



Centre de Santé de soins primaires

- Mayotte-

Rapport d'Activité 2010



Médecins Sans Frontières
Mission France
21 passage Dubail
75010 Paris
01 42 05 54 44
mf-cdm@paris.msf.org

Médecins Sans Frontières
Projet Mayotte
65, rue de la Nouvelle Briqueterie
Cavani
97600 Mamoudzou, Mayotte
06 39 25 00 32

SOMMAIRE

page

RESUME DE L'ACTIVITE DU CENTRE DE SANTE MSF ET DES OBSERVATIONS SUR L'ACCES AUX SOINS (18/05/2009-17/09/2010)	3
A. CONTEXTE.....	5
1. Situation géopolitique	5
2. Conditions de vie dans les bidonvilles.....	6
3. Tissu associatif et services sociaux faibles	7
B. L'ACCES AUX SOINS ET SES LIMITES.....	9
1. Constats du renoncement aux soins.	9
2. Système d'exemption de paiement prévu pour les malades sans couverture médicale.....	10
2. 1. Les bons AGD	10
2. 2. Les bons roses.....	11
3. Le système de soins exclut de fait une partie de la population.....	12
4. Sentiment de peur et climat d'insécurité.....	14
5. Complexité des démarches d'affiliation à la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM) .	15
5.1. Procédure	15
5.2. Difficultés d'affiliation à la Sécurité Sociale pour les patients MSF	16
5.3. Le cas spécifique des demandeurs d'asile.....	18
6. Titre de séjour pour raison médicale (« étranger malade »)	18
C. ACTIVITES	21
1. Consultations médicales et soins infirmiers au CDS de Kaweni pour l'année 2010.....	21
1.1. Données générales.....	21
1.2. Pathologies	22
1.3. Soins infirmiers.....	24
2. Le cas particulier des pathologies chroniques	24
2.1. Le diabète.....	24
2.2. L'HTA	26
2.3. Autres pathologies chroniques.....	27
3. Vaccination	28
3.1. Données générales.....	28
3.2. Retard vaccinal	28
4. Malnutrition	29
5. Références.....	29
5.1. Références médicales	29
5.2. Références sociales	30
D. CONCLUSION	32
Annexe I : Définition des pathologies rencontrées	33
Annexe II : Index des abréviations	35

RESUME DE L'ACTIVITE DU CENTRE DE SANTE MSF ET DES OBSERVATIONS SUR L'ACCES AUX SOINS

18/05/2009 – 17/09/2010

MSF a ouvert un Centre de Santé (CDS) à Mayotte du 18 mai 2009 au 17 septembre 2010. Nous présentons ci-dessous le résumé des activités et constats du projet.

Consultations

20 656 consultations médicales et infirmières ont été effectuées sur 16 mois, pour 7529 patients reçus.

17 541 consultations ont été destinées à des patients résidant à Kaweni (6009 patients de Kaweni pour une population estimée à 10 000 personnes).

56,8% des patients vus étaient mineurs.

Pathologies soignées

- Les pathologies principales sont :
 - o 33% d'infections aiguës des voies respiratoires
 - o 15% d'infections cutanées
 - o 8% de pathologies chroniques (hypertension artérielle, asthme, diabète)
 - o 6% de cas gynécologiques
 - o 5% de traumatismes/blessures/brûlures
 - o 4% de douleurs généralisées
 - o 4% de diarrhées, 3% d'affections gastriques, 2% de parasitoses intestinales
- 3714 soins infirmiers ont été effectués pendant ces 16 mois.

Références

- 754 références médicales ont été effectuées vers le Centre Hospitalier de Mayotte (urgences, consultations spécialisées et actes d'imagerie) et la Protection Maternelle et Infantile (PMI).
- 338 références ont aussi été faites vers des associations, notamment pour un soutien alimentaire. Une moyenne de 3 familles par mois (généralement des familles monoparentales) a été référée à l'association Solidarité Mayotte pour l'obtention de colis alimentaires. Seules les situations les plus précaires ont été orientées.

Profil des patients

- sur les 7529 patients suivis pendant 16 mois à Kaweni :
 - o 3475 sont nés à Mayotte (soit 46%, dont 47,5% < 5ans, 49,9% 5-18ans, 2,6% adultes).
 - o 2179 (29%) vivent à Mayotte depuis plus de 10 ans.
- 82% des patients déclarent être en situation irrégulière.

Problèmes d'accès aux soins

- 92% des patients reçus n'ont pas de couverture médicale (pour rappel, un grand nombre de ces personnes vivent à Mayotte depuis des années, mais n'arrivent pas à se faire régulariser).
→ A noter, 332 patients reçus en situation régulière mais non affiliés à la sécurité sociale (51,7% des patients en situation régulière).
- 64,4% déclarent avoir dû renoncer à des soins au cours des 3 dernières années : 74,2% pour des raisons d'argent et 55,9% à cause de la peur de se déplacer (plusieurs raisons pouvaient être données).

- 31,5% avaient vu un médecin il y a moins de 6 mois, 37,5% entre 6 mois et 2 ans et 20% il y a plus de deux ans. 4,3% n'avaient consulté qu'aux urgences et 6,7% des enfants qu'en PMI.
- Les difficultés pour les patients atteints d'une pathologie chronique sont plus notables que pour d'autres malades. Par exemple, pour les patients diabétiques, 86% des cas documentés rapportent des ruptures de traitement depuis l'établissement du diagnostic. Suite à ces ruptures, 31% rapportent des complications aiguës de leur maladie, 25% ayant dû être référés aux urgences.
- Une étude portant sur 721 enfants ayant consulté de juillet à septembre 2010 fait apparaître un taux de retard vaccinal de 13,2%. 23 enfants n'avaient reçu aucun vaccin. Le problème se pose surtout pour les enfants au niveau de l'école primaire qui sont arrivés en France après l'âge de 6 ans et n'ont donc pu bénéficier d'une vaccination gratuite en PMI. Pour les enfants nés à Mayotte, nous avons constaté un problème au niveau des rappels prévus au moment de la scolarisation.

Failles dans le système d'accès aux soins

- Bons AGD : ce système d'exemption de paiement pour les étrangers démunis est appliqué de manière irrégulière, en fonction des agents des bureaux des entrées et des interprétations du personnel soignant. Par ailleurs, la façon dont cette exemption est enregistrée dans le système informatique du CHM et des dispensaires contribue à une forme de quotas informels : plus un patient a eu de bons AGD, plus il risque de se faire refuser au bureau des entrées.
- En particulier, pour les patients atteints de pathologies chroniques, ce système d'exemption ne fonctionne pas et ils voient paradoxalement leur accès aux soins plus restreint que d'autres malades.
- Bons roses : ce système d'exemption de paiement mis en place en 2009 pour les mineurs s'est aussi avéré inefficace. Après un an et demi d'existence du « bon rose », nous avons noté de larges variations dans l'interprétation de ce bon, censé garantir l'accès aux soins pour les mineurs.
- Les titres de séjour pour les personnes souffrant de pathologies lourdes nécessitant des soins non disponibles dans leur pays d'origine sont extrêmement difficiles à obtenir.

Interpellations de malades

Les interpellations et expulsions de malades contribuent évidemment aux ruptures de soins. De plus, le climat de peur qui en résulte décourage nombre de malades qui attendent avant de se déplacer pour tenter d'obtenir les soins nécessaires.

L'équipe MSF a été informée de l'arrestation de 37 de ses patients pendant 16 mois d'activité. Elle est intervenue pour 25 d'entre eux, afin de demander leur maintien sur le territoire français pour raisons médicales (les autres patients n'ayant pas de pathologie justifiant une demande de maintien sur le territoire français). Seuls 14 ont été libérés.

Consultations dans les villages

Nous avons fait des consultations ponctuelles dans une dizaine de villages où l'on nous a rapporté des difficultés particulières d'accès aux soins. Ces consultations ont révélé les mêmes difficultés d'accès aux soins qu'à Kaweni.

A. CONTEXTE

1. Situation géopolitique

MSF a ouvert un Centre de Santé (CDS) dans le quartier de Kaweni, un des bidonvilles de Mamoudzou, capitale de Mayotte, du 18 mai 2009 au 17 septembre 2010, prodiguant des soins de santé primaire gratuits à une population précaire, dont la majorité se trouve en situation irrégulière.

Mayotte est l'une des quatre îles de l'archipel des Comores. Lors du référendum du 22 décembre 1974, alors que le processus de décolonisation arrive à son terme, les Mahorais votent pour rester français tandis que le reste des Comores choisit l'indépendance. Ainsi, à partir de juillet 1975, la République des Comores se construit en incluant Mayotte¹ qui reste également française.

Petit territoire convoité par deux pays, inscrit dans deux constitutions, Mayotte sera l'enjeu de tensions entre les deux Etats et de condamnations de la France par l'ONU pendant plus de vingt ans.

En 2011, Mayotte deviendra le 101^{ème} département de France. En attendant, elle reste une "collectivité départementale"², dans laquelle les lois françaises ne s'appliquent que partiellement, notamment concernant la protection sociale, le droit au séjour des étrangers et le droit d'asile³. Après la départementalisation, il est estimé qu'il faudra 20 ans pour que l'île obtienne les mêmes prestations sociales qu'en métropole⁴.

La population de cette île de 374 km² est estimée à 186 452 habitants⁵. 54% de la population est âgée de moins de 20 ans⁶. Au moins un tiers est en situation irrégulière (estimation 50 000 à 70 000 personnes), essentiellement des migrants sans titre de séjour, venant surtout de l'île d'Anjouan (île des Comores la plus proche de Mayotte), mais aussi d'autres pays d'Afrique. Certains vivent à Mayotte depuis des années, voire plusieurs décennies ou sont même des Français nés à Mayotte. Beaucoup ne peuvent prouver leur identité, en partie car le système d'état civil n'a été mis en place qu'en 2000⁷.

La répression contre les personnes en situation irrégulière est croissante. En 2008, 16 500 personnes ont été reconduites à la frontière⁸, contre 13 000 en 2007 et 2006. En 2009, le nombre d'éloignements atteint 19 972⁹ et pour les 9 premiers mois de 2010, 21 384 personnes ont été reconduites¹⁰. Les personnes en situation irrégulière vivent dans la peur constante de se faire arrêter

¹ Par la résolution 3385, l'ONU reconnaît l'indépendance des Comores le 12 novembre 1975. Le nouvel Etat Comorien est composé de quatre îles : Grande Comore, Mohéli, Anjouan, Mayotte.

² Loi du 11 juillet 2001. Journal Officiel du 13 juillet 2001.

³ L'Article LO. 6113-1 (Journal Officiel du 22 février 2007, entré en vigueur le 1er janvier 2008) fait entrer Mayotte dans le régime de l'identité législative applicable aux départements, toujours à l'exception de certains domaines, notamment le code d'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), le droit foncier, la protection sociale, la fiscalité.

⁴ <http://www.porte-parole.gouv.fr/wp-content/uploads/2009/03/100-cles-actu-la-departmentalisation-de-mayotte.pdf>

⁵ INSEE 2007. http://www.insee.fr/fr/insee_regions/mayotte/themes/infos/insee_infos_32.pdf

⁶ <http://www.mayotte-online.com/actualite.php?id=10>

⁷ La CREC (Commission de Révision de l'Etat Civil), qui d'après D. Versini, Défenseur des Enfants, avait 14 000 dossiers en attente en octobre 2008, a cessé ses activités en juillet 2010. (http://www.defenseurdesenfants.fr/pdf/FICHE_04_DEPLACEMENT_MAYOTTE.pdf)

⁸ <http://www.france24.com/fr/20090327-comores-mayotte-referendum-immigration-expulsions-reconduites-frontiere-clandestins>

⁹ Non incluses dans les 29 000 reconduites effectuées depuis la métropole en 2009.

¹⁰ <http://www.migrantsoutremer.org/Mayotte-2010-6645-eloignements-en>. Pour une population d'environ 200 000 habitants – à comparer avec 14 760 éloignements au 1^{er} semestre 2010 en métropole pour environ 60 millions d'habitants.

et expulser (la durée moyenne de rétention est de 0,94 jours¹¹, ce qui donne peu de temps pour initier une procédure d'appel). Certains vont jusqu'à dormir dans la forêt par peur de "descentes" de la Police aux Frontières (PAF) durant la nuit dans leur quartier.

Historiquement, Mayotte était l'île des Comores la plus pauvre. Le retournement de situation qu'ont connu les Mahorais en votant en 1974 de rester français - grâce au développement économique qui a suivi - a déstabilisé les relations qui existaient jusque-là entre les îles de l'archipel. L'instauration des visas et des mesures d'éloignement des Comoriens ont aussi diminué l'échange historique commercial et familial entre les îles. Une tension existe aujourd'hui entre Mahorais et Comoriens, surtout Anjouanais (pourtant membres des mêmes familles). La discrimination dont les Anjouanais se sentent victimes est parfois réelle, mais est souvent utilisée par les autorités (qu'elles soient administratives, préfectorales ou sanitaires) pour expliquer que les pratiques de discrimination illégales relèvent d'initiatives individuelles.

2. Conditions de vie dans les bidonvilles

Les habitations dans les bidonvilles sont - hormis quelques maisons « en dur » aux abords des routes - un enchevêtrement de tôles, de bois, de bâches et autres matériaux basiques et bon marché. Les familles louent ou empruntent un « banga » - rarement plus d'une pièce de quelques mètres carrés - ou sont hébergés par des proches. Les bangas sont parfois regroupés en « lotissement », où vivent plusieurs familles, partageant ainsi l'espace pour cuisiner et les sanitaires. Au-delà de la route goudronnée, sur les hauteurs, le bitume fait place à la terre, les rues se rétrécissent et la pente laisse dévaler des détritrus en tout genre à chaque averse.

L'absence d'eau courante pose aussi des problèmes d'hygiène. L'accès à l'eau se fait de plusieurs façons. A Kaweni, la forme la plus courante est la fontaine à eau fonctionnant grâce à un système de carte prépayée (30 € pour 9m³ d'eau pour le premier achat, puis 12,5 € pour une recharge du même volume) ; mais il n'en existe que trois dans tout le quartier, obligeant certains habitants à parcourir de grandes distances pour se fournir en eau. Certaines maisons sont équipées en eau courante, mais les coupures sont fréquentes à cause de factures souvent impayées, faute de revenus. Dans la partie est de Kaweni, la rivière offre à ceux qui vivent à proximité la possibilité de puiser l'eau nécessaire à la lessive, douche, cuisine, et même à boire. L'eau puisée à la rivière ne vient pas toujours de sources protégées.

L'alimentation est aussi un problème pour cette population. Le riz, aliment de base d'une majorité de plats, constitue pour les populations des bidonvilles l'essentiel de l'alimentation. Parfois restreint à un repas par jour au gré des « arrivages » de nourriture dans le foyer, le régime alimentaire est peu varié et rarement équilibré, pauvre en protéines et trop riche en matières grasses (manioc ou fruits à pain frits).

¹¹ Mayotte Hebdo, 03/09/2010, Tribune Libre, *Le Préfet précise et annonce des progrès*

3. Tissu associatif et services sociaux faibles

Le réseau associatif présent à Mayotte a évolué en deux ans.

Médecins du Monde (MDM) a ouvert un centre de soins de santé primaire destiné aux mineurs, affiliés ou non, à Magicavo, dans la commune de Koungou (au nord de Mamoudzou). Par ailleurs, des cliniques mobiles sont organisées à Tzoundzou et Vahibé, un jour par semaine.

Solidarité Mayotte continue d'être la seule association accompagnant les demandeurs d'asile dans leurs démarches. L'association distribue également des colis alimentaires aux plus démunis qui leur sont orientés par les autres associations de l'île ou les travailleurs sociaux du Conseil Général. Des colis spécifiques sont préparés pour les personnes malades (diabète, cancer).

La délégation territoriale de la **Croix Rouge Française** à Mayotte s'est restructurée en 2010. L'activité principale reste le secourisme : tenue de postes de secours et formation.

Le pôle social regroupe une vesti-boutique (distribution vestimentaire) et un projet d'Equipe mobile sociale (EMS).

Depuis février 2010, le projet EMS comprend huit circuits d'intervention répartis sur l'ensemble de l'île. Le but de l'équipe mobile sociale est de détecter les situations de détresse sociale et de faire la médiation entre la population et les institutions, d'orienter les personnes vers les acteurs pouvant répondre à leurs difficultés. Certaines situations sont traitées directement par les médiateurs.

Depuis le mois d'août, un projet de distribution alimentaire en complémentarité de Solidarité Mayotte permet aux familles les plus démunies de bénéficier de bons alimentaires¹².

Une étude est en cours concernant la mise en place d'une plate-forme alimentaire pour 2011.

La **CIMADE**, bien que fonctionnant uniquement avec des bénévoles, s'est restructurée. La présence de l'organisation au Centre de rétention administrative (CRA) s'est intensifiée. Les bénévoles se sont organisés par zones géographiques et au sein de permanences d'accès aux droits, afin de répondre aux besoins d'intervention en cas d'interpellation ainsi que d'accompagner les personnes dans leurs démarches administratives de régularisation. Les permanences dans les collèges et lycées pour accompagner les élèves dans leurs démarches de demande de nationalité continuent.

L'**APREDEMA**, association vers laquelle nous orientons des jeunes en besoin de soutien éducatif a fermé ses portes en 2010, faute de financements.

La **CCCP** (Coordination pour la Coopération, la Convivialité et la Paix) a elle aussi traversé des difficultés en 2010 mais semble se restructurer en fin d'année, notamment avec l'élection d'un nouveau bureau.

Le manque de financements et de moyens des associations, ainsi que la diminution de la prise en charge des institutions de l'Etat (par exemple le Conseil Général) restreignent leurs capacités de réponse, en dépit des efforts réalisés pour pallier les besoins existants.

Pour chaque problème social - aide alimentaire, vestimentaire, aide à la scolarité, ateliers éducatifs, médiation pour les jeunes, formation et insertion professionnelle, permanences sociales, aide aux

¹² Solidarité Mayotte distribue de la nourriture trois fois à chaque bénéficiaire et sa famille, sur une période de temps censée permettre à la famille de trouver d'autres moyens de subsistance. Dans certaines situations, cela n'est pas suffisant. Les personnes sont donc orientées à la Croix Rouge pour bénéficier de trois distributions supplémentaires.

victimes, consultations médicales - il n'existe généralement qu'une seule association qui offre de l'aide et celle-ci couvre rarement tous les besoins de la population concernée. Les autres associations principales sont TAMA (pour l'aide aux mineurs isolés), ACFAV (pour les femmes victimes de violence) et le Secours Catholique (aide à la scolarisation).

Concernant les **services sociaux publics**, on peut s'accorder à dire qu'ils sont en situation de saturation, du fait de différents facteurs :

- la demande croissante de services sociaux,
- le manque de personnel,
- la complexité des démarches administratives,
- les difficultés d'accès aux droits sociaux (couverture médicale, état civil...etc).

Hébergement d'urgence

Il n'y a pas d'hébergement social disponible pour les personnes - souvent françaises - vivant dans les conditions décrites ci-dessus.

Il n'existe pas non plus de foyers pour jeunes en difficultés ni de centre d'accueil pour demandeurs d'asile.

Concernant **les mineurs isolés**, il n'y a pas de centre d'accueil et seule une cinquantaine de familles d'accueil est répertoriée sur l'île, pour plus de 5000 enfants identifiés¹³. Il s'agit en grande majorité de mineurs isolés étrangers.

Sous l'égide de la DASS et soutenu par la préfecture, un observatoire des mineurs isolés se met en place, regroupant plusieurs associations (Solidarité Mayotte, Secours Catholique, Croix Rouge, TAMA...) et des structures publiques (Préfecture, ARS, DASS, Conseil Général, Police, Gendarmerie, PAF, Tribunal, Juge des affaires familiales, Juge des tutelles...). La première réunion a eu lieu le 4 novembre 2010.

Cet observatoire aura pour mission d'identifier quantitativement et qualitativement le problème des mineurs isolés à Mayotte. En effet, la plupart de ces enfants se trouve en errance suite à la reconduite à la frontière de leurs parents, mais restent sous la responsabilité d'un adulte de référence, voisin ou membre de la famille. L'errance est alors temporaire et est conditionnée par le retour possible ou non du parent concerné.

Certains enfants sont aussi laissés à eux-mêmes en journée uniquement, lorsque leurs parents se cachent pour éviter les contrôles d'identité.

¹³ A titre de comparaison, 4000 à 6000 mineurs isolés étrangers sont présents sur le territoire français métropolitain en 2009, selon le rapport rendu par le groupe de travail installé par M. Eric Besson. *Source : Rapport de Mme le Sénateur Isabelle Debré sur les mineurs isolés étrangers en France de mai 2010.*

B. L'ACCES AUX SOINS ET SES LIMITES

Le système de santé de Mayotte s'articule essentiellement autour du secteur public (dispensaires et CHM). Le secteur libéral est encore peu développé (une vingtaine de médecins libéraux sur l'île). Il est clairement admis que l'offre de soins reste insuffisante au regard des besoins de la population.

Nous avons constaté qu'au-delà du problème d'une offre insuffisante de soins, une partie importante de la population de Mayotte en est exclue, du fait de sa situation administrative. Les personnes en situation irrégulière et non affiliées à la sécurité sociale de Mayotte doivent faire face à de multiples obstacles dans leur parcours de soin et nombre d'entre elles renoncent à se faire soigner. Pour rappel, l'affiliation à la sécurité sociale à Mayotte est conditionnée par la régularité du séjour, l'Aide Médicale d'Etat (AME)¹⁴ n'existant pas (voir ci-dessous).

1. Constats du renoncement aux soins.

Lors de l'anamnèse de tout nouveau patient reçu au centre de santé (CDS) de MSF, le médecin le questionne sur d'éventuels problèmes d'accès aux soins : la date de la dernière consultation médicale (d'après le carnet de santé), s'il a dû renoncer à se faire soigner au cours des trois dernières années ainsi que les raisons de ce renoncement.

Les informations ci-dessous sont recueillies d'après les 7529 fiches patient du CDS.

Accès aux soins		Nombre	%
Dernière consultation médicale	Entre 0 et 6 mois	1315	31,5
	Entre 6 mois et 2 ans	1567	37,5
	Plus de 2 ans	833	20
	Urgences	181	4,3
	PMI uniquement (enfants < 6 ans)	282	6,7
Renoncement aux soins	Oui	3584	64,4
	Non	1983	35,6
Raisons citées (plusieurs réponses possibles)	Peur	2002	55,9
	Argent	2658	74,2
	Confiance	40	1,1
	Médecine traditionnelle	32	0,9
	Autres	28	0,8
Feuilles incomplètes		2386	

On constate que près de deux tiers des patients reçus à Kaweni ont dû renoncer à des soins, principalement par peur du déplacement et par manque d'argent.

Notons également que les réponses de nos patients ont évolué avec notre présence. Ainsi, pour les premiers patients reçus, le renoncement était plus important (77,7% pour les 700 premiers dossiers) et la difficulté ressentie a diminué avec notre présence à Kaweni.

¹⁴ L'Aide Médicale d'Etat (AME) permet aux étrangers en situation irrégulière un accès aux soins gratuit, sous condition de trois mois de présence stable sur le territoire français (en métropole ou dans les DOM) et de ressources inférieures à 634 € par mois.

2. Système d'exemption de paiement prévu pour les malades sans couverture médicale

L'AME n'existe pas à Mayotte. Toutefois, deux dispositifs sont prévus dans le secteur public pour permettre aux médecins de fournir des soins de première nécessité gratuitement à des patients démunis non affiliés à la CSSM :

- les « bons AGD » pour les pathologies dont "le défaut de soins peut entraîner une Altération Grave et Durable (AGD) de l'état de santé". Signés par le médecin, ils permettent une consultation dispensée de frais dans les structures publiques gérées par le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) et des examens para-cliniques si besoin, ainsi que les traitements nécessaires à la prise en charge de l'épisode,
- les « bons roses » existant depuis août 2009, exonérant de paiement les patients de moins de 18 ans.

Ces systèmes d'exemption font que la situation sanitaire de l'île apparaît relativement maîtrisée : les urgences sont prises en charge, les enfants aussi (relativement) et les adultes sont parfois exemptés.

Nous avons noté plusieurs problèmes dans la mise en œuvre et l'application de ces mesures :

- Les patients sont parfois refusés dès le bureau des entrées, s'ils n'ont pas de quoi acquitter la consultation, alors que seul le médecin est censé décider de l'exemption ou non, en fonction de la gravité de l'état du patient.
- Si le patient n'insiste pas pour obtenir ce bon, celui-ci est rarement délivré par le bureau des entrées et le patient renonce à consulter.
- Il n'existe pas de définition écrite et commune des critères pour obtenir un bon AGD (ni à l'attention des médecins, ni des patients), leur interprétation est donc variable selon les soignants.
- L'utilisation des bons roses n'est pas claire non plus et il n'y a pas eu de campagne d'information auprès des populations concernées sur l'existence de ce dispositif.
- Même lorsqu'un bon rose ou AGD est signé, le système informatique du CHM retient le montant des exonérations dont a bénéficié le patient. Ceci est souvent présenté comme une dette envers le CHM et décourage certains de revenir par peur de devoir payer les arriérés.
- Le changement fréquent des médecins de l'île contribue à la méconnaissance des dispositifs (plusieurs médecins rencontrés ne savaient pas que les bons AGD ont une durée limitée et n'ont pas cours pour toute la durée d'un traitement).
- Nous avons été maintes fois témoins de problèmes aux bureaux des entrées pour des personnes ayant une maladie de longue durée ou avec une pathologie ou blessure nécessitant plusieurs consultations de suivi. L'impression qui en ressort est qu'il y a une limite du nombre de fois où une personne peut bénéficier d'un soin exempté de paiement, une fois la phase urgente passée.

2. 1. Les bons AGD

Au bureau des entrées de toute structure publique, tout patient non affilié ne pouvant fournir la provision demandée et demandant à voir un médecin devrait se voir remettre un bon AGD vierge. Lors de la consultation médicale, le médecin détermine si oui ou non la pathologie de cette personne relève de l'AGD et signe ou non le bon d'exemption.

Le patient doit ensuite revenir à l'accueil, présenter le bon signé ou payer la provision le cas échéant, afin d'obtenir un bon de circulation qui lui permettra d'obtenir ses médicaments à la pharmacie du dispensaire ou de l'hôpital.

Dure réalité pour les AGD...

B. 40 ans, cultivateur à Kawéni, présente un syndrome pyramidal gauche d'apparition progressive depuis 2-3 ans, pour lequel il est adressé en consultation de médecine interne, en lui expliquant la possibilité d'obtenir un bon AGD.

Le patient est vu en consultation, l'AGD est signé par le médecin, un bilan sanguin est prescrit et un rendez-vous pour prélèvement est donné quelques jours plus tard. Lorsque le patient vient faire son bilan, il lui est demandé le paiement des prélèvements alors que l'AGD inclue théoriquement les examens complémentaires nécessaires. Il revient nous voir en nous demandant s'il devra payer pour son scanner...

C. 32 ans, en rupture de traitement par lévothyroxine suite à une expulsion est orientée au dispensaire pour reprise de son traitement. Ne pouvant payer la provision, elle demande un bon AGD qui lui est refusé. Elle emprunte 10 € et obtient son traitement. Le mois suivant, le même scénario se reproduit. Le bon AGD lui étant refusé, elle renonce à consulter au dispensaire et revient chez MSF. Ce médicament ne faisant pas partie de notre liste de médicaments essentiels, nous allons acheter pour elle le traitement à la pharmacie libérale.

A. 34 ans, vivant à Mayotte en situation irrégulière depuis 2002 est sous traitement continu par tamoxifène pour cancer du sein. Le médecin lui fait une ordonnance pour 6 mois. La première délivrance est honorée par la pharmacie centrale pour une durée de un mois. Les fois suivantes, on lui demande de payer pour le renouvellement de son traitement. Elle essaie alors de re-consulter le médecin pour obtenir un nouveau bon AGD, mais on lui réclame 15 € pour la consultation. Elle doit alors emprunter à ses voisins pour payer. L'accès à la pharmacie reste payant pour les renouvellements.

E. 19 ans est vue en consultation pour douleur abdominale avec défense (indication chirurgicale). Elle est adressée aux urgences du CHM où elle aurait dû bénéficier d'un bon AGD. Cependant, elle est orientée vers la consultation gynécologique où on lui réclame 15 €. Elle bénéficie de la consultation et d'un traitement antalgique et rentre à domicile sans diagnostic clair. Notre visiteur à domicile va prendre de ses nouvelles une semaine plus tard et constate qu'elle ne va pas mieux. Elle est alors à nouveau adressée aux urgences du CHM pour ventre chirurgical où elle est finalement bien prise en charge. Elle est opérée le lendemain d'une thrombose de la veine porte.

2. 2. Les bons roses

Depuis août 2009, un système de « bons roses » a été mis en place dans le secteur public, afin de garantir un accès aux soins sans entraves des mineurs.

Ayant constaté des difficultés d'accès aux soins pour les enfants et ce malgré l'existence de bons AGD, des discussions entre le CHM, la DASS et les associations présentes à Mayotte (MDM notamment) ont abouti à la création de cette nouvelle possibilité d'exemption.

Si les associations souhaitent la gratuité des soins pour les enfants sans condition, ce n'est pas ce qui a été mis en place¹⁵.

Si les enfants non affiliés ne peuvent pas payer la provision, il doit leur être remis un bon de circulation rose au bureau des entrées, leur permettant d'aller consulter le médecin, qui complète le bon :

- Si le médecin juge que la raison de consultation relève de l'AGD, il coche la case correspondante et la case délivrance ou non de médicament. L'enfant et l'accompagnant repassent par le bureau des entrées qui enregistre l'exonération de l'acte et remet (ou non) un bon de délivrance des médicaments.
- Si le médecin estime que la raison de consultation ne relève pas de l'AGD mais de simples « soins courants », la consultation médicale est faite et les médicaments prescrits sans devoir

¹⁵ Selon la Convention internationale des droits de l'enfant ratifiée par la France en 1990, « l'enfant a le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux ». En métropole, selon une circulaire de la DGAS en date du 7 janvier 2008, les enfants mineurs de parents en situation irrégulière sont dispensés de la condition de 3 mois de résidence et peuvent bénéficier ainsi d'une affiliation directe à l'AME sans délai.

payer, mais il est remis à la famille un bon de règlement indiquant qu'elle est redevable du montant de la « provision »¹⁶. L'accompagnant et l'enfant repassent alors par le bureau des entrées qui enregistre une dette de l'enfant envers le CHM et leur remet une reconnaissance de dette ainsi que le numéro de téléphone de la Permanence d'Accès aux Soins (PAS) pour prendre un rendez-vous (cf. page 16). L'enfant ne reçoit pas de bon de délivrance des médicaments. Pour les obtenir, il faudra payer la provision.

Ce système maintient la dichotomie entre soins courants et soins urgents et n'est donc pas garant d'un véritable droit d'accès aux soins des enfants. D'ailleurs, la HALDE demande l'affiliation directe et sans conditions des enfants (cf. page 13).

Quand le rose vire au gris...

M. est un enfant de 4 ans présentant un abcès dentaire majeur, avec volumineux œdème jugal. Ne pouvant payer, aucun bon rose ne lui est délivré et il n'est pas soigné. Il vient consulter à MSF, où nous ne pouvons que le mettre sous antibiotiques et le ré-adresser en consultation dentaire.

P., 2 ans ½ est arrivée trois jours auparavant à Mayotte avec sa mère demandeuse d'asile. Cet enfant présente un retard psychomoteur lié à une anoxie néo-natale, avec crises convulsives subintrantes. Traitée habituellement par acide valproïque et phénobarbital, elle est en rupture de traitement car elle a quitté le Rwanda plusieurs mois avant son arrivée à Mayotte.

Le lendemain de son arrivée, elle consulte au dispensaire où elle doit acquitter la somme de 10 €. Elle ressort sans traitement et est orientée aux urgences du CHM le même jour, où la mère doit payer 30 € pour cette nouvelle consultation. Avis du neuro pédiatre : « *confirmation clinique de l'épilepsie, réintroduction du traitement antérieur* (mais le phénobarbital n'a pas été délivré car non disponible), *conseil de prendre RV en externe en pédiatrie et prendre contact avec un kinésithérapeute pour prise en charge.* »

Nous avons exposé le cas de cette patiente aux responsables sanitaires de l'île. Certains se sont offusqués de cette situation mais pour le CHM il est normal que la patiente ait été facturée deux fois, puisqu'il s'agit de deux consultations différentes (dispensaire puis urgences – pas de notion de continuité des soins).

N., enfant de 3 ans, vue aux urgences du CHM est opérée en chirurgie pour mise à plat et méchage d'une adénopathie inguinale. Elle sort le jour même avec un traitement antibiotique et antalgique pour 6 jours et une prescription de pansements à refaire tous les jours. Le lendemain, la maman se présente au dispensaire pour le pansement. On lui refuse l'accès aux soins si elle ne paye pas. Elle va voir les infirmiers qui lui réclament un bon d'accès. Comme elle ne peut payer, la maman, sans moyens, abandonne les soins post opératoires de sa fille. Cinq jours plus tard, inquiète de l'évolution du pansement de sa fille, elle consulte à MSF. Le pansement est dans un état désastreux, nécessitant une détersion difficile et douloureuse pour l'enfant.

3. Le système de soins exclut de fait une partie de la population

Depuis l'instauration de la CSSM (Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte) en 2005 mettant fin au système de soins jusque-là gratuit pour tous, les soins sont gratuits pour les personnes affiliées à la CSSM (sans avance de frais ni besoin de mutuelle complémentaire) et payants pour les autres.

Le premier obstacle aux soins est donc financier.

Les personnes en situation irrégulière n'ont pas de possibilité d'affiliation à la CSSM. Les soins sont payants : 10 € pour une consultation de médecine générale, 15 € pour une consultation spécialisée et 30 € aux urgences. Le forfait « grossesse » est de 300 € incluant tout le suivi de la grossesse, l'accouchement et les soins post-nataux du 1^{er} mois. Pour les pathologies chroniques, il s'agit de payer une consultation tous les mois. (voir détails page 25).

¹⁶ Note d'information « Accès aux soins des mineurs non affiliés » du 28 juillet 2009, Alain Daniel

Les soins payants sont clairement mis en avant comme une stratégie politique de lutte contre l'immigration illégale. Or, d'après une étude de l'INSERM/UPMC¹⁷ réalisée en 2007, moins de 10% des personnes disent être venues à Mayotte pour des raisons de santé, les principales raisons évoquées étant d'abord économiques et familiales.

Comme expliqué ci-dessus, l'Aide Médicale d'Etat n'existe pas à Mayotte.

Le 22 février 2008 et le 30 janvier 2009, des associations¹⁸ ont saisi la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) concernant les « conditions d'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière et de leurs enfants, ainsi que des mineurs étrangers isolés résidant à Mayotte ». Le 1^{er} mars 2010, la HALDE a rendu une délibération dans laquelle elle dénonce les discriminations et les atteintes graves au droit à la santé à Mayotte¹⁹, dans « l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière et de leurs enfants ainsi que des mineurs étrangers en situation irrégulière ». Dans cette délibération, la HALDE rappelle qu'il n'est pas prévu que la départementalisation de 2011 s'accompagne d'une extension de l'AME à Mayotte. Elle demande aux autorités « de mettre en place l'AME ou une couverture médicale équivalente à Mayotte sans attendre la départementalisation » et de permettre l'affiliation directe à la sécurité sociale des enfants dont les parents se trouvent en situation irrégulière ainsi que des mineurs isolés (étant donné la « violation manifeste des stipulations de la Convention internationale des droits de l'enfant »). A la fin 2010, aucune mesure n'a été prise en rapport avec ces recommandations.

Sans argent...

D. 38 ans, arrivée à Mayotte il y a plus de 15 ans vit seule avec 5 enfants. Une Hypertension artérielle (HTA) est découverte lors de sa dernière grossesse, associée à un diabète gestationnel. Cette femme n'est traitée qu'occasionnellement car l'accès au dispensaire et à la pharmacie sont payants. Depuis mai 2009, cette patiente est suivie par MSF et a une observance parfaite de son traitement. Sa tension artérielle est stabilisée, sans signe de gravité.

F. 44 ans en situation irrégulière, vit à Mayotte depuis 2000. Malgré son mariage à un Mahorais, elle n'a toujours pas de titre de séjour (dossier déposé en novembre 2009, relancé en mai 2010). Début 2000, une HTA est diagnostiquée. Jusqu'en 2005, elle est suivie régulièrement dans différents dispensaires. Par la suite, le traitement devient très irrégulier, en fonction de ses possibilités financières. Elle consulte à MSF à partir de juin 2009 et sa tension se normalise progressivement.

G. est né en 1975 à Grande Comore. Il présente une tuméfaction maxillaire droite d'évolution lente depuis 2007. En 2008, le chirurgien de Mayotte lui demande de prendre rendez-vous pour effectuer une biopsie-exérèse. Le patient est refusé au bureau des entrées car il ne peut pas payer. Lors de sa consultation chez MSF en 2010, la tumeur s'est considérablement développée et nous le référons directement en consultation chirurgie.

I. née en 1964 à Anjouan, vit à Mayotte depuis 13 ans. Elle souffre d'un asthme ancien non équilibré, traité uniquement lors des crises. Elle consulte essentiellement aux urgences, rarement en dispensaire et uniquement si elle en a les possibilités financières. De Koungou, elle est venue consulter au centre de MSF pour bénéficier des soins réguliers nécessaires.

¹⁷ Rapport INSERM/UPMC : Santé et migration à Mayotte, avril 2008, p.66

¹⁸ AIDES, la Cimade, le Gisti et Médecins du Monde

¹⁹ Délibération n° 2010-87

4. Sentiment de peur et climat d'insécurité

L'autre obstacle aux soins est le sentiment de peur. Ceci est réellement palpable dans les bidonvilles, du fait des opérations fréquentes d'arrestations dans ces quartiers. Le risque d'interpellation et de reconduite est réel (objectif de 26 000 reconduites annoncé pour 2010). D'ailleurs, nous avons constaté de grandes variations dans l'activité du centre de santé, en fonction de la présence ou non des forces de l'ordre à proximité.

La peur de se déplacer est omniprésente, y compris pour aller se faire soigner.

55,9% de nos patients invoquent la peur comme motif de renoncement aux soins et retardent ainsi leurs déplacements au dispensaire (voire à la PMI, pourtant gratuite).

Les risques de l'accès aux soins...

A., 23 ans est né à Anjouan et arrive à Mayotte en 2000 pour rejoindre sa mère déjà présente depuis plusieurs années. On note des antécédents de crises d'asthme dans la petite enfance.

En 2006, les crises réapparaissent. Il consulte à 2 reprises au dispensaire en 2007 et paye une des 2 consultations. En 2008, il consulte 2 fois aux urgences pour asthme aigu grave, toujours le soir pour éviter les contrôles et en attendant que la crise s'aggrave pour consulter en raison de la peur de sortir. Depuis septembre 2009, il est suivi au CDS de MSF. Début mai 2010, alors qu'il se rendait aux urgences, il se fait interpellé, en pleine crise. Il demande à voir un médecin, on lui assure qu'il en verra un. Il passe un jour au poste, un autre au CRA, sans voir de médecin. Il est reconduit à Anjouan, malgré la crise d'asthme. Deux semaines plus tard, il revient à Mayotte et consulte au CDS pour une nouvelle crise.

Lors d'une consultation dans le village de Mangajou, O. 32 ans se présente avec un phlegmon des gaines de la main évoluant depuis 8 jours, à la suite d'une piqûre de ronce. Il s'est traité avec des applications de plantes traditionnelles et n'a pas osé quitter le village pour consulter, par peur d'être renvoyé aux Comores. Depuis 15 ans qu'il réside à Mayotte, il n'a quitté qu'une seule fois son village. Nous l'accompagnons aux urgences de Mamoudzou pour prise en charge et intervention chirurgicale en urgence.

Une fillette de 11 mois présente une déshydratation sévère (perte de 15% du poids initial), sur diarrhée glairo-sanglante et vomissements depuis trois semaines. Elle se trouve en état de choc hypovolémique. Les deux parents de cette enfant ayant été expulsés, c'est la grand-mère qui la prend en charge avec ses frères et sœurs. Elle n'a pas consulté plus tôt par crainte de sortir et de se faire expulser à son tour. Il lui arrive parfois de devoir laisser les enfants seuls, pour aller se cacher lorsque la police arrive dans le quartier. Nous accompagnons immédiatement le bébé aux urgences, où elle sera sauvée in extremis.

En 16 mois, sur 7529 patients reçus au centre de santé, l'équipe MSF a été informée (généralement par la famille) de l'arrestation de 37 de ses patients. Elle est intervenue pour demander le maintien sur le territoire français pour raisons médicales de 25 d'entre eux (les autres patients n'ayant pas de pathologie justifiant une demande de maintien sur le territoire français). Seuls 14 ont été libérés.

Relâchés de justesse...

R. 32 ans, est venu seul d'Anjouan en septembre 2009 pour faire soigner son diabète découvert fin 2008²⁰. Il présente un diabète insulino-dépendant pris en charge au CHM et en dispensaire, où il paye pour ses consultations et ses médicaments.

L'équipe MSF l'aide dans ses démarches pour obtenir une carte de séjour pour motif médical.

Il est arrêté en mai 2010, en possession d'un certificat rédigé par le médecin du dispensaire précisant « diabète insulino-dépendant déséquilibré, nécessité de se rendre tous les jours au dispensaire pour contrôle et injection d'insuline » et d'une feuille de suivi de traitement montrant qu'il se rend aux consultations quotidiennes. Après notre intervention auprès de la préfecture et du médecin du CRA, il est finalement libéré le jour même.

S. 25 ans, consulte initialement pour syndrome grippal et asthénie, avec symptômes d'anémie clinique (tachycardie, dyspnée au moindre effort). On découvre une masse utérine à l'examen et le bilan biologique montre une anémie ferriprive à 5,5 g/dl. Cette patiente présente des menstruations très abondantes depuis 5 ans, mais n'avait consulté qu'une fois en libéral, car elle évite de sortir de son quartier (Majicavo) par peur de se faire arrêter. A noter qu'elle pratique la rhizophagie (ou PICA, alimentation à base de riz cru), symptôme et facteur aggravant de l'anémie. La patiente est adressée aux urgences gynécologiques après accord du gynécologue de garde, mais elle est refoulée au bureau des entrées de celles-ci car elle ne peut payer les 15 € et ce malgré notre courrier stipulant pourtant l'urgence médicale. Le lendemain, en se rendant au CDS pour nous expliquer la situation, elle se fait arrêter par la police. Suite à notre intervention, elle est relâchée dans la journée et transférée aux urgences où la prise en charge s'avère enfin possible. Elle est hospitalisée pour transfusion sanguine.

...ou éloignés malgré nos efforts

Un enfant de 11 ans présente une épilepsie sévère sous bithérapie avec retard mental, suivi en cours par MSF et par le CHM (examens programmés). Nous avons soutenu une demande de titre de séjour pour parent d'enfant malade à la préfecture en octobre 2009.

Sans avoir eu de réponse de la préfecture, les parents se font arrêter en février 2010. Après contacts et envoi des dossiers médicaux et administratifs aux autorités compétentes, la mère sera reconduite à Anjouan et le père relâché du CRA seulement cinq jours plus tard.

5. Complexité des démarches d'affiliation à la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM)

5.1. Procédure

En 2008, le taux d'affiliation à l'assurance maladie des Français de Mayotte était de 78%. Près d'un étranger sur deux en situation régulière accède à l'assurance maladie (47,3% en 2008). Il reste donc au moins 40 000 personnes en situation régulière qui n'accèdent pas à l'assurance maladie, dont 8000 résidents français et 32 000 résidents étrangers²¹.

Quant aux mineurs, environ 18 000 d'entre eux étaient exclus du dispositif en 2008²² : 1000 enfants français et 17 000 enfants étrangers.

²⁰ Pour rappel, l'INSERM estime à moins de 10% les personnes qui viennent à Mayotte pour raisons de santé.

²¹ Ces chiffres sont des estimations pour 2008, d'après les chiffres sur la CSSM parus dans le rapport « Accès aux droits des personnes en situation d'exclusion à Mayotte - Etat des lieux, diagnostic » de la DASS ; Juin 2009. p. 46.

²² *Idem.*

La condition sine qua non pour avoir droit à l'affiliation est de justifier de la nationalité française ou de posséder un titre de séjour valide au moment de l'inscription, quelle que soit sa durée de validité. Or, les démarches d'affiliation - compte tenu de l'engorgement du service - nécessitent au moins un mois. Le titre de séjour peut alors expirer entre temps, empêchant le renouvellement de l'affiliation. Il faut alors relancer les démarches, engendrant de longues périodes de rupture d'affiliation.

En plus des personnes n'arrivant pas à s'affilier, une partie ayant droit à la Sécurité Sociale n'en fait pas la demande, en raison de la complexité de la procédure : 20% des patients n'accédant pas à l'assurance maladie sont des Français.

Depuis août 2009, une Permanence d'accès aux soins a été mise en place au sein du CHM. Cette PAS²³ a pour but d'étudier les situations sociales des patients du CHM et de les accompagner dans leurs démarches d'affiliation, voire d'obtenir des affiliations rapides lorsque cela est possible pour les personnes malades (notamment en cas d'évacuation sanitaire vers La Réunion et/ou la métropole). Les personnes bénéficiant d'un bon rose ou d'un bon AGD sont systématiquement invitées à s'y rendre afin de voir s'il est possible de les affilier. Malheureusement, trop peu de moyens humains sont alloués à ce dispositif qui ne peut prendre en charge toutes les demandes.

5.2. Difficultés d'affiliation à la Sécurité Sociale pour les patients MSF

92% des 7529 patients reçus au CDS de MSF à Kaweni (lors de 20 656 consultations) de mai 2009 à septembre 2010 n'étaient pas affiliés à la CSSM.

Certes, la majorité de nos patients est en situation irrégulière²⁴, mais 15,7% de nos consultations ont été consacrées à des personnes en situation régulière.

Nous avons étudié 332 dossiers de patients MSF en situation régulière mais non affiliés à la sécurité sociale.

30 d'entre eux sont exclus de cette analyse : 7 concernent des personnes en situation régulière mais non affiliables car détentrices d'un visa de court séjour et 23 personnes sont en demande d'asile (cf. page 18).

Les informations sur la situation sociale et administrative n'étant pas recueillies de manière systématique par les médecins, elles sont difficilement quantifiables.

Nous exposons ici les tendances qui ressortent de l'analyse des 302 dossiers :

- 61,3% de ces patients sont en réalité des mineurs français, tous nés à Mayotte, d'un parent français.
- 38,7% sont des adultes. Si on prend en compte leurs enfants ainsi que la fratrie des précédents, ceci concernerait 830 enfants potentiellement affiliables, en tant qu'ayants droit.
- 24,5% des personnes concernées sont à Mayotte depuis plus de 10 ans.

Les entretiens que nous avons menés avec nos patients pour l'affiliation à la CSSM nous ont permis d'identifier plusieurs sources de difficultés pour l'affiliation :

- **Mauvaise information des usagers** quant aux démarches d'affiliation, notamment une rumeur largement répandue de la nécessité d'avoir un RIB pour s'affilier.
- **Enfants français par filiation paternelle.** Pour les enfants issus de familles monoparentales, nous avons été confrontés à des difficultés particulières. En effet, les enfants sont *a priori* ayants droit de la mère lors de l'affiliation à la CSSM. Il faut faire un courrier supplémentaire si l'on souhaite que les enfants soient rattachés à leur père pour affiliation (dans le cas où la mère est en situation irrégulière). Par ailleurs, dans une grande partie des cas, les contacts entre la mère, l'enfant et le père ont été rompus lors de la

²³ Ne pas confondre avec les PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) en métropole

²⁴ En 2010, 81,2% de nos patients ont déclaré être en situation irrégulière.

séparation et les mères témoignent souvent de difficultés pour obtenir les documents nécessaires du père. Théoriquement, si l'enfant est français, la mère devrait être régularisée et pourrait bénéficier d'une affiliation à la sécurité sociale, mais les démarches peuvent être très longues et parfois vaines. La possibilité d'une affiliation directe des enfants français, sans condition de régularité de la mère, pourrait leur permettre d'obtenir la gratuité des soins dans le secteur public.

- **Enfants dont le père est en situation régulière.** On retrouve les mêmes difficultés que pour les enfants français par filiation paternelle, avec les durées de titres de séjour et délais administratifs à prendre en compte en plus.
- **Longueur du traitement des dossiers.** Il faut attendre au moins un mois pour une première affiliation entre le dépôt du dossier et l'obtention du numéro national de sécurité sociale et l'attestation d'affiliation. Le problème rencontré par nos patients est le suivant : le processus de régularisation à la préfecture est très long à Mayotte. Les personnes reçoivent plusieurs convocations à se présenter à la préfecture (n'ayant pas valeur de titre de séjour et ne permettant pas d'entreprendre les démarches d'affiliation), puis un premier récépissé valable trois mois, puis souvent un deuxième, et seulement ensuite (éventuellement), une carte de séjour d'un an, valable à partir de la date de la demande et donc déjà amputée de 3 ou 6 mois de sa validité. L'affiliation à la sécurité sociale n'est valable que la durée du titre de séjour et doit donc être renouvelée à chaque nouveau titre de séjour. Les ruptures d'affiliation sont ainsi très fréquentes.

Petits parcours d'affiliation

A. est née en 1979 à Anjouan. Arrivée mineure à Mayotte, elle est aujourd'hui mère de 5 enfants et attend le 6^{ème}. Tous sont nés à Mayotte, 4 sont français par filiation paternelle.

Son dossier de régularisation est refusé à la préfecture, faute de passeport.

Non régularisée, elle ne peut s'affilier et faire suivre sa grossesse dans de bonnes conditions. Les enfants français par filiation paternelle ne sont pas affiliés car le père refuse de faire les démarches nécessaires.

S., jeune femme née en 1986 à Anjouan, est mère de 5 enfants nés à Mayotte, dont une est française par filiation paternelle.

Titulaire d'un récépissé, nous l'accompagnons dans ses démarches d'affiliation à la CSSM. Son récépissé arrivant à terme, la Préfecture de Mayotte lui remet une convocation valable 20 jours, document avec lequel il est impossible de commencer les démarches d'affiliation.

Le jour suivant la date de sa convocation, elle revient nous voir. Son récépissé n'a pas été renouvelé. La Préfecture refuse la délivrance d'un titre de séjour en raison d'« erreurs » dans deux des extraits de naissance de ses enfants, celui de l'enfant français inclus : dans certains extraits, la date de naissance de la mère est écrite avec précision (05/05/1986), dans d'autres, approximativement (« née en 1986 »).

L'affiliation de cette mère d'enfant français ne sera donc pas possible, ni celle de ses quatre autres enfants, en tant qu'ayants droit.

C. est née à Moroni en 1950 et vit seule, veuve. Titulaire d'un récépissé obtenu suite à une demande de titre de séjour pour soins arrivant à expiration, nous l'orientons vers la PAS pour une affiliation rapide pour cette personne malade. On nous conseille d'attendre le renouvellement de son récépissé et de l'accompagner dans les démarches avec le nouveau récépissé.

Or, après sa visite à la préfecture, Madame C. se présente au centre de santé MSF avec le même récépissé, sans renouvellement, simplement un tampon apposé au dos « convoqué le... ».

Nous exposons ce problème à la personne responsable des titres de séjour pour soins au bureau des étrangers. Devant notre insistance, il accepte exceptionnellement de préparer un nouveau récépissé à condition d'obtenir un nouveau certificat médical. Le récépissé lui est finalement remis en mains propres, six semaines plus tard. Son dossier d'affiliation est déposé la semaine suivante.

Il aura fallu trois mois, depuis le début de sa prise en charge, pour obtenir son affiliation.

5.3. Le cas spécifique des demandeurs d'asile

1,5% de nos consultations sont consacrés à des demandeurs d'asile, originaires pour la plupart du continent africain, essentiellement de la région des Grands Lacs. Plus de 6% des étrangers en situation régulière non affiliés à la sécurité sociale que nous traitons sont demandeurs d'asile.

Plusieurs obstacles rendent l'affiliation des demandeurs d'asile primo-arrivants difficile à Mayotte.

En métropole, la législation prévoit l'affiliation directe au régime de l'Assurance Maladie (par la Couverture Maladie Universelle²⁵) des demandeurs d'asile primo-arrivants titulaires d'une autorisation de séjour délivrée par la préfecture. L'affiliation n'est conditionnée ni par une durée minimum de présence sur le territoire ni par le type de document émis par la préfecture (autorisation provisoire de séjour ou récépissé de demande d'asile).

A Mayotte, jusqu'en juillet 2010, les demandeurs d'asile primo-arrivants titulaires d'une autorisation de séjour délivrée par la préfecture ne pouvaient être affiliés que sous la condition des trois mois de présence sur le territoire. Il fallait donc, le plus souvent, attendre que l'autorisation provisoire de séjour (APS) délivrée lors du retrait du dossier soit remplacée par le récépissé constatant le dépôt de la demande.

Solidarité Mayotte²⁶ a réussi à obtenir l'affiliation directe pour les primo-arrivants, mais les délais d'affiliation restent longs.

Par ailleurs, la durée de l'affiliation au régime de la sécurité sociale est basée à Mayotte sur la durée de validité de l'autorisation de séjour (en moyenne trois mois) et non valable un an comme en métropole et dans les DOM pour les demandeurs d'asile. Au terme de la durée de validité de l'autorisation de séjour, ils doivent donc aller renouveler leur affiliation.

A savoir que durant l'été 2010, la Préfecture de Mayotte n'a pas renouvelé les récépissés des demandeurs d'asile (ni des personnes en cours de régularisation) et leur a donné une simple convocation à deux mois en moyenne ; les personnes concernées ont donc perdu leur affiliation à la Sécurité Sociale.

Enfin, une autre difficulté pour l'affiliation des demandeurs d'asile est liée à l'examen de plus en plus fréquent des dossiers de demandes d'asile dans le cadre d'une procédure dite prioritaire²⁷. Cette procédure prive les demandeurs d'asile concernés d'autorisation explicite de séjour et donc d'affiliation.

En l'absence de l'AME sur l'île, un nombre important de demandeurs d'asile se trouve privé d'affiliation à la Sécurité Sociale.

L'ensemble de ces éléments permet d'expliquer la part non négligeable des demandeurs d'asile parmi nos patients en situation régulière non affiliés à la sécurité sociale.

6. Titre de séjour pour raison médicale (« étranger malade »)

En théorie, la procédure d'obtention d'un titre de séjour pour raison médicale est relativement simple. Le médecin constatant une pathologie lourde nécessitant un suivi régulier peut entreprendre les démarches pour son patient, en rédigeant un certificat médical circonstancié qui sera envoyé au Médecin inspecteur de santé publique (MISP) et un certificat médical non circonstancié destiné à la préfecture. Le MISP analyse le dossier médical de la personne et la possibilité ou non pour celle-ci de se faire soigner dans son pays d'origine. Celui-ci transmet un avis médical à la préfecture, laquelle se charge du traitement administratif du dossier et de la décision finale.

²⁵ La Couverture Maladie Universelle (CMU) et sa complémentaire (CMU-C) offrent un accès gratuit à l'assurance maladie pour les français et les étrangers en situation régulière avec moins de 634 € de ressources par mois. Elle n'existe pas à Mayotte.

²⁶ L'association Solidarité Mayotte est la seule habilitée à suivre les dossiers des demandeurs d'asile présents sur la Collectivité territoriale d'outre mer de Mayotte. Elle a accueilli 279 demandeurs d'asile en 2009 et 427 pour les trois premiers trimestres de 2010.

²⁷ Procédure encadrée par l'article L 741-4 du CESEDA.

En 2009, nous avons constaté que certains patients avec des pathologies lourdes n'avaient pas connaissance de l'existence de titres de séjour pour raison médicale, bien que suivis par un praticien du CHM. Nous avons entrepris d'appuyer la demande de deux patients atteints de pathologies lourdes suivis au CHM, qui ont finalement abouti fin 2010.

En 2010, nous avons continué à accompagner nos patients dans leurs démarches de régularisation pour soins : 7 parents d'enfants malades et 11 personnes malades.

Ceci nous a menés à plusieurs constats :

- **Méconnaissance des médecins de la possibilité de demande de titre de séjour pour raison médicale.** A Mayotte, seuls les médecins du CHM peuvent rédiger les certificats médicaux circonstanciés envoyés au MISP. Les délais de traitement des dossiers, les aléas de la Poste et les changements fréquents de médecins du CHM sont autant de facteurs qui ralentissent la prise de décision du MISP. Par ailleurs, les médecins du CHM présents à Mayotte depuis longtemps et donc plus souvent sollicités sont las de ne pas avoir de retour sur l'aboutissement ou non des démarches entreprises pour leurs patients.
- **Manque de clarté entre l'utilisation des certificats circonstanciés et non-circonstanciés.** Beaucoup de médecins ne font que ces derniers, insuffisants pour une prise de décision du MISP. Il arrive également que les deux certificats soient remis au patient qui les envoie à la préfecture, rompant ainsi le caractère confidentiel du certificat médical circonstancié et sans que le MISP soit informé. La confusion entraînée ralentit d'autant le traitement du dossier.
- **Procédures complexes et extrêmement longues à la Préfecture de Mayotte** (par rapport aux procédures en métropole, pourtant déjà difficiles). Il faut plusieurs mois pour que la personne ayant demandé un titre de séjour reçoive sa première convocation. La plupart du temps, lors de cette première convocation, les originaux du dossier sont étudiés. Dans le meilleur des cas, il est demandé à la personne malade de fournir un nouveau certificat médical, datant de moins de trois mois. Dans l'attente, la préfecture lui donne une deuxième convocation. Si l'ensemble du dossier est complet, qu'il n'y a aucune erreur de transcription sur les documents, aucune faute d'orthographe sur les noms de la personne et que le MISP a rendu son avis, la personne se voit remettre une autorisation provisoire de séjour (APS) de six mois. Avec cette APS, la personne peut initier les démarches d'affiliation à la CSSM. Au terme de la validité de l'APS, l'étranger malade doit réitérer une demande de régularisation, avec de nouveaux documents datant de moins de trois mois. Après les convocations usuelles, il peut obtenir un récépissé de trois mois et éventuellement à terme une carte de séjour.
- **Abandon du traitement de certains dossiers par la préfecture.** Après avoir sollicité plusieurs fois la préfecture et inquiets de ne pas avoir de réponses sur l'avancement du traitement des dossiers de régularisation de nos patients, nous avons rencontré un responsable du bureau des étrangers. Celui-ci nous a appris que faute de personnel, l'ensemble des dossiers de demande de régularisation reçus entre juillet 2009 et février 2010 ne seront pas traités, sauf si les personnes concernées relancent elles-mêmes leur dossier. Nous avons alors recontacté nos patients pour les aider à reconstituer leurs dossiers. Les personnes ayant déposé individuellement leur demande de régularisation n'ont jamais été prévenues.

L'histoire de K., anjouanaise venue « chercher sa vie » à Mayotte

K. est née en 1978 à Anjouan. Elle était mariée avec 3 enfants lorsqu'elle quitte son île natale, pour des raisons économiques en 1997. Son mari mécanicien n'arrivait pas à subvenir aux besoins de la famille. Elle est partie seule puis a été rejointe par son époux qui a rapidement été renvoyé à Anjouan, où il est décédé quelques temps plus tard.

K. s'est remariée chez le cadi avec un Mahorais dont elle a eu 2 enfants en 2000 et 2004. Ces enfants ont été reconnus par leur père, mais l'établissement des pièces d'identité a pris du temps et K. a été renvoyée à Anjouan une fois. Elle est rapidement revenue.

Son mari l'a quittée en 2005, elle s'est remariée une 3^{ème} fois chez le cadi avec un Anjouanais. Lorsqu'elle se fait arrêter, K. doit présenter les papiers français de ses enfants, car elle-même n'a pas encore pu en obtenir.

Sur le plan médical, K. est diabétique insulino-dépendante.

MSF l'accompagne dans sa demande de titre de séjour.

K. a présenté un 1^{er} diabète gestationnel en 2000, traité par régime seul, puis un 2^{ème} en 2004, où elle a bénéficié d'un traitement par insuline. Le suivi médical aurait été arrêté car les glycémies étaient normales, mais rien ne figure dans le carnet. Elle a été vue en PMI pour renouvellement de sa contraception jusqu'en mai 2006, où une glycémie prélevée s'avère élevée. Elle est orientée au dispensaire mais la patiente ne s'y rend pas, n'ayant pas compris l'importance de sa pathologie. Lors d'une 6^{ème} grossesse en 2007, le test O'Sullivan est pathologique et elle est mise sous insuline.

Elle fait sa surveillance glycémique et ses injections à la maison, mais ne sait pas lire et se fait donc aider comme elle peut par ses enfants. Son diabète est déséquilibré (HbA1C=7,7%).

Après l'accouchement en août 2007, les 3 consultations (gynécologie, urgences, dispensaire) ne mentionnent plus le diabète, aucune glycémie n'est contrôlée.

En décembre 2008, à l'occasion d'une 7^{ème} grossesse non suivie jusqu'au 3^{ème} trimestre, une glycémie capillaire est prélevée à 2,05 g/l. L'échographie met en évidence une malformation fœtale. En mars 2009, elle accouche d'un enfant mort-né.

En mai 2009, elle consulte au dispensaire avec un bon AGD : glycémie à 2,44 g/l. Un traitement par metformine est mis en place pour un mois, à doses progressivement croissantes.

En février 2010, elle consulte au CDS de MSF et nous l'adressons au dispensaire pour délivrance de l'insuline, rajoutée récemment pour déséquilibre majeur (HbA1C=14,9%). L'infirmier de MSF contrôle régulièrement les glycémies que ses enfants notent dans son carnet de santé et l'aide à comprendre sa maladie.

En avril, K. doit payer 10 € au dispensaire pour pouvoir consulter : ceci lui est justifié à l'accueil par le fait qu'elle a bénéficié trop de fois du bon AGD.

K. obtient un récépissé en avril 2010, expirant en juillet, alors que nous sommes en train de constituer son dossier d'affiliation à la sécurité sociale. Elle se rend à la préfecture pour renouvellement du dit-récépissé et revient nous voir, car l'agent du bureau des étrangers ne lui a pas renouvelé. Un simple tampon « convoqué le... » y a été apposé. L'agent d'accueil lui explique qu'elle doit se rendre aux Comores afin d'obtenir un passeport biométrique, pour l'établissement de sa carte de séjour. Il se trouve que K. est déjà en possession d'un passeport en cours de validité, mais le récépissé établi par la préfecture inverse son état civil. Sur son document de voyage international, elle s'appelle « Nom : K. Prénom : A. » ; tandis que sur son récépissé, c'est l'inverse. Elle doit donc obtenir un nouveau passeport, conforme au récépissé.

K. quitte Mayotte début août, en laissant ses enfants et le suivi de sa maladie. Mi-août, son nouveau passeport est prêt. Elle demande un visa pour revenir légalement à Mayotte, qu'elle n'obtiendra qu'un mois plus tard. Enfin, elle obtient une carte de séjour valable jusqu'en février 2011. L'affiliation à la Sécurité Sociale est toujours en cours.

Durant l'été, plusieurs mères d'enfant français parties aux Comores refaire leurs papiers d'identité n'ont pas eu la patience de K., ou n'ont pas obtenu le visa de retour et sont revenues à Mayotte... en kwassa (barque à fond plat utilisée pour traverser le bras de mer entre l'île d'Anjouan et Mayotte).

C. ACTIVITES

1. Consultations médicales et soins infirmiers au CDS de Kaweni pour l'année 2010

1.1. Données générales

20 656 consultations médicales et actes infirmiers ont été réalisés au centre de santé de MSF à Kaweni du 18 mai 2009 au 17 septembre 2010, soit 10 817 en 2009 et 9839 en 2010, pour 7529 patients reçus.

Tous les chiffres détaillés ci-après concernent uniquement l'année 2010 (semaines 1 à 37 incluses).

- *Provenance des patients* : 88,8% des patients viennent de Kaweni même, 4,2% de Cavani. Par ailleurs, 1,5% des consultations concernent des patients africains demandeurs d'asile, référés par l'association Solidarité Mayotte (cf. page 18).

- *Répartition par sexe et par âge* : 57,7% des patients sont des mineurs.

Sexe	%	Age	%
Hommes	43,7	< 5 ans	34,5
Femmes	56,3	5-18 ans	23,2
		18-50 ans	37,6
		> 50 ans	4,7

% basés sur le registre d'enregistrement, ces chiffres concernent la totalité des patients qui viennent consulter, y compris les anciens patients en suivi médical ou infirmier.

- *Nombre total de consultations* :

2010	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	sept	total
Nouveaux cas	935	1049	1235	741	827	718	690	753	321	7269
Anciens cas	61	60	115	106	118	48	50	57	11	626
Total consultations médicales	996	1109	1350	847	945	766	740	810	332	7895
Actes infirmiers	275	222	248	266	305	183	203	178	64	1944
Total des consultations	1271	1331	1598	1113	1250	949	943	988	396	9839

Les anciens cas concernent des patients venus consulter déjà au moins une fois.

- *Consultations chez les enfants de moins de 5 ans* :

Le tableau ci-dessous montre la proportion de consultations médicales (uniquement pour les nouveaux cas) concernant les enfants de moins de 5 ans. La moyenne de consultations mensuelle pour cette tranche d'âge est de 43,7%.

2010	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	sept
% consultations < 5 ans	43,3	48,5	56,8	48,7	42,3	31,1	37,8	40,8	44,2

1.2. Pathologies

Le tableau ci-dessous détaille les principales pathologies rencontrées pour les nouveaux cas en 2010, toutes tranches d'âge confondues. Une seule pathologie est répertoriée par patient.

2010	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	sept*	total	%
Affections gastriques ²⁸	24	24	9	12	22	38	33	50	13	225	3,1
Affections oculaires	24	13	16	17	27	34	28	52	20	231	3,2
Asthme ²⁹	10	9	13	4	6	13	21	15		91	1,3
Cas chirurgicaux	7	7	8	7	6	13	6	3	6	63	0,9
Cas gynéco-obstétriques	54	43	32	22	54	79	59	80	20	443	6,1
Diabète ³⁰	3		2	4	3	4	2	5		23	0,3
Diarrhée non sanglante	58	37	52	19	18	7	16	24	49	280	3,9
Douleurs généralisées	68	80	31	29	19	38	42	53	32	392	5,4
Fièvre d'origine indéterminée	4	5	38	16	14	13	16	19	14	139	1,9
HTA ³⁰	4	1	6	6	5	11	11	13	2	59	0,8
Infections aiguës des voies respiratoires inférieures	27	28	113	58	53	8	19	19	7	332	4,6
Infections aiguës des voies respiratoires supérieures	301	479	558	222	221	169	188	187	69	2394	32,9
Infections cutanées	149	126	171	127	167	115	97	92	42	1086	14,9
Infections du tractus urinaire	12	12	8	3	20	21	15	7	8	106	1,5
Infections sexuellement transmissibles	10	3	6	15	11	8	3	5	1	62	0,9
Maladies chroniques ³⁰	19	15	5	5	5	6	16	14	7	92	1,3
Parasitoses intestinales	14	15	9	4	3	5	2	9		61	0,8
Traumas, blessures, brûlures accidentels	55	37	28	26	36	44	35	32	7	300	4,1
Autres**	73	98	73	111	111	77	52	64	16	675	9,3
Pathologies non détaillées	19	17	57	34	26	15	29	10	8	215	2,1
Total nouveaux cas	935	1049	1235	741	827	718	690	753	321	7269	100,0

* 2 semaines d'activité

En ce qui concerne l'évolution sur l'année, on peut noter un pic de consultations en mars, lié à de nombreuses infections virales des voies respiratoires (épidémie de bronchiolite) ainsi que de nombreux cas de diarrhée correspondant à une épidémie de gastro-entérite aiguë.

On peut remarquer également une nette augmentation des cas de fièvre indéterminée en mars, coïncidant avec une alerte dengue dans l'océan indien. Aucun cas de dengue n'a été confirmé parmi nos patients.

Les 5 pathologies les plus fréquentes en 2010 : en rose dans le tableau

- infections aiguës des voies respiratoires supérieures (32,9%)
- infections cutanées (14,9%)
- cas gynéco-obstétriques (6,1%)
- douleurs généralisées (5,4%)
- infections aiguës des voies respiratoires inférieures (4,6%).

**Les cas « autres » représentent 9,3% des pathologies et regroupent tout ce qui n'est pas classable ailleurs. On y retrouve les affections rhumatologiques, les problèmes dentaires, les céphalées isolées, les allergies... ainsi que les examens normaux.

Par ailleurs, la prise en charge des pathologies chroniques représente 9,6% (758/7895) de la totalité des consultations (voir détails page 24).

²⁸ Voir annexe I pour la définition des pathologies

²⁹ cf. partie 2. Pathologies chroniques, page 24

Les infections aiguës des voies respiratoires supérieures comprennent tout épisode infectieux sus-laryngé, c'est-à-dire les rhinopharyngites, angines, otites et sinusites. Parmi ces dernières, les rhinopharyngites sont de loin les plus fréquentes et très souvent traînantes, se compliquant alors en otites.

Les infections aiguës des voies respiratoires (supérieures et inférieures) constituent plus du tiers des pathologies (37,5%), dans un contexte de climat chaud et humide, où la poussière est omniprésente et la promiscuité de rigueur.

Parmi les infections cutanées, on retrouve toute atteinte cutanée d'allure infectieuse, qu'elle soit bactérienne, virale, mycosique ou parasitaire.

Il s'agit majoritairement d'infections bactériennes, surinfectant de simples boutons ou des plaies minimes. L'impétigo généralisé est très fréquent chez les enfants, de même que les abcès en tout genre, souvent majeurs et nécessitant le recours à un drainage chirurgical. D'ailleurs, un service de chirurgie ambulatoire au sein du CHM est dédié à la prise en charge de ces abcès (première cause de chirurgie ambulatoire, hors interruption volontaire de grossesse).

Parmi les infections mycosiques, le pityriasis versicolor et les teignes sont majoritaires.

La gale est une pathologie très présente dans le bidonville, nécessitant très souvent une antibiothérapie en raison de sa surinfection.

Toutes ces infections de la peau sont favorisées par les conditions de vie précaires (hygiène, accès à l'eau, promiscuité) ainsi que par le climat chaud et humide.

Les premiers soins sont généralement réalisés avec des méthodes traditionnelles diverses (plantes, dentifrice, terre, paracétamol écrasé...), qui retardent le processus de cicatrisation et rallongent bien souvent le temps de guérison.

Fin août, début septembre, une épidémie de varicelle est survenue à Kaweni.

Les cas gynéco-obstétriques regroupent tout syndrome évoquant un trouble d'origine gynécologique, tout acte lié à une grossesse et tout acte lié à une contraception, en excluant les infections sexuellement transmissibles.

La majorité de nos consultations concerne des troubles hormonaux et des problèmes de fertilité. Tout ce qui concerne la grossesse (suivi, demande d'interruption volontaire) et la contraception est référé vers la PMI.

Il existe un réel déficit de gynécologues sur l'île ; le service de gynéco-obstétrique du CHM est complètement saturé et il n'y a qu'un seul gynécologue en libéral.

Les « douleurs généralisées » représentent cette année la 4^{ème} pathologie. Il s'agit de toutes ces douleurs diffuses, non systématisées, inclassables, parfois surnommées « pialgie » du shimaoré « pia » = partout et algie = douleur.

Leur interprétation culturelle est certaine, mais elles dissimulent aussi souvent une demande d'aide au niveau social, reflétant des difficultés socio-économiques majeures au sein de cette population.

Autres pathologies à noter :

En 2010 (de même qu'en 2009), nous n'avons eu aucun cas de paludisme autochtone. Le paludisme reste une maladie endémique à Mayotte, essentiellement importé des Comores. En 2009, 399 cas ont été déclarés, dont 88 autochtones (foyer prédominant au nord de l'île).

Il est à noter que nous avons eu 3 suspicions de lèpre, dont 2 ont été confirmées. Pour rappel, la lèpre est toujours présente à Mayotte : environ 50 nouveaux cas ont été diagnostiqués sur l'île ces cinq dernières années.

1.3. Soins infirmiers

52 actes ont été réalisés par semaine en moyenne (soit environ 10 par jour).

La grande majorité des actes infirmiers concerne les soins : pansements de plaies, de brûlures fréquentes, de pathologies dermatologiques et affections cutanées sur-infectées, d'abcès, ainsi que de suivis postopératoires.

L'infirmier effectue aussi les injections de médicaments (dans le traitement des infections sexuellement transmissibles par exemple), les vaccinations et les prélèvements biologiques, ainsi que des activités d'éducation et de prévention.

En 2010, 209 prélèvements biologiques ont été réalisés au centre (soit une moyenne de 6 par semaine) puis analysés au laboratoire du CHM. Il s'agit principalement de prélèvements sanguins, dans le cadre de pathologies inexécutées ou de bilan de pathologies chroniques.

2. Le cas particulier des pathologies chroniques

Les prises en charge de maladies chroniques (tant dans leur diagnostic que suivi) représentent 9,6% (758/7895) de la totalité des consultations médicales en 2010 (contre 7,3% en 2009). Cette augmentation en 2010 est liée à l'habitude prise par nos patients de venir consulter et se faire suivre régulièrement chez MSF, devenu au fil du temps le centre médical de proximité.

L'hypertension artérielle (HTA) représente 51% des maladies chroniques, l'asthme 21%, le diabète 16% et les autres pathologies 12%.

Le tableau suivant détaille les chiffres des nouveaux cas et suivis de maladies chroniques au CDS en 2010.

	Asthme (tous âges)	Diabète	HTA	Autres MC	Total
Nouveaux cas	91	23	59	92	265
Suivis*	69	96	328		493
Total	160	119	387	92	758

* Il s'agit du nombre de consultations pour des cas de maladies chroniques déjà vus. Un même patient a pu consulter plusieurs fois.

D'après le rapport de l'INSERM³⁰ de 2007, les pathologies chroniques (surtout maladies cardiovasculaires et diabète) constituent le motif de recours aux soins le plus fréquent et la première cause d'hospitalisation en médecine au CHM. Selon cette même étude, 58% des malades chroniques ne sont que partiellement ou pas du tout suivis, avec de fréquentes ruptures de traitement et des complications plus précoces et nombreuses qu'en métropole.

2.1. Le diabète

Pour rappel et d'après l'étude Maydia³¹ de 2008, la prévalence du diabète à Mayotte est estimée à 10,5% entre 30 et 69 ans (plus du double qu'en métropole). Cette prévalence augmente avec l'âge (>26% entre 60 et 69 ans). Le nombre total de personnes diabétiques chez les plus de 30 ans est estimé à 4800 sur Mayotte.

³⁰ Rapport INSERM/UPMC : Santé et migration à Mayotte, avril 2008.

³¹ Solet JL, Baroux N. Etude Maydia 2008-Etude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, décembre 2009.

Afin d'illustrer les difficultés particulières d'accès aux soins de ces malades (et en général des patients atteints de pathologies chroniques), nous avons repris et analysé les 48 dossiers de patients diabétiques vus depuis l'ouverture.

Sur les 48 dossiers, on trouve :

- une nette prédominance de femmes (39 pour 9 hommes), avec un âge moyen de 44 ans.
- 85% des personnes sont en situation irrégulière et la moitié d'entre eux vit à Mayotte depuis plus de 10 ans.
- Le nombre moyen de consultations par patient est de 6 ; plusieurs patients ont été suivis au long cours (20% ont bénéficié de plus de 10 consultations).

Comme pour tout nouveau patient, on les interroge sur l'existence de renoncement aux soins depuis la mise en place de la CSSM (2005) : 65% des patients diabétiques (en excluant les 2 patients affiliés et les personnes présentes à Mayotte depuis moins d'un mois n'ayant pas encore eu le besoin de consulter) déclarent avoir dû renoncer à des soins, en raison principalement de la peur de sortir du domicile et du manque d'argent (tous ont évoqué cette dernière raison).

Il s'agit essentiellement d'un diabète non insulino-dépendant (type II) lié fréquemment à une obésité. 10 patients sont sous insuline, soit en rapport avec un diabète de type I (pour 5 d'entre eux), soit pour des diabètes devenus insulino-réquistes.

60% des patients diabétiques présentent une ou plusieurs comorbidités, en grande majorité l'HTA.

86% des cas documentés rapportent des ruptures de traitement depuis l'établissement du diagnostic (au cours de leur suivi à MSF et/ou avant la consultation chez MSF), à plusieurs reprises et pour des durées variables. Les causes sont multiples et souvent intriquées : la peur du déplacement liée aux risques d'arrestations lors des trajets au dispensaire, les reconduites à la frontière, ainsi que les problèmes financiers.

Les conséquences sont souvent lourdes : décompensations aiguës, déséquilibres chroniques du diabète, ainsi que lésions dégénératives souvent majeures et précoces (micro et macroangiopathie).

Parmi nos patients :

- 15 (31%) rapportent des complications aiguës de leur maladie, dont 6 ayant eu une décompensation acido-cétosique.
- Les autres complications sont infectieuses, avec de nombreux cas d'abcès majeurs.
- 12 d'entre eux (25%) ont dû être référés aux urgences pour complication aiguë et certains à plusieurs reprises.
- Au moins 11 d'entre eux (pas tous renseignés car nombre de consultations trop faible) présentent des lésions dégénératives souvent multiples (rétinopathie, neuropathie, artériopathie) et déjà avancées (stades III ou IV). La moyenne d'âge de ces cas documentés avec lésions chroniques est de 49 ans. Ceci rejoint les résultats de l'étude de l'INSERM qui relevait des complications précoces (sans plus de précisions).

Nous avons relevé des difficultés à accéder à une consultation dans les dispensaires pour au moins 30% d'entre eux, avec un barrage fait dès le bureau des entrées, où l'acquittement de la consultation est systématiquement demandé avant de bénéficier d'un ticket. Or, il est prévu pour les malades démunis la possibilité d'exemption de paiement par le bon AGD. D'après sa définition même³², le bon AGD devrait être systématiquement accordé à ces patients. Il n'existe pas de « bon » spécifique prévu pour la prise en charge des diabétiques ni pour les pathologies chroniques en général. Le bon AGD permet la consultation et la délivrance de médicaments (et examens complémentaires si besoin). Cependant, les traitements - souvent prescrits par les médecins pour 3 ou 6 mois - ne sont délivrés que pour un mois par la pharmacie de l'hôpital. Les personnes non affiliées doivent donc payer chaque mois 10 € pour obtenir un « bon pharmacie » afin d'obtenir la suite de leur traitement.

³² Définition AGD : cf page 10

Les personnes n'en ayant pas les moyens renoncent aux soins (d'où ruptures de traitement) ou consultent à nouveau un médecin dans le but d'obtenir un nouveau bon AGD. Cela engorge inutilement les consultations médicales de médecins déjà en sous-effectif.

Etant donné la difficulté de déplacement, la nécessité de se rendre au dispensaire chaque mois est problématique pour les personnes malades en situation irrégulière.

Le bon AGD pourrait être adapté pour ces pathologies chroniques ou un « bon spécifique chroniques » créé, avec la possibilité de délivrance de la totalité du traitement correspondant à la prescription ou le renouvellement mensuel sans nouveaux frais, afin d'éviter ces ruptures itératives de traitement.

Les conséquences en termes de santé publique risquent d'être lourdes dans un futur proche.

Par ailleurs, il est extrêmement difficile d'obtenir les bilans nécessaires au suivi des diabétiques : examen ophtalmologique avec fond d'œil, examen de la protéinurie (microalbuminurie), consultation en cardiologie. Vu le nombre important de diabétiques à Mayotte et les enjeux de santé publique, la création d'une consultation spécifique « diabète » pourrait s'envisager (comme il en existe une pour la prise en charge de la lèpre), avec la possibilité de réaliser les bilans et consultations spécialisées nécessaires au sein d'une même consultation. De plus, leur prise en charge en hôpital de jour apparaît nécessaire, en cas de déséquilibre et afin de les sensibiliser et les éduquer à la prise en charge de cette pathologie chronique.

Histoire clinique : Mme A. 36 ans

Femme vivant à Mayotte en situation irrégulière depuis 2001, mariée, 6 enfants dont les 3 derniers sont nés à Mayotte.

Découverte d'un diabète insulino requérant en août 2008 au CHM, traité par antidiabétique oral et insuline. Suivi régulier avec diminution des doses d'insuline.

Rupture du traitement du 13 février au 06 avril 2009 car expulsée à Anjouan.

Par la suite, le diabète est mal équilibré (HbA1C > 10%) et la surveillance aléatoire, la patiente ne se rendant pas régulièrement au dispensaire pour le suivi par peur d'une nouvelle arrestation et ayant des difficultés pour payer sa consultation chaque mois.

En février 2010, Mme A. est opérée d'une hernie ombilicale avec survenue d'une complication infectieuse post-opératoire en raison du diabète.

Traitement à nouveau interrompu en mars 2010 dû à une nouvelle expulsion. Retour en kwassa le 17 juillet.

Elle est vue au dispensaire le 21 juillet, où on note un diabète décompensé mais essai de traitement en ambulatoire. L'hospitalisation est finalement nécessaire le 24 juillet pour 3 jours. A la sortie, elle n'a pu obtenir un simple appareil d'auto mesures des glycémies capillaires à la pharmacie, faute d'une ordonnance nominative. Elle a dû revenir quelques jours après. Le dossier de régularisation est en cours.

2.2. L'HTA

Pour rappel et selon l'étude Maydia de 2008, la prévalence de l'HTA à Mayotte est très élevée, touchant 50% des hommes et 37% des femmes. Une autre étude faite en 2006³³ retrouvait une prévalence de 59% chez les adultes de plus de 50 ans. La fréquence de l'HTA à Mayotte est plus élevée qu'en métropole (évaluée à 31% dans la population adulte de 18 à 74 ans en 2006³⁴).

Depuis l'ouverture du centre, nous avons reçu 175 patients présentant une HTA ; très majoritairement des femmes et de moyenne d'âge de 44 ans. On constate que l'HTA est souvent sévère, nécessitant fréquemment le recours à une trithérapie médicamenteuse. Là aussi, les ruptures

³³ Ntab B, Gandin P, Castetbon K, Sissoko D, Vernay M. Etat nutritionnel et activité physique à Mayotte : premiers résultats de l'étude Nutrimay 2006. Bull Epidemiol Hebd 2007 ; 48-49 : 402-4.

³⁴ Etude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé. Institut de veille sanitaire, Université Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, 2007.

de traitement sont très fréquentes, avec peu de conséquences immédiates « visibles », mais de réels dégâts à long terme.

Quelques histoires à haute tension...

S. 40 ans, présente une HTA sous bithérapie depuis plusieurs années. Dans ses antécédents, on relève deux accidents vasculaires cérébraux hémorragiques. Reconduit pour la deuxième fois à Anjouan, il doit interrompre son traitement. Il consulte au CDS 3 semaines après son retour, en crise hypertensive.

F. 64 ans présente une HTA, mal suivie et non équilibrée.

Trois ans après, elle commence à présenter des crises d'épilepsie généralisées, pour lesquelles elle est hospitalisée au CHM où le bilan étiologique s'avère négatif. Un traitement antiépileptique est initié, qui s'avère efficace lorsqu'elle peut en bénéficier (selon ses capacités financières).

Suite à des difficultés financières, elle ne se rend plus en consultation ; les crises convulsives recommencent alors et son HTA est très déséquilibrée. Après accompagnement de notre part et insistance quant à la nécessité d'un suivi, un bon AGD est délivré et le traitement repris... jusqu'à la prochaine fois.

C. 41 ans, en situation irrégulière et vivant à Mayotte depuis 10 ans présente une HTA sous trithérapie. Elle est suivie par le dispensaire avec de multiples interruptions de traitement, car refusée pour manque d'argent. Sa demande de titre de séjour pour soins a été refusée.

L. 62 ans est arrivée à Mayotte en 2008 à la suite d'un accident vasculaire cérébral, avec hémiparésie séquellaire. Elle est référée aux urgences pour passage en arythmie cardiaque, où elle est prise en charge. Lors de la consultation en cardiologie qui s'ensuit, elle doit s'acquitter de la provision en empruntant de l'argent à des connaissances croisées sur le parvis de l'hôpital. Une enquête sociale réalisée par le visiteur à domicile de MSF avait mis en évidence une absence totale de ressources, engendrant une extrême pénurie alimentaire.

2.3. Autres pathologies chroniques

Dans « autres pathologies chroniques » figurent en majorité :

- l'épilepsie,
- les pathologies cardiaques,
- les pathologies auto-immunes,
- les pathologies endocriniennes (dysthyroïdies surtout)
- les pathologies neurologiques.

L. 39 ans est asthmatique depuis environ 5 ans. Ne pouvant payer la consultation, elle est en rupture de traitement de fond pendant 6 mois. Pendant cette période, elle consulte 12 fois aux urgences pour crise...

S. 6 ans, présente un probable rhumatisme articulaire aigu diagnostiqué par échographie cardiaque en février 2010. Un traitement quotidien par Oracilline® lui est prescrit par ordonnance hospitalière du cardiologue renouvelable 6 mois jusqu'à la prochaine consultation. Or, le père s'est vu refuser la délivrance de la prolongation de l'ordonnance à la pharmacie centrale, car il n'avait pas de bon de circulation. Au bureau des entrées, on lui a donné un bon AGD « à aller faire signer par un médecin », ce qui ne sera pas possible.

3. Vaccination

3.1. Données générales

En 2009, une campagne de rattrapage vaccinal a eu lieu, réalisée par Médecins Du Monde (MDM) pour les enfants non scolarisés et le CHM pour les enfants scolarisés. Au centre de santé, nous avons réalisé 137 vaccinations.

Le tableau suivant détaille les vaccinations effectuées au CDS en 2010 (le nombre de doses), pour les enfants de plus de 6 ans, grâce à une dotation de vaccins par le CHM ; ceux de moins de 6 ans avec un retard vaccinal étant orientés à la PMI (en moyenne 10 enfants par mois).

Vaccins	Total	%
DTCP	146	47,9
DTP	47	15,4
Tétanos seul	26	8,5
ROR ≥ 5 ans	35	11,5
Hépatite B enfants	20	6,5
Hépatite B adultes	31	10,2
Total	305	100

3.2. Retard vaccinal

Nous avons analysé les dossiers de 721 enfants consultant au CDS, de juillet à septembre 2010, quant à leur statut vaccinal :

	< 5 ans	≥ 5 ans	total
aucune vaccination	4	19	23
retard partiel	42	30	72
Total	46	49	95

95 d'entre eux (13,2%) ont un retard ou une absence de vaccination, dont 52% de plus de 5 ans.

Parmi eux :

- 23 enfants (24,2%) ne sont pas du tout vaccinés, dont 19 de plus de 5 ans. Il peut s'agir d'enfants arrivés à Mayotte plus tardivement non vaccinés aux Comores. Les plus de 6 ans doivent s'orienter vers les dispensaires pour se faire vacciner, mais les mêmes problèmes d'accès à ces structures se posent et la vaccination y est payante.
- 72 enfants (75,8%) présentent un retard d'une ou plusieurs vaccinations (tous vaccins confondus), dont 42 de moins de 5 ans. Ceux-là sont vaccinés en PMI. Ceci reflète les difficultés de déplacement des mères d'une part (avec en plus la présence fréquente des autorités à proximité du lieu) et celles liées au service de PMI d'autre part. Les rendez-vous pour rappel de vaccination sont donnés en retard par rapport à la date théorique du calendrier vaccinal, en lien avec la surcharge des lieux et le manque de personnel. Il est également arrivé qu'il y ait des ruptures de stocks de vaccins.

Bébé de 5 mois, amené par ses parents à la PMI pour vaccination Prévenar[®] n°1 et Pentacoq[®] n°2. Il ne sera pas vacciné à la PMI, en raison de l'absence de place avant deux mois. Ils sont orientés chez un médecin privé (paiement des vaccins et de la consultation).

La médecine scolaire manque clairement de moyens. Les infirmières scolaires ne sont présentes qu'au collège et lycée. Il n'y a qu'un seul médecin scolaire sur l'île qui s'occupe également de la santé du corps enseignant.

Une étude de la couverture vaccinale à Mayotte serait en cours de finalisation par la DASS.

4. Malnutrition

D'après les poids et les tailles des enfants relevés en 2010, 135 enfants souffrant de malnutrition aiguë globale ont été dépistés (représentant environ 4% du nombre total de consultations pour les enfants de moins de 5 ans), c'est-à-dire avec un rapport poids sur taille (P/T) inférieur à - 2 déviations standard (ou Z score).

Parmi eux, 89% présente une malnutrition modérée ($-3 < Z \text{ score} < -2$) et 15 enfants (11%) souffrent de malnutrition sévère ($Z \text{ score} < -3$).

La sous-alimentation en est la principale cause, en raison du manque de moyens dans ces familles démunies. Il s'agit souvent d'un seul repas par jour, à base de riz principalement.

Les cas de malnutrition modérée sont référés à la PMI et ceux de malnutrition sévère au service de pédiatrie du CHM.

Les problèmes de prise en charge de la malnutrition modérée en PMI sont récurrents : en plus des problèmes de déplacement des mères, on note un manque de motivation des personnels de PMI peu confiants dans l'efficacité du Plumpy'nut[®] et son utilisation correcte par les mamans, ainsi que de fréquentes ruptures de stock. En septembre 2010, l'administration de Plumpy'nut[®] en PMI s'arrête définitivement.

N. 6 mois, consulte pour toux et otorrhée purulente. Sa mère est arrivée à Mayotte il y a 3 ans avec son 1^{er} enfant. Peu après leur arrivée, celui-ci avait été hospitalisé pour marasme. Il avait été suivi en PMI et avait repris du poids.

N. pèse 4kg750 pour 61 cm ($Z\text{-score} = -3$). Sa maman l'allaité mais n'a plus beaucoup de lait et pas d'argent pour en acheter. Elle n'a jamais consulté ni en PMI, ni en dispensaire. En effet, la maman n'a pas d'extrait de naissance et n'a donc pas pu en établir un pour son enfant à la naissance. La PMI l'a refusée car elle ne pouvait présenter l'acte de naissance de l'enfant. Nous avons conseillé la maman pour l'établissement de ses papiers, avons acheté du lait pour l'enfant et les avons adressés en PMI pour malnutrition et rattrapage vaccinal. Cette maman ne sort quasiment jamais de chez elle, par peur d'être arrêtée.

R. 2 ans est amené par sa mère pour infection respiratoire. Il était suivi en PMI pour une malnutrition modérée. Deux mois avant, sa mère a été arrêtée en l'amenant à la PMI. Expulsée, elle a laissé son enfant à une voisine qui l'accompagnait lors de l'interpellation. Celui-ci a été gardé par cette voisine qui a elle-même des enfants à charge et n'a pas pu l'emmener à la PMI.

R. présente maintenant une malnutrition sévère.

5. Références

5.1. Références médicales

Une partie de l'activité des médecins du CDS concerne les références des patients vers les structures de santé complémentaires.

Références externes 2010	Nombre
CHM : urgences/hospitalisation	155
Spécialistes	106
PMI	51
Imagerie	53
Total	365

Nous référons au CHM les patients nécessitant des soins urgents ainsi que des avis et prises en charge spécialisés. L'accès à ces services n'est pas toujours facile : en plus des difficultés de déplacement, s'ajoutent des blocages au bureau des entrées, avec la demande systématique de paiement de la consultation, en dépit de la possibilité de dispense de paiement pour AGD.

Nous avons noté des difficultés à obtenir des consultations en gynécologie, le service étant surchargé.

Les actes d'imagerie sont principalement des radiographies standard et des échographies. Nous n'avons pas eu de difficultés à les obtenir, étant donné leur gratuité au sein du CHM.

En PMI, nous référons les enfants de moins de 6 ans pour vaccination et prise en charge de la malnutrition modérée, ainsi que les femmes pour tout acte lié à une grossesse et une demande de contraception.

5.2. Références sociales

Très rapidement l'équipe du centre de santé a été frappée par les difficultés sociales des patients traités.

Sans faire de dépistage systématique des problèmes sociaux de nos patients, certains patients en danger (par un état de santé et/ou une histoire médicale et familiale particulière) nous ont interpellés.

- Orientations

Nous avons orienté 105 personnes en 2009 et 133 en 2010 vers d'autres associations de Mayotte proposant un soutien social et/ou juridico-administratif.

Les motifs principaux d'orientation sont :

- aide alimentaire
- aide à la régularisation
- scolarisation pour des mineurs isolés
- maltraitance.

Au cours de nos 16 mois d'activité, nous avons orienté 52 familles vers Solidarité Mayotte pour des colis alimentaires, 64 personnes vers la CCCP pour une aide à la régularisation (essentiellement en 2009). Les autres ont été orientés à l'Unité d'Action Sociale (UAS) du Conseil Général pour une aide administrative, à APREDEMA pour des mineurs en situation précaire et pour aide à la scolarité. Par ailleurs, TAMA, l'ASE et la cellule BASS maltraitance ont été sollicités pour 4 cas de maltraitance.

- Permanence d'accès aux droits

En 2010, face à l'ampleur des problèmes sociaux et administratifs de nos patients et aux difficultés de réponses des structures sociales de l'île, nous avons mis en place pendant 3 mois une permanence d'accès aux droits afin de mieux répondre aux besoins de nos patients.

En juin, juillet et août, nous avons traité 73 dossiers d'accès aux droits : aide à la régularisation et à l'affiliation à la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte. Un même dossier peut concerner plusieurs personnes et pour différentes démarches.

Nous avons accompagné :

- 11 patients dans leurs démarches de régularisation pour soins,
- 14 parents d'enfants malades
- 36 personnes dans leurs démarches de régularisation pour liens personnels et familiaux,
- 24 personnes dans leurs démarches d'affiliation à la CSSM.

Concernant les dossiers de régularisation, nous sommes d'abord alertés par les situations sanitaires des personnes, mais au vu de leur parcours de vie et des liens durables les unissant à Mayotte, il

nous semble souvent plus opportun de les accompagner dans des démarches de régularisation pour liens personnels et familiaux.

D. CONCLUSION

Le projet de MSF à Mayotte ferme après 16 mois d'activités. Il s'est ouvert en 2009 pour apporter des soins de santé primaire à une population démunie, majoritairement en situation irrégulière mais dont la moitié est née à Mayotte.

Les pathologies soignées à Kaweni restent bénignes pour la plupart et correspondent à celles que l'on peut voir chez une population vivant dans des conditions très précaires et sous un climat chaud et humide.

La répression croissante et la fin des soins gratuits en 2005 provoquent un accès aux soins compliqué pour cette population. Les conséquences portent surtout sur la prise en charge des maladies chroniques, avec de fréquentes ruptures de traitement entraînant des complications précoces. L'impact en termes de santé publique risque d'être lourd.

Les systèmes d'exemption dans le secteur public (seulement) censés garantir un accès aux soins pour les personnes démunies malades dysfonctionnent et ne sont pas appliqués réellement. L'éloignement de personnes gravement malades avec un traitement en cours, de même que les difficultés d'obtenir des titres de séjour pour raison médicale restent une préoccupation.

MSF a décidé de se retirer de Mayotte considérant que les objectifs initiaux d'amélioration de l'accès aux soins de santé primaire pour les populations les plus précaires ne pouvaient être remplis par ses seuls soins au sein d'un centre de santé, mais nécessitent une véritable refonte du système de soins par les autorités compétentes.

Annexe I : Définition des pathologies rencontrées

Définitions de cas	
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 chirurgicaux	Cas nécessitant un avis chirurgical, une intervention/une hospitalisation
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.
Infections du tractus urinaire	Cystite aiguë (brûlures mictionnelles + pollakiurie sans fièvre); rare chez l'homme ne s'accompagnant pas d'écoulement urétral. Inclut la prostatite aiguë et la pyélonéphrite (signes de cystite + fièvre + lombalgie unilatérale)

Infections sexuellement transmissibles	Toute décharge anormale d'origine urétrale ou vaginale ou toute ulcération dans la sphère génitale. Exclut le VIH
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.
Parasitoses intestinales	Syndrome évoquant une origine parasitaire intestinale : nausées, flatulence, douleurs abdominales, distension abdominale, perturbation du transit intestinal, avec ou sans confirmation biologique
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 II : Index des abréviations

ACFAV : Association pour la Condition Féminine et l'Aide aux Victimes

AGD : Affections graves et durables

AME : Aide Médicale d'Etat

APREDEMA : Association pour la PREvention de la DELinquance à MAYotte

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

CSSM : Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte

DGAS : Direction Générale des Affaires Sociales

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

PMI : Protection Maternelle et Infantile

UAS : Unité d'Action Sociale (Conseil Général)

UPMC : Université Pierre et Marie Curie