle que la réforme sanitaire doit composer avec le réel et que les professionnels de santé, tous

animés par la même éthique, s'épuisent à développer des stratégies au cas par cas.

- *Être personnel de santé*

J'ai souvent entendu les médecins dire que chacun devait pouvoir faire son travail, que les questions juridico-administratives devaient être réglées par les instances adéquates et qu'on ne devait pas les solliciter ou les responsabiliser dans le tri à effectuer parmi les patients. Cette intrication « subie » des sphères administratives et médicales se double de tensions professionnelles : par exemple, tel médecin mzungu délivrant à juste titre des bons de gratuité à certains patients mais acceptant de les recevoir en consultation pour d'autres pathologies sera réprimandé par un personnel mahorais.

La santé devient alors la scène où se jouent les règlements de compte historiques et les affrontements identitaires. Si certains Mahorais ont pu entendre de la part des Comoriens au moment de leur rattachement à la France qu'ils allaient dans le camp des mangeurs de cochon, ils répondent aujourd'hui à leurs détracteurs en s'adressant aux wazungu médecins : pourquoi donc ne pas renvoyer les Comoriens atteints de maladies contagieuses chez eux ?

## **Du quadrillage administratif au renforcement de l'espace politico-sanitaire ?**

Qu'il s'agisse des enjeux démographiques ou de l'état civil, les réformes consistent à organiser un territoire et sa population à la mesure de son appartenance administrative et, ce faisant, à l'éloigner de son appartenance géographique voire historique et culturelle. Dans cette perspective, la mise en place de la sécurité sociale constitue à la fois une avancée pour Mayotte française dans la mise en place du droit commun en matière de santé, mais aussi un dispositif sanitaire à visée politique au service d'une amélioration démographique à travers la lutte contre l'immigration comorienne (les étrangers en situation irrégulière présents sur l'île, les étrangers de l'Union des Comores, potentiellement immigrants clandestins). En

---

7 Auparavant, les dispensaires opéraient un tri dans l'orientation des personnes vers le médecin. Certains rendent compte du mauvais accueil qui était fait aux Comoriens par le fait que les agents de tri étaient mahorais.

8 Des forfaits a minima ont été mis en place par la Direction Régionale d'Hospitalisation. A titre indicatif le forfait périnatal s'élève à 300 euros.

ce sens, réformer une population, c'est à la fois y appliquer de nouveaux codes et de nouvelles valeurs mais aussi y « mettre de l'ordre » selon la règle « qui veut que telles choses soient réunies, et telles autres séparées » (7). L'installation de la sécurité sociale participe de cette mise en ordre au niveau sanitaire puisqu'une de ses conséquences (sans pour autant en avoir été un motif)<sup>9</sup> est de séparer les affiliés de nationalité française ou étrangers en situation régulière des non affiliés. Ainsi, si « être mahorais, ce fut, pendant longtemps, être musulman, résider à Mayotte et disposer d'un champ pour sa subsistance » (2), aujourd'hui, c'est peut-être avant tout posséder une immatriculation permettant l'accès libre et gratuit aux soins hospitaliers, détenir quelquefois un prénom d'origine française suivi d'un patronyme local, et se marier à la mairie (mais toujours secrètement chez le cadi)<sup>10</sup>.

On l'aura compris, il est question ici d'un « espace politique de la santé » (8) au sens le plus propre du terme. La réforme du système sanitaire de Mayotte, par effet « ricochet », participe aussi à restreindre et à redessiner les flux sanitaires des Comoriens de l'Union des Comores. Des destinations classiques vers Madagascar, Maurice, et bien sûr Mayotte, ces derniers s'orientent aujourd'hui massivement vers l'Afrique de l'Est pour des raisons de facilités administratives. A Mayotte où les accueillait

la gratuité des soins une fois parvenus à contourner les radars et la surveillance de la PAF, les Comoriens se confrontent aujourd'hui à la surveillance des agents sanitaires. Mais quand bien même... la CSSM annonçait en août 2005 que les fausses attestations de sécurité sociale avaient vu le jour, à 50 euros l'attestation scannée. C'est sans compter que les Comoriens de la diaspora — essentiellement les Grands Comoriens qui représentent 95% des migrants originaires des Comores en France — au savoir-faire migratoire accumulé (17) connaissent peut-être bien mieux la sécurité sociale et ses rouages que les Français d'origine mahoraise. Des stratégies de faux remboursements mis à jour par la caisse d'assurance maladie elle-même l'attestent.

En métropole retentit aussi l'inégalité des ESI de Mayotte non pas tant au niveau de l'accès aux soins qu'à la santé (9). On trouve ainsi dans les services de pédiatrie des enfants comoriens seuls que le parent ne peut pas accompagner pour des raisons pratiques (frais du billet d'avion) mais aussi juridiques. En effet, alors que cet accompagnement est pris en charge par la sécurité sociale pour tout parent de nationalité française ou en situation régulière, la Préfecture à Mayotte ne délivrera plus de laissez-passer pour les ESI en mesure de payer le voyage suite à de rares « disparitions » de mères comoriennes à la sortie de l'hôpital en métropole...

Qu'est-ce à dire ? En somme, qu'un espace politique, s'il détermine les mouvements des personnes, est aussi et peut-être avant tout un « lieu habité » (5) qui explique que les personnes, par d'ingénieux atours juridico-administratifs et de périlleux détours de frontières, continuent à circuler dans cet espace. Et que, si l'espace se rétrécit, c'est aussi, dans une certaine mesure, parce qu'il réagit aux manières de l'habiter des uns et des autres...

---

9 La sécurité sociale, m'explique un professionnel de santé, répugnait à s'installer à Mayotte...

10 A noter, par exemple, que l'Etat français prévoit « dans la perspective de la future départementalisation de Mayotte, préparer l'extinction progressive du statut personnel de droit local et la transformation du rôle des cadis en médiateurs de proximité, rémunérés par le conseil général ». (6)

## BIBLIOGRAPHIE

(1) BLANCHY, S., 1990 : *La vie quotidienne à Mayotte : archipel des Comores*, Paris : L'Harmattan.

(2) BLANCHY, S., 2002 : Mayotte : "française à tout prix", *Ethnologie française*, XXXII, n° : 4, p. 677-687.

(3) BOURDIER, F., 2002 : Malades et maladies en exil : les migrations brésiliennes vers la Guyane à l'épreuve du sida, *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20, n°3 (sept), p. 5-27.

- (4) DESPRÈS, C., 2005 : La couverture médicale universelle : des usages sociaux différenciés, *Sciences Sociales et Santé*, vol. 23, n°4, p. 79-108.
- (5) CERTEAU (de) M., 1980 : *L'Invention du quotidien* (vol. 1), Paris : Gallimard (1990).
- (6) DOSIÈRE, D., 2006 : *Rapport d'information sur la situation de l'immigration à Mayotte*. Conclusion des travaux de la mission d'information réalisée à Mayotte en déc. 2005, présentée par Mr Didier Quentin à Assemblée Nationale le 8 Mars 2006.
- (7) DOUGLAS, M., 1992 : *De la souillure. Etudes sur la notion de pollution et de tabou*, Paris : La Découverte.
- (8) FASSIN D., 1996 : *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF.
- (9) FASSIN, D., CARDE, E., FERRÉ N., MUSSO-DIMITRIJEVIC, S., 2001 : Un traitement inégal, les discriminations dans l'accès aux soins, Rapport du CRESF.
- (10) FOREST, V., 2002 : L'immigration à Mayotte au cours de la période sucrière (1845-1900), *Etudes Océan Indien*, n°33/34, p. 91-114.
- (11) GOULOIS, E., 2005 : *Shoshin Beriberi à Mayotte. Étude rétrospective de 35 cas au cours d'une épidémie infantile en 2004*, Th. médecine : Faculté de Médecine de Dijon.
- (12) HORY, J.-F., 2002 : L'introduction à Mayotte du système patronymique, *Etudes Océan Indien*, n°33/34, p. 255-288.
- (13) SIDI Aïnoudine, 2002 : L'esclavage aux Comores. Son fonctionnement de la période arabe à 1904, *In E. Maestri (dir.), Esclavages et abolitions dans l'Océan Indien 1723-1860*, Univ. De La Réunion : L'Harmattan, p. 89-114.
- (14) SISSOKO, D., 2005 : Maladies infectieuses et parasitaires à Mayotte. Proposition de dispositif d'alerte et de surveillance épidémiologique intégrée, INVS et Ministère de la Santé et de la famille.
- (15) VERIN, P., et VERIN, E. 1999 : *Histoire de la Révolution comorienne. Décolonisation, idéologie et séisme social*, Paris : L'Harmattan.
- (16) VIOLLET, K., 2001 : *Mots pour maux : Etude anthropologique des itinéraires thérapeutiques et du recours aux soins à Anjouan*, Etude réalisée à la demande de Initiative développement. Document non publié disponible au LEHA, 29, avenue R. Schumann (MMSH).
- (17) VIVIER, G., 1996 : Les migrations comoriennes en France : histoire de migrations coutumières, *Dossiers du CEPED*, n° 35.

## amades

*anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé*

a/s Programme Anthropologie de la Santé - MMSH -  
5, rue du Château de l'Horloge - 13094 Aix-en-Provence cedex 2 – France

<http://www.amades.net>