

Mission  
Exploratoire  
MAYOTTE

18 décembre  
2012

Dans le cadre de la convention liant l'Association AIDES à la Direction Générale de la Santé, une mission exploratoire sur le 101ème département français (Mayotte) à été prévue. Elle a été réalisée fin 2012, Par Marie Pierre LEBON, Michel SIMON et Michel BOURRELLY

**Mayotte, le Département  
oublié de la République**



Membre de la Coalition Internationale Sida



## Ce qu'il faut retenir de la Mission :

### Constats :

- ✘ Une épidémie aux contours mal délimités : pas d'étude épidémiologique
- ✘ Très rares campagnes de prévention
- ✘ Un dépistage insuffisamment organisé
- ✘ Un réseau associatif embryonnaire
- ✘ Un manque de coordinations des différents acteurs (Médical /Etat/ Associatif)
- ✘ Une forte immigration
- ✘ Le sida : un sujet tabou
- ✘ Une non-implication de la population
- ✘ Un système social excluant
- ✘ Une prise en charge **médicale** satisfaisante

### Propositions :

- ✘ Elargir, diversifier et intensifier l'offre de dépistage (TROD)
- ✘ Diffuser des campagnes de prévention de proximité
- ✘ Mettre en place de la CMU-C
- ✘ Soutenir et renforcer les associations locales
- ✘ Coordonner les différents acteurs
- ✘ Favoriser la formation de personnels de santé Mahorais. Inciter au retour dans le département des médecins mahorais formés en métropole.
- ✘ Mobiliser les forces vives de Mayotte (généralistes, pharmaciens, kadis...)
- ✘ Nécessaire implication de la France (AFD, FCR,) dans la région au sens large (Comores, Madagascar) sur les questions de VIH.

## Remerciements :

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont accepté de nous rencontrer, de donner de leur temps afin que nous puissions réaliser cette mission dans les meilleures conditions possibles.

- Christophe VÉNIEN : Délégué du Secours Catholique de Mayotte
- Moncef MOUHOUDOIRE : Président de l'association Nariké M'SADA
- Marie FERRE : Coordinatrice de la mission MDM et Brice DAVERTON : médecin
- Marie Hélène LECENNE : Directrice de l'ARS de MAYOTTE
- AZIDA KARTOIBI : Directeur de l'IREPS
- Françoise GUILLEMAUD : Consultante
- Anne Marie LIMBERGER : Médecin au CDAG et au Service hospitalier VIH :
- Lionel CONAN : Président du REVIST (Réseau Ville Hôpital) Médecin Cancérologue au CHM
- Maxime AHRWEILLER: Préfecture, stagiaire ENA assurant l'intérim de la sous-préfète : Sylvie ESPECIER

Un merci particulier à Antoine Math que nous avons rencontré et qui nous a parlé longuement de la situation Mahoraise. Des passages de ses publications (*Chronique internationale de l'IREs* n°134, janvier 2012, [www.ires.fr](http://www.ires.fr)) sont utilisés pour expliquer la situation de Mayotte. Qu'il soit ici remercié tant pour son travail que pour sa disponibilité et la qualité de ses informations.

## Sommaire

<b>Mayotte : Un nouveau département et une île méconnue .....</b>	<b>5</b>
1. En quelques chiffres (Wikipédia) .....	5
2. Enseignement .....	6
4. VIH : L'Etat des Connaissances.....	11
<b>MAYOTTE : La situation telle qu'elle nous a été décrite.....</b>	<b>12</b>
2. Une immigration difficilement canalisable .....	12
3. Une population scolarisable en explosion (plus 5000 élèves par an).....	12
4. Un manque criant de médecins et de personnels infirmiers.....	13
5. Une absence de remontée de données épidémiologique et en particulier des Données Obligatoires.....	13
6. Une absence de société civile organisée .....	13
7. Un département avec des lois d'exceptions (CMU...).....	14
8. Place du VIH/sida dans l'environnement Mahorais.....	15
9. L'ARS favorable aux TROD mais réalisés par des professionnels exclusivement .....	16

# Mayotte : Un nouveau département et une île méconnue

---

## 1. En quelques chiffres et en quelques lignes (Source Wikipédia)

<b>Cantons</b>	19
<b>Communes</b>	17
<b>Conseil général</b>	Conseil général de Mayotte
<b>Président</b>	Daniel Zaïdani 2011-2014
<b>Préfet</b>	Thomas Degos

### Démographie

<b>Population</b>	212 645 hab. (2012) (dont probablement environ 50000 sans papiers - lors du recensement de 2007, 41 % des personnes étaient étrangères, parmi lesquels on pouvait estimer que les trois-quarts étaient en situation irrégulière)
<b>Densité</b>	566 hab/km <sup>2</sup>
<b>Langue officielle</b>	Français
<b>Langue(s) régionale(s)</b>	Shimaoré (forme du Comorien parlée à Mayotte, langue bantoue proche du swahili), Shibushi (malgache sakalave, langue austronésienne), autres formes du Comorien
<b>Superficie</b>	376 km <sup>2</sup>

**Mayotte** (appelée aussi Maore en shimaoré) est un collectivités d'outre-mer (COM) français de l'océan Indien situé dans l'archipel des Comores, lui-même localisé dans le canal du Mozambique, et dont le chef-lieu est Mamoudzou, la plus grande ville du territoire. Mayotte est constituée de deux îles principales, Grande-Terre et Petite-Terre, et de plusieurs autres petites îles, dont Mtsamboro, Mbouzi et Bandrélé. ». Ses habitants sont appelés les Mahorais.

L'île est vendue à la France par le sultan Andriantsoly le 25 avril 1841. En 1886, le reste de l'archipel composé de la Grande Comore, Mohéli et Anjouan forme un protectorat sous la direction du gouverneur de Mayotte. En 1958, l'administration quitte Dzaoudzi pour Moroni ce qui provoque le mécontentement des Mahorais. Georges Nahouda fonde alors le Congrès des Notables qui réclame la départementalisation. Zéna M'Déré rentre à Mayotte en 1966 et prend la tête du mouvement des chatouilleuses. Le 22 décembre 1974, la France organise aux Comores un référendum pour plébisciter l'indépendance de l'archipel mais les Mahorais votent pour le maintien de leur île au sein de la République française. Un second référendum est organisé le

8 février 1976, qui confirme ce choix par 99,4 % (82,3 % des inscrits). Néanmoins l'Union des Comores revendique toujours Mayotte.

À la suite de la consultation référendaire de la population du 29 mars 2009 (95,2 % de votes favorables), qui concernait la population locale, Mayotte est devenu un département d'outre-mer à assemblée délibérante unique de la République française le 31 mars 2011.

En 2012, la population de Mayotte s'élevait à 212 645 habitants répartie sur une superficie de 376 km<sup>2</sup>. Elle a ainsi la plus forte densité de population de la France d'outre-mer, avec 566 hab/km<sup>2</sup>.

## 2. Enseignement

En 2011/2012, Mayotte compte près de 82.300 élèves répartis dans 223 établissements scolaires (195 écoles, 18 collèges, 10 lycées). La population scolaire a augmenté de 5 % par an en moyenne ces dernières années. Depuis 2007, l'ambition principale de l'académie est de permettre une meilleure maîtrise du français, qui passe par l'intégration progressive des enfants de moins de six ans. 4.355 enfants de 3 ans ont ainsi été préscolarisés en 2009, et rejoignent les 5.600 enfants de 4 ans et les 5.7000 enfants de 5 ans scolarisés en préélémentaire.

Mayotte compte 19 collèges et 10 lycées qui accueillent en 2011/2012 21.305 collégiens et 10.393 lycéens.

L'enseignement supérieur est une compétence du Ministère de l'Education Nationale. Cependant la Collectivité Départementale intervient dans ce domaine et gère le CEFSM (Centre d'Etudes et de Formations Supérieures de Mayotte). En partenariat avec des universités de Métropole et de la Réunion, des formations juridiques, de langues, de gestion administrative, économique ou financière jusqu'à la troisième année y sont dispensées.

Des filières courtes après le baccalauréat existent au sein des lycées de l'île, tel que les Brevets de Technicien Supérieur (BTS).

En ce qui concerne les filières longues, certaines formations supérieures sont dispensées grâce aux relations de partenariat établies entre des organismes locaux avec d'autres universités, tel que des universités réunionnaises et métropolitaines. Même si un premier centre universitaire vient de voir le jour à la rentrée 2012, la plupart des bacheliers souhaitant poursuivre leur scolarité doivent se rendre à la Réunion ou en Métropole.

## 3. Protection sociale - Santé

Le régime de Sécurité Sociale mis en place en avril 2004, a permis l'introduction de l'assurance maladie dans les mêmes conditions que le régime de base de Sécurité Sociale de métropole. Il fixe notamment les règles concernant le ticket modérateur à la charge de l'assuré et donc du remboursement des frais de consultations chez les médecins, d'achat de médicaments, etc.

En 2004, la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM) succède à la Caisse de Prévoyance Sociale de Mayotte, assurant ainsi en tant qu'un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public les remboursements des frais de soins. Des modalités de remboursement des

frais de soins hors de Mayotte et hors du territoire national sont également prévues. Le remboursement de ces frais est également assuré par la CSSM.

La CSSM prend en charge les indemnités journalières de maladie et de maternité des salariés. Pour les fonctionnaires et agents publics, les indemnités journalières de maladie et de maternité sont prises en charge par l'employeur selon les règles prévues par leurs statuts respectifs.

Dans le système public (le Centre Hospitalier de Mamoudzou, son antenne de Dzaoudzi, les maternités rurales et les dispensaires) la gratuité des soins a été maintenue pour les français et étrangers en situation régulière. En revanche, et afin de lutter contre l'important phénomène de l'immigration clandestine, les étrangers en situation irrégulière amenés à fréquenter le système public sont soumis, depuis avril 2004, au paiement d'une consignation. Il n'existe pas d'aide médicale de l'Etat (AME). Une disposition du code la santé publique permet l'accès aux soins des personnes non affiliées à la sécurité sociale, mais uniquement à l'hôpital, uniquement en cas de soins urgents et vitaux et uniquement pour les personnes impécunieuses. A partir de l'été 2009, un dispositif pour les enfants bricolés localement, et appelé « bons roses », devait permettre un accès aux soins à l'hôpital de tous les enfants, mais ce dispositif fonctionnait mal. Depuis une modification législative intervenue en mai 2012, les enfants, ainsi que les enfants à naître et les femmes enceintes, devraient désormais accéder aux soins sans avoir à verser de provision et sans obstacles, mais la disposition n'est pas encore appliquée ou très mal.

À Mayotte, l'offre de soins relève essentiellement des structures publiques. En 2007, le système de santé repose sur quatre entités complémentaires : le Centre hospitalier de Mayotte, les centres de soins ruraux, les hôpitaux intercommunaux ainsi que le secteur privé libéral, qui reste toutefois limité.

Le Centre hospitalier de Mayotte (CHM) est un établissement public de santé doté d'une autonomie administrative et financière depuis le 1er avril 1997. L'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) de La Réunion et de Mayotte exercent les missions de contrôle et de tutelle sur l'hôpital situé à Mamoudzou, il regroupe l'essentiel du plateau technique et assure les consultations spécialisées, les hospitalisations, les actes chirurgicaux et plus de la moitié des accouchements dans l'île.

Le CHM a aujourd'hui la responsabilité de l'activité de soins dans presque tout le secteur public (capacité d'accueil de près de 270 lits). Les maternités rurales ont été rattachées au CHM en 2000 tandis que la gestion des dispensaires ruraux relève, depuis le 1er janvier 2004, du CHM.

Une cotisation de 2 % assise sur l'ensemble des revenus représente la contribution des assurés au fonctionnement du nouveau Centre hospitalier. Cette cotisation est prélevée par la caisse de sécurité sociale Mayotte, chargée de gérer le régime d'assurance maladie - maternité. Mais l'essentiel des recettes de fonctionnement de l'hôpital est issu de l'Assurance maladie (82 %) et de deux subventions fixes de fonctionnement de l'Etat (5,5 %) et de la Collectivité départementale (5,5 %).

Un réseau d'une quinzaine de dispensaires médico-sociaux assure des soins primaires de proximité ainsi que des actions de prévention.

Il y a quatre hôpitaux intercommunaux, ou dispensaires de référence : antenne du CHM de Petite-Terre (Dzaoudzi), hôpital Sud (Chirongui), hôpital Centre (Kahani), hôpital Nord (Dzoumogné). Ces sites intercommunaux de niveau intermédiaire assurent une permanence médicale pour traiter les premières urgences, fournissent des consultations avancées de médecine générale et spécialisée et disposent d'une « maison de naissances ».

La Direction de la Solidarité et du Développement Social (DSDS) dépendant du Conseil Général de Mayotte a en charge plusieurs services de santé (le service de Protection Maternelle et Infantile, et le service « Actions de Santé » chargé de la lutte contre les infections transmissibles, le Sida et la tuberculose et la détermination de la dépendance des personnes âgées et des personnes handicapées)

**Tableau 1. Une population très jeune (2007)**

Age	Mayotte	France *
Moins de 15 ans	46 %	18,5 %
Moins de 20 ans	54 %	25,0 %
Moins de 30 ans	70 %	37,6 %
Plus de 60 ans	3,7 %	21,2 %
65 ans et plus	1,7 %	16,3 %

\* Métropole et 4 autres DOM.  
Source : INSEE

**Tableau 2. PIB par habitant en 2009 (en euros)**

Pays	PIB en
France	29 290 €
UE (27)	23 500 €
La Réunion	17 520 €
<b>Mayotte</b>	<b>6 570 €</b>
Comores	560 €
Tanzanie	320 €
Madagascar	300 €
Mozambique	270 €

Source : INSEE

Ayant un climat tropical humide, l'île souffre de nombreuses maladies infectieuses, aggravées dans un contexte de grande pauvreté et de mauvaises conditions de vie. On y rencontre des maladies liées à la malnutrition qui existent généralement dans les pays les plus pauvres. En fait, la situation nutritionnelle est préoccupante et se caractérise par deux facteurs: carences chez de nombreux enfants avec un régime alimentaire peu varié à base de riz, mais aussi un excès liés à la consommation croissante d'aliments bas de gamme et riches en sucres et en graisses (fritures, abats de volailles écoulés par l'Europe ou le Brésil), une alimentation relativement nouvelle sur l'île, issue du commerce mondialisé et diffusée avec les nouveaux modes de consommation «modernes» par l'industrie agro-alimentaire. En résumé, l'état de santé de la population est plutôt mauvais à Mayotte. L'espérance de vie y est de 74 ans, contre 81 ans en métropole. Sans chercher l'exhaustivité, nous donnons quelques illustrations en nous appuyant sur les enquêtes épidémiologiques ou de veille sanitaire pour montrer que si la situation a pu s'améliorer sur certains points, ce constat n'est pas valable pour tous les domaines et, surtout, l'île reste très en retard par rapport aux autres départements français.

Selon l'indice comparatif de mortalité – taux de mortalité obtenu en appliquant à Mayotte les taux de mortalité par âge de la métropole –, le risque d'une mort précoce y est beaucoup plus élevé: +84 % à Mayotte et +24 % à la Réunion (COABS, 2010). Le taux de mortalité des femmes

est très fort: l'indice comparatif montre que le risque de mourir pour une femme y est deux fois et demi plus élevé qu'en métropole.

La forte surmortalité à Mayotte (par rapport à la métropole) concerne surtout les maladies infectieuses, le diabète, les maladies de l'appareil circulatoire, et les complications de la grossesse et des accouchements.

La mortalité maternelle y est six fois plus élevée, la mortalité infantile quatre fois. Selon l'enquête périnatale 2010, le taux de prématurés (moins de 37 semaines d'aménorrhée) est beaucoup plus élevé à Mayotte: 13,2 % contre 7,4 % en métropole.

Le taux des petits poids à la naissance (< 2 500 grammes) est de 16 % à Mayotte contre 8 % en métropole (12,2 % à La Réunion). En ce qui concerne l'offre de soins, l'île souffre d'un manque de gynécologues obstétriciens, d'un manque de maternités facilement accessibles à une partie de la population et d'une couverture sociale défailante. En raison de la forte précarité et de la quasi-absence d'une médecine de ville accessible, les centres de Protection maternelle et infantile (PMI), passés de la compétence de l'Etat à celle du Conseil général en 2005, suivent 70 à 80 % des enfants contre environ 10 à 20 % en métropole et jusqu'à 40 % en Guadeloupe. Toutefois, leur développement reste très insuffisant.

En raison de la négligence ancienne des pouvoirs publics, la vaccination souffre d'un tel retard qu'elle ne permet pas d'éviter les épidémies. La première enquête de couverture vaccinale date de 2010. De très gros investissements ont été entrepris dans le système de santé depuis le début des années 2000 mais ils restent faibles en comparaison des autres régions. L'équipement en lits et places à l'hôpital devrait être trois fois plus important pour atteindre le niveau métropolitain. En chirurgie, le taux d'équipement est de 0,2 lit pour 2 000 habitants contre 0,9 à La Réunion et en Guyane et 1,65 en métropole. Le nombre de professionnels de santé reste aussi notoirement insuffisant. La densité médicale, bien qu'en augmentation, reste trois fois plus faible qu'à La Réunion et quatre fois plus faible qu'en métropole. Pour les dentistes, elle est dix fois plus faible. Certaines spécialités nécessaires sont totalement absentes de l'île.

En 2005, le système de santé organisé autour d'un hôpital et de dispensaires locaux ouverts gratuitement à tous, a été remplacé par un système d'assurance maladie (Sakoyan, 2006, 2010). Ce changement s'est traduit par l'introduction d'une médecine de ville libérale, un ticket modérateur à la charge de l'assuré, l'organisation du remboursement des frais de consultation des professionnels de santé et d'achat de médicaments. Cette médecine de ville libérale est toutefois restée très embryonnaire et, de fait, plutôt réservée aux plus favorisés avec, entre autres raisons, l'absence sur l'île de complémentaire CMU.

Cette réforme a conduit à l'exclusion d'environ un quart de la population de toute protection maladie et en conséquence souvent des soins. Les premiers exclus par la réforme de 2005 ont été les étrangers en situation irrégulière, et ce d'autant plus qu'il n'existe pas d'aide médicale d'Etat (AME) à Mayotte et que les dispositifs de soins d'urgence à l'hôpital restent trop souvent inaccessibles:

- ✘ paiement préalable d'une provision (il existe bien un dispositif prévu par le Code de la santé publique permettant l'exemption du paiement de la provision en cas de soins pour une affection grave et durable, ou encore un dispositif local dit de «bons enfants» ou «bons roses» élaboré par les responsables locaux pour faciliter l'accès des enfants mineurs et pour justifier politiquement le *statu quo*, mais ces dispositifs fonctionnent mal)
- ✘ refus de délivrance des soins

## peur des interpellations en raison de la chasse généralisée aux étrangers

Mais bien d'autres personnes en sont aussi exclues, dont les nombreux Mahorais qui ne parviennent pas à remplir les démarches administratives requises, souvent pour des raisons tenant aux pratiques des administrations et parfois pour des raisons liées à la langue dans un contexte d'absence de traducteurs. Sont aussi concernés ceux qui ne parviennent pas à justifier de leur état-civil.

L'état-civil, mis en place très récemment, n'est en effet toujours pas réalisé pour tous les habitants, en particulier les plus démunis ne connaissant pas le français et ne sachant s'y retrouver dans les démarches administratives. Les moyens consacrés à la justice sont dramatiquement insuffisants à Mayotte (Sénat, 2011). Or, sans état-civil, une personne n'a pas de droits sociaux et risque même l'expulsion.

La Caisse de sécurité sociale de Mayotte a répertorié 146 000 bénéficiaires (dont 80 000 assurés) au début 2009, ce qui laisserait de côté de l'ordre de 50 000 personnes. Une étude officielle confirme que, en 2008, au moins 40 000 personnes (dont environ 18 000 enfants) n'accéderaient pas à l'assurance maladie, parmi lesquelles les quatre cinquièmes seraient étrangers. Ces discriminations et carences des pouvoirs publics ont été documentées et dénoncées dans plusieurs réclamations associatives (Migrants outre-mer, 2009; Jolivet et al., 2010). La Haute autorité de lutte contre les discriminations (HALDE) a demandé la levée des discriminations, l'accès à l'assurance maladie pour tous les enfants et l'extension à Mayotte de l'AME pour les adultes sans papiers (Roulhac, 2010). Soutenu par l'association Médecins du Monde, un enfant handicapé dont la mère est sans papiers s'est vu reconnaître fin 2010 le droit pour lui-même à l'assurance maladie par le Tribunal des affaires de sécurité sociale (Rongé, 2011 ; Médecins du Monde, 2011a). L'administration a décidé de continuer à s'y opposer.

Les épidémiologistes et les autres professionnels de santé insistent sur l'absurdité de la situation. Une personne qui ne consulte qu'en dernière extrémité peut ignorer ses symptômes d'une maladie grave qui, prise en charge tardivement, ne pourra être efficacement soignée, et pourra conduire à l'aggravation voire au décès (grippe, cancer, tuberculose, diphtérie, VIH, etc.). L'exclusion d'environ un quart de la population de toute protection maladie est irresponsable au regard de la santé publique sur une île fortement touchée par les maladies infectieuses et les maladies liées à la grande pauvreté ou aux conditions de vie: bérubéri, fièvre de la vallée du Rift, tuberculose, paludisme, diphtérie, typhoïde, leptospirose, dengue, lèpre, gastro-entérites, diabètes, bronchiolites.... Une enquête de séroprévalence a montré ainsi que l'épidémie de chikungunya avait touché 38 % de la population en 2006 mais qu'une très faible proportion avait effectivement consulté.

## 4. VIH : L'Etat des Connaissances

Le VIH a été isolé il y a presque 30 ans en 1983. Depuis ce moment et après des millions de morts nous savons plusieurs choses :

- On peut en finir avec le sida
- Pour arriver à éradiquer les nouvelles contaminations dans le monde entier des conditions strictes sont requises :
- Lutter contre TOUTES les discriminations faites aux séropositifs et aux populations clef

- Promouvoir largement et permettre un accès facilité au dépistage
- Permettre aux personnes dépistées d'avoir accès précocement aux traitements les plus efficaces

Ce sont ces conditions qui doivent s'appliquer aussi bien dans les pays riches que dans le reste du monde. La France contribue au Fonds Mondial contre le sida, le Paludisme et la Tuberculose, à hauteur de 360 millions d'euros et est à ce titre le deuxième contributeur par habitants. Ce Fonds est réservé aux pays qui remplissent des conditions particulières en termes de richesse et d'épidémie.

## MAYOTTE : La situation telle qu'elle nous a été décrite

---

### 1. Une île partagée (Métro/Mahorais/ Comoriens et autres étrangers)

En effet, les trois communautés semblent cohabiter sans forcément se rencontrer et partager des événements de la vie quotidienne. Un sentiment d'injustice semble prévaloir, les Mahorais pensent ne pouvoir accéder à aucun financement, tous ces financements étant réservés aux « blancs ». Un certain racisme à l'égard des comoriens et encore plus des africains semble se développer sur l'île depuis la départementalisation. En particulier en termes de santé publique des reproches sont faits aux dirigeants locaux et à la France de plus s'occuper des « étrangers » que des Mahorais. Ces reproches sont sans fondement objectif, mais un accueil favorable est réservé en général à tout ce qui fait des « étrangers » des boucs émissaires des problèmes de l'île

### 2. Une immigration difficilement canalisable

Mayotte, à elle seule, totalise près de 50% des reconduites à la frontière de la France (près de 26000 cas en 2011). Les conditions au CRA sont inacceptables (cf. Rapport CGLPL/ ANNEXE)  
 Les 20 fonctionnaires jugés nécessaires pour sécuriser une île de cette dimension ont été portés à 140 membres de la PAF (police aux frontières), soit un surcoût de 2,3 millions € (frais de personnels et matériel), auquel il faut adjoindre celui des effectifs supplémentaires de gendarmerie qui s'élèvent à 941 000 € comprenant également les frais de reconduite à la frontière (76000 €) par l'intermédiaire d'un prestataire privé maritime (Source IFRAP 10/03/2009)

### 3. Une population scolarisable en explosion (plus 5000 élèves par an)

La dotation spéciale de construction et d'équipement scolaire introduite en 2003 pour contrebalancer l'absence d'une fiscalité locale suffisante a encore augmenté de 3,8% (puisque indexée sur le nombre d'enfants scolarisés) pour culminer en 2009 à 4 582 504 €. Dans le même temps, le budget de l'Education nationale croissait de 90% en 5 ans, passant de 117 millions d'€ à 222 millions en 2007. Les enfants de parents clandestins représentent 22,5% des élèves scolarisés à Mayotte soit environ 15 800 élèves. (Source : IFRAP 10/03/2009).

Compte tenu de la faible possibilité de débouchés sur l'île, la plupart des étudiants partis en Métropole ou à l'étranger ne reviennent pas.

#### 4. Un manque criant de médecins et de personnels infirmiers.

Dans l'île il existe une grande pénurie médicale. En 2011, 12 médecins libéraux ont quitté MAYOTTE. A ce jour nous avons pu comptabiliser une vingtaine de médecins libéraux, ce qui fait 1 médecin pour 10 000 habitants (alors que le taux pour la France est de 30 pour 10 000). Compte tenu de la faible densité médicale on pourrait penser que les cabinets médicaux soient sursaturés, ce qui n'est visiblement pas le cas. Devant payer les consultations et compte tenu des ressources très faibles de la population, ces cabinets médicaux sont essentiellement fréquentés par les plus aisés. A l'heure actuelle seulement la moitié des postes du CHM sont pourvus. Cette situation peut s'expliquer entre autres par la précarité des postes proposés (CDD), une situation sociale mal stabilisée depuis les émeutes de la vie chère en 2011, des difficultés de sécuriser des postes tenus par des médecins étrangers (problème d'un médecin Comorien obligé de renouveler son titre de séjour tous les 3 mois à la Préfecture). Tout ceci amène à réduire la qualité de la prise en charge médicale et d'épuiser le personnel médical par une surcharge de travail.

#### 5. Une absence de remontée de données épidémiologique et en particulier des Données Obligatoires.

L'ARS regrette l'absence de données sûres sur les maladies et déplore l'absence de retour des DO. Aucun chiffre officiel sur les cas de SIDA ne peut être cité de façon précise. C'est donc un combat d'opinions, certains affirmant que la file active déclarée (180 personnes) ne reflète absolument pas la réalité, d'autres que ces chiffres sont bons, mais tous s'entendent pour dire que la situation est explosive et que tous les ingrédients sont réunis pour que la « bombe explose » :

- ⌘ Précarité
- ⌘ Une classe dominante riche
- ⌘ Une forte immigration d'Afrique de l'Est
- ⌘ Un grand nombre d'abus sexuels
- ⌘ Des relations sexuelles nombreuses et variées
- ⌘ Une homosexualité cachée mais existante
- ⌘ Une prostitution de circonstance

Il s'ajoute à cela un très gros problème de TABOU autour du SIDA. La prise en charge est difficile, avec une absence de psychologues et d'éducation thérapeutique pour aider à l'observance des traitements.

#### 6. Une absence de société civile organisée

Du fait des tabous entourant le VIH, peu de Mahorais veulent ou peuvent s'investir, surtout s'ils sont porteurs du VIH. La plupart des structures que nous avons rencontrées sont tenues par des métropolitains qui sont sur l'île pour quelques années et puis retournent en Métropole

complètement épuisés. Pour beaucoup de Mahorais, la venue de fonctionnaires de Métropole se fait principalement pour des raisons financières, ce qui explique à leurs yeux leur manque d'investissement, sont visés en particulier les fonctionnaires de l'éducation Nationale. Les grèves qui ont secoué l'île fin 2011 et début 2012 à l'ASSURANCE MALADIE et l'ARS, n'ont eu que très peu de retentissement dans la population, si ce n'est auprès des professionnels de santé qui n'étaient plus remboursés (2 mois de grève). Les émeutes contre la vie chère, ont par ailleurs entraîné un retour en France d'un grand nombre de personnes

Par ailleurs, les problèmes sur l'île étant nombreux, divers et variés, le SIDA n'est ABSOLUMENT PAS une priorité dans les structures qui pourraient rencontrer des populations clefs (Secours Catholique, MDM, Croix Rouge...) toutes ont d'ailleurs développé des axes de travail en direction des jeunes mineurs, ou des enfants à travers de la rescolarisation ou de la santé.

## 7. Un département avec des lois d'exceptions (CMU...)

Un sentiment partagé par la plupart des personnes rencontrées est que Mayotte n'a pas d'existence propre (et même lors des réunions Régionales, colloques ou conférences, c'est La Réunion qui est invitée et pas Mayotte). Cette frustration renforce le repli des locaux sur eux-mêmes.

La CMU de base n'est pas applicable à Mayotte : Voilà ce que publie MDM dans le Bulletin épidémiologique : « Mayotte, île de l'archipel des Comores et 101e département français depuis avril 2011, ne dispose pas du dispositif de couverture maladie CMU (Couverture maladie universelle), ni de l'AME (Aide médicale de l'État). Leur mise en place n'est pas inscrite à l'agenda de la départementalisation qui s'étendra sur 15 années. Alors que les soins étaient gratuits pour tous jusqu'en 2005, la mise en place de la sécurité sociale s'est accompagnée de l'instauration d'un forfait allant de 10 à 300 euros selon les actes pour les personnes ne pouvant faire la preuve de leur nationalité française ou ne pouvant être affiliées à la sécurité sociale. Des bons d'accès permettant d'éviter l'avance de frais (« bons roses ») ont été mis en place par les institutions locales pour la consultation des enfants dans le système de soins public en 2008, mais ils sont peu connus des personnes et leurs modalités de délivrance sont variables d'un dispensaire à l'autre. Médecins du Monde (MDM) a ouvert un centre de soins pédiatriques, fin 2009, dans un quartier pauvre proche de la capitale Mamoudzou. En 2010, ce centre a effectué 5 286 consultations médicales pour 2 477 enfants. La quasi-totalité des personnes qui sont venues consulter à MDM étaient d'origine comorienne. Des liens familiaux, culturels et économiques ont existé de tout temps entre les îles de l'archipel des Comores. La migration est d'abord économique (>50%), puis familiale (25%) et, à la marge, sanitaire (4%).

Seuls 20% des enfants reçus dans le centre étaient affiliés à la sécurité sociale. Les trois-quarts des accompagnants méconnaissaient les « bons roses » et 72% d'entre eux indiquaient ne pas avoir eu recours aux soins pour des raisons économiques. S'ajoutait la peur de se déplacer pour 64% des personnes rencontrées, induite par les expulsions massives (26 000 expulsions pour un territoire de moins de 200 000 habitants en 2010). Un tiers des enfants présentaient un retard de recours aux soins, et les pathologies liées à la précarité des conditions de vie (habitat en tôle, difficultés d'accès à l'eau) et au contexte épidémiologique de l'île (paludisme, lèpre endémique, dengue) étaient aggravées par le cumul des obstacles à l'accès aux soins ».

## 8. Place du VIH/sida dans l'environnement Mahorais

La quasi-totalité des Mahorais est de confession musulmane. Cette religion est décrite (à Mayotte) comme étant modérée. Les sexualités ne se « parlent » pas, et restent totalement taboues. Malgré cela les rapports sexuels sont fréquents et nombreux.

Depuis la départementalisation (à priori) la polygamie est interdite sur le papier, la loi n'a bien sûr pas stoppé les pratiques. Les relations extra conjugales sont fréquentes : « derrière un couple se cachent toujours au moins deux autres personnes ». La découverte d'une séropositivité chez une femme mariée entraîne la plupart du temps son rejet par le mari et la famille. Elle se retrouve alors sans ressources, les prestations CAF restent versées au mari. Une prostitution de circonstance peut permettre la survie.

De nombreuses jeunes filles viennent au CDAG pour des dépistages. Les premières relations sexuelles sont très précoces. L'homosexualité et la bisexualité existent mais ne peuvent pas s'afficher. Le VIH/SIDA y est perçue comme une maladie de blancs (tout comme en Afrique dans les années 90).

L'IREPS, dont l'objectif principal est l'éducation à la santé, a eu pendant très longtemps comme thématique privilégiée le VIH/sida à travers des interventions dans les établissements scolaires et les associations villageoises. Récemment, à la demande de l'ARS, ce travail a dû s'interrompre au profit d'un accompagnement pour les acteurs associatifs. Dans les faits personne n'a réellement pris le relais. Aujourd'hui, l'IREPS reçoit des « outils » de métropoles (documents, affiches, préservatifs et gels), mais n'est plus présente sur le terrain.

Les structures communautaires d'accompagnement sont réduites à la portion congrue : une seule association recensée : Nariké M'sada, portée essentiellement par son président (dont les compétences sont reconnues par tous les acteurs) mais qui ne peut répondre à toutes les demandes (fort nombreuses) formulées par le service infectieux. L'association a mis en place un numéro vert (soutenu par l'entreprise privée SFR). Trois militants répondent sur cette ligne qui reçoit une quinzaine d'appels par jour. Mais le fort tabou autour du SIDA, limite considérablement l'implication de nouveaux bénévoles et en particulier de personnes vivant avec le VIH. Le peu de visibilité et d'action de cette structure l'empêche d'accéder à des financements qui lui permettraient d'attirer de nouveaux bénévoles. Le cercle vicieux est constitué. C'est pourtant autour d'une association forte, donnant de la visibilité aux PVVIH, mettant en œuvre des campagnes de prévention et de dépistage de proximité que doit pouvoir s'enclencher une véritable coordination entre tous les acteurs de la lutte et une appropriation par les mahorais d'une épidémie à ce jour très hospitalo-centrée.

Le président de Nariké M'sada a participé à la création du réseau Ville hôpital et en a été le premier coordinateur. Mais au bout de quelques semaines il a été remercié. Depuis les rapports sont tendus entre les deux structures ce qui ne simplifie pas la situation.

Le président du REVIST, est partant pour retisser des liens avec l'association Nariké M'sada et faire des actions communes. Les deux structures ont d'ailleurs décrit des projets similaires (TROD dans des bus déjà existants, enquêtes épidémiologiques, actions de terrain...).

La responsable du CDAG et du service Virologie décrit la situation de MAYOTTE sur le SIDA comme « scandaleuse », elle semble épuisée et surtout est potentiellement sur le départ. Sa file active déclarée est d'environ 180 personnes (adultes et enfants) mais prend en charge également 400 patients sous hépatites. Elle reçoit environ 30 nouveaux cas par an dont une douzaine dépistée au CDAG.

L'absence d'équipe pluridisciplinaire allonge considérablement le temps de consultation, sachant que 50% de ses patients sont sans papiers (parmi lesquels 38% de comoriens). Un temps très important est passé pour les formalités nécessaires à la prise en charge de ces personnes. Malgré une probable protection à travers la circoncision, tous les ingrédients sont réunis pour que la situation s'enflamme à court ou moyen terme.

Elle a pu généraliser la mise sous traitement et amener 97% des personnes traitées à avoir une charge virale indétectable.

## 9. L'ARS favorable aux TROD mais réalisés par des professionnels exclusivement

Pour arriver à endiguer les contaminations, il est indispensable de pouvoir dépister un maximum de personnes. Il semblerait qu'une formation (au TROD ?) ait eu lieu, mais il a été impossible de savoir qui a participé, et si cette formation a bien eu lieu.

La majorité des tests de dépistage sont effectués au cours de la grossesse.

### Données Statistiques

Sérologie	2011	Septembre 2012
<b>Sérologie HIV total</b>	<b>8571</b>	<b>4580</b>
négatif	8553	4571
positif	18	9
W.B positif	11	2
<b>Recherche AgHBS total</b>	<b>8773</b>	<b>4913</b>
négatif	8445	4728
Positif	328	185
<b>Sérologie Chlamydiae total</b>	<b>539 265</b>	
IgA > 1/32 <sup>ème</sup>	50	36
IgG > 1/32 <sup>ème</sup>	130	106
<b>Sérologie Syphilis total</b>	<b>8098</b>	<b>4361</b>
VDRL positif	133	55

Données recueillies sur l'ensemble des patients du Laboratoire de Mayotte

Ces chiffres ne tiennent pas compte du CDAG : **En 2011, 2373 tests effectués pour 12 positifs.**

L'absence d'étude épidémiologique est notée par l'ensemble des personnes rencontrées. A ce jour, une timide réflexion avec l'ORS de La Réunion semble s'esquisser, alors que cette situation perdure depuis des années et que le REVIST a été financé sur 2011 sans que cet objectif apparaisse clairement dans la convention, contrairement à ce qui nous a été affirmé (voir

Convention en annexe). Il est urgent de mettre en place des actions de dépistages en allant à la rencontre des populations vulnérables permettant d'outiller et d'alimenter les études, mais bien sûr pas uniquement pour « faire des chiffres » (on évitera, comme cela a été évoqué, de tester tous les entrants retenus au CRA sans remise de résultats !)

## ANNEXES

### ANNEXE 1

25 juillet 2010 *JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE* Texte 30 sur 57

Par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté

**Recommandations du 30 juin 2010 relatives au centre de rétention administrative de Pamandzi (Mayotte)**

Le centre de rétention administrative de Pamandzi (Mayotte) a été visité par quatre contrôleurs du contrôle général des lieux de privation de liberté les 26, 27, 28, 30 mai et le 4 juin 2009. Les observations factuelles recueillies au cours du contrôle ont été communiquées. Un projet de rapport a été adressé au directeur de la police aux frontières de Mayotte le 24 septembre 2009. En réponse, des observations datées du 14 octobre 2009 sont parvenues au Contrôleur général le 6 novembre 2009. Le rapport complet de la visite a été communiqué pour observations au ministre de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire, le 10 février 2010.

Le ministre a répondu le 27 mai 2010.

A la suite de cette procédure, et conformément à la loi no 2007-1545 du 30 octobre 2007, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a décidé de rendre publiques les recommandations suivantes :

1. La capacité du CRA est aujourd'hui fixée par les autorités locales à soixante places. Celle-ci devrait être établie sur des critères objectifs et strictement respectée.
2. Un arrêté préfectoral doit, conformément à la réglementation, désigner le service de police chargé de la garde du CRA et nommer le chef du CRA.
3. Les étrangers retenus doivent pouvoir comprendre, au moment de leur arrivée, la procédure qui leur est appliquée. Les fonctionnaires en charge de ces procédures doivent veiller à la bonne compréhension par le retenu de sa situation administrative et des droits afférents.
4. Les retenus doivent pouvoir être informés pour exercer leurs droits: le règlement intérieur doit être affiché et leur être remis. Une information concernant une ou des associations chargées d'informer et d'assister les retenus sur leurs droits doit être portée à leur connaissance. Le tableau de l'ordre des avocats doit être affiché.
5. La possibilité de demander l'asile est un droit fondamental. S'agissant de la formulation éventuelle d'une demande d'asile par des retenus lors de leur passage au centre de rétention de Pamandzi, les conditions d'un exercice effectif de ce droit, relatives notamment à l'information et l'assistance des demandeurs, doivent être remplies. Elles ne le sont pas aujourd'hui.
6. Du fait de la rétention des parents, 2 901 mineurs ont été admis au CRA en 2008 et 2711 ont été reconduits sans que soient toujours vérifiés avec certitude leur âge et leurs

attaches familiales. Cette situation ne peut perdurer; l'identification des personnes aux fins de placement en rétention et de reconduite exige une attention rigoureuse à l'identification des personnes, quelles que soient les difficultés propres à la situation locale. En cas d'impossibilité d'établir l'absence de liens familiaux, l'éloignement doit être proscrit.

7. La situation particulière des enfants abandonnés sur le territoire de Mayotte après la reconduite de leurs parents est préoccupante. Afin d'assurer leur hébergement et leur suivi éducatif, il est urgent de mettre en œuvre une organisation opérationnelle qui associe le service de l'aide sociale à l'enfance de la collectivité départementale et les services de l'Etat.
8. Les conditions d'hébergement sont indignes; le jour de la visite, 140 personnes, adultes et enfants, se trouvaient dans les deux salles de rétention dont la surface cumulée est de 137 m<sup>2</sup>:
  - les personnes retenues vivent dans une grande promiscuité et sans la moindre intimité
  - le centre n'est pas équipé de lit et chaque personne ne dispose pas de sa propre natte de couchage. Les personnes sont assises ou allongées par terre. Les enfants en bas âge sont dans les bras de leur mère et n'ont pas davantage de lit
  - les hommes ne peuvent se rendre librement aux toilettes et aux points d'eau
  - les toilettes à la turque et les cabines de douche sont en nombre insuffisant et dans un état dégradé; elles donnent directement dans le hall et sont fermées par un simple volet de séparation d'un mètre de hauteur et à cinquante centimètres du sol;
  - le carrelage mural est maculé de taches de sang séché provenant apparemment de moustiques écrasés. Il convient de remédier, sans attendre la construction d'un nouveau centre, à de telles situations.
9. Les conditions d'hygiène doivent être totalement réexaminées pour permettre aux retenus de vivre dans des conditions décentes:
  - l'occupation quasi permanente des salles d'hébergement ne permet pas, de fait, leur entretien quotidien.
  - bien que prévue par le règlement intérieur, aucune distribution de produits d'hygiène (brosse à dents, dentifrice, rasoir ou shampoing) n'est effectuée à l'arrivée
  - après la douche, la personne retenue ne dispose ni de serviette, ni de vêtement ou sous-vêtement propre
10. La confidentialité des entretiens doit être garantie:
  - l'unique poste téléphonique mis à disposition des personnes retenues ne permet pas que soit respectée la confidentialité des conversations du fait de son positionnement au milieu du hall et en face du bureau du chef de poste
  - l'association TAMA d'aide aux retenus effectue ses entretiens dans de mauvaises conditions, ne disposant ni de bureau ni de ligne téléphonique dédiées
11. Le centre de rétention administrative ne doit pas accueillir des personnes placées en garde à vue: il y existe une cellule dite de garde à vue qui n'a pas de raison d'être
12. Les exigences de la traçabilité doivent être rappelées aux fonctionnaires:

- le registre de fouille et celui dit d'APRF (arrêté préfectoral de reconduite à la frontière) révèlent des omissions. Ils doivent être tenus avec une plus grande rigueur
- la mise à l'écart des personnes dans le centre, en cas de trouble à l'ordre public ou de menace à la sécurité des autres étrangers retenus, n'est consignée dans aucun registre. Sa mise en œuvre doit relever d'une procédure formalisée
- les demandes de consultations médicales sont sélectionnées sans critère objectif par les fonctionnaires préposés à la garde. L'absence de tout enregistrement consignait les demandes de soins ne permet pas de connaître les suites qui y sont apportées

13. L'accueil des familles doit être prévu dans le centre. Les proches peuvent attendre aujourd'hui plusieurs heures, assis à même le sol, couverts de poussière à chaque entrée de véhicule dans le centre. Des bancs et des parasols doivent être mis à leur disposition et un muret de protection contre les projections de la route édifié.

J.-M. DELARUE

## ANNEXE 2



### CONVENTION DE FINANCEMENT

**ENTRE**

**D'une part,**

L'Agence de Santé Océan Indien, représentée par Madame Chantal de SINGLY, Directrice Générale,

**D'autre part,**

L'association dénommée "RESEAU VILLE HOPITAL IST - HEPATITES -SIDA » régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, dont le siège social est à Kawéni, BP 1096 à Mamoudzou (97600) désignée sous l'appellation « REVIIST 976 », représentée par son Président, Docteur Lionel CONAN

**Vu** le code de Santé Publique,

**Vu** la circulaire DHOS/03/CNAM 2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé,

**Vu** la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et notamment son article 129 3<sup>e</sup> alinéa,

**Vu** l'ordonnance n° 2010-331 du 25 mars 2010 portant extension et adaptation aux collectivités régies par l'article 74 de la Constitution, à la Nouvelle-Calédonie aux Terres australes et antarctiques françaises ainsi qu'à la Réunion et à la Guadeloupe de dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients , à la santé et aux territoires,

**Vu** le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences Régionales de Santé,

**Vu** le décret du 1<sup>er</sup> avril 2010 portant nomination des directeurs généraux des agences régionales de santé,

**Vu** l'arrêté du 31 mars 2010 portant fixation du budget primitif du premier exercice de l'Agence de Santé Océan Indien,

**Considérant** la demande de subvention présentée par le Docteur Lionel CONAN, Président de l'association REVIST 976

*Il est convenu ce qui suit :*

### **Article 1 : OBJET DE LA CONVENTION**

La présente convention définit les modalités de financement du « RESEAU VILLE HOPITAL IST - HEPATITES -SIDA » à hauteur de **cent mille euros**, au titre de la dotation 2011.

### **Article 2 : OBJET DU RESEAU ET OBJECTIFS POURSUIVIS**

Le réseau « REVIST 976 » a pour objet d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins des patients atteints d'hépatites, porteurs du virus HIV, ou atteints d'IST.

Les principaux objectifs poursuivis par le réseau sont :

1. **organiser** la prise en charge en réseau des patients atteints d'hépatites, porteurs du virus HIV, ou atteints d'IST de manière à réduire les complications individuelles liées à ces pathologies et les conséquences collectives de ces complications
2. **améliorer** les pratiques des professionnels par le développement des référentiels communs validés scientifiquement, la mise en place des outils de communication et la coordination entre les différents acteurs sanitaires et sociaux intervenant autour des atteints d'hépatites, porteurs du virus HIV, ou atteints d'IST.
3. **développer** la prévention et la prise en charge coordonnée médico-psycho-sociale des personnes atteintes de ces pathologies infectieuses.

4. **élaborer** des outils d'information pour sensibiliser la population et les professionnels de santé.
5. **mettre en place** une formation initiale des professionnels de santé et du social dans les domaines de compétences de l'association et pérenniser cette formation pour l'actualiser.
6. **faciliter** l'accès aux droits des populations vulnérables et précaires.
7. **promouvoir** l'éducation des patients atteints par ces pathologies et la prévention pour la santé.

### **Article 3 : MONTANT DE LA SUBVENTION ET MODALITES DE VERSEMENT**

Le montant de la contribution de l'Agence de Santé Océan Indien pour l'année 2011, s'élève à 100 000 euros (cent mille euros), prélevé sur les crédits de l'Agence de Santé Océan Indien.

Il est procédé à un versement en une seule fois, après signature de la présente convention.

Le versement de la contribution sera effectué dans son intégralité, selon les procédures comptables en vigueur, sur le compte courant de l'association dont l'intitulé exact est : compte n° **51562339010**, clé **57**, code établissement **12169**, code guichet **00047**, ouvert auprès de la Banque de la Réunion, Agence de Kawéni-Mamoudzou.

Le comptable assignataire chargé du paiement est l'Agent Comptable de l'agence

### **Article 4 : OBLIGATIONS DU PROMOTEUR**

L'association s'engage à mettre en œuvre tous les moyens nécessaires à la réalisation de l'action désignée à l'article 2 conformément au projet déposé.

L'association s'engage à mentionner dans tout support de communication interne et externe relatif à ses actions, le soutien de l'Agence de Santé Océan Indien et à valoriser l'intégration de l'action à la politique régionale de santé publique de la Réunion-Mayotte.

**En outre, l'association s'engage à :**

- fournir un compte-rendu d'exécution dans les six mois suivant la réalisation, avant le 1<sup>er</sup> juillet au plus tard de l'année suivante.
- adopter un cadre budgétaire et comptable conforme au règlement n°99-01 du 16 février 1999 du comité de la réglementation comptable relatif aux modalités d'établissement des comptes annuels des associations et fondations, homologué par arrêté interministériel en date du 8 avril 1999.
- fournir un bilan financier trimestriel des dépenses engagées avec remise des justificatifs de dépenses

- mettre en œuvre une démarche d'évaluation des actions financées.

#### **Article 5 : MODALITES DE LA COLLABORATION AVEC LES ASSOCIATIONS INTERVENANT DANS LE CHAMP DE L'IST/VIH/SIDA**

Les associations financées par l'Agence de Santé Océan Indien et travaillant dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les IST/VIH/SIDA sont appelées à créer des synergies, à concilier leur savoir-faire et à définir les modalités de partages de moyens humains et matériels, de services et d'outils.

Dans cet objectif, le réseau et ces associations sont fortement incités à établir entre eux une convention de partenariat précisant les engagements de chaque signataire.

#### **Article 6 : MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION**

L'Agence de Santé Océan Indien assure le suivi de la bonne exécution de l'action menée par l'association conformément aux modalités décrites dans le projet déposé.

Chaque année, **au plus tard le 31 mars**, le réseau financé transmet un rapport d'activité de l'année N-1, dans lequel il s'attache à montrer, à partir de la tenue d'un tableau de bord, la réalité de son fonctionnement (le nombre de personnel employé, les partenariats conclus, etc), l'intérêt médical, social du dispositif mis en place.

En outre, seront mis en place les indicateurs suivants afin d'évaluer la pertinence de l'action du réseau:

- le nombre de personnes atteintes du SIDA, d'une IST ou d'une hépatite prises en charge par le réseau
- le nombre de professionnels de santé participants aux actions du réseau
- le nombre de formations organisées ainsi que le nombre de participants
- le nombre d'actions de prévention et de sensibilisation mises en place
- le nombre de supports en communication réalisés
- nombre de réunions pluridisciplinaires organisées
- le nombre de manifestations auxquelles le réseau a participé

#### **Article 7 : DUREE DE LA CONVENTION**

La convention est conclue pour l'année civile 2011.

### **Article 8 : MODIFICATIONS**

Toutes modifications des conditions ou modalités d'exécution de la présente convention, définies d'un commun accord entre les parties, feront l'objet d'un avenant.

Celui-ci précisera les éléments modifiés sans que ceux-ci ne puissent conduire à remettre en cause les objectifs généraux définis à l'article 1<sup>er</sup>.

### **Article 9 : CONTROLE**

Conformément aux dispositions de l'article 10 de la loi du 12 avril 2000, l'association s'engage à faciliter à tout moment, le contrôle par l'administration de la réalisation de l'objectif, notamment par l'accès à toutes pièces justificatives des dépenses et tout autre document dont la production sera jugée utile.

### **Article 10 : RESILIATION**

En cas de non-exécution ou d'exécution partielle, l'Agence de Santé Océan Indien se réserve le droit de mettre fin à son aide et d'exiger le reversement total ou partiel des sommes perçues au titre de la convention.

D'autre part, au cas où tout ou partie des sommes versées n'ont pas été utilisées ou ont été utilisées à des fins autres que celles prévues par la convention, l'Agence de Santé Océan Indien exigera le reversement des sommes indûment perçues.

### **Article 11 : LITIGES ET CONTESTATIONS**

Les litiges éventuels entre les deux parties du fait de l'exécution de la présente convention relèvent du Tribunal Administratif de Saint Denis.

### **Article 12 : EXECUTION DE LA CONVENTION**

La Directrice Générale de l'Agence de Santé Océan Indien, l'Agent Comptable et l'Autorité chargée du contrôle Economique et Financier sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente convention.

Fait en 5 exemplaires,

Saint Denis le

Le Président de l'Association,

La Directrice Générale de l'Agence de  
Santé Océan Indien

Le contrôleur financier

### ANNEXE 3

**Association : "NARIKE M'SADA" ASSOCIATION DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (I.S.T.).**

*Identification R.N.A. : W9T1001476*

*No de parution : 20110038*

*Département (Région) : Mayotte (Outre-Mer)*

*Lieu parution : Déclaration à la préfecture de Mayotte.*

*Type d'annonce : ASSOCIATION/MODIFICATION*

Déclaration à la préfecture de Mayotte. "NARIKE M'SADA" ASSOCIATION DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (I.S.T.). Nouvel objet : la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et notamment le VIH/SIDA, le développement de réponses aux besoins médicaux, juridiques, sociaux, matériels et psychologiques des personnes atteintes, la lutte contre les hépatites et particulièrement le VHC, la prévention des grossesses précoces et la contraception, elle travaille également à l'éducation thérapeutique, à l'éducation à la sexualité, à la protection de la santé, au sein de la définition de l'oms, les moyens prévus par Narike M'Sada pour y parvenir, sont notamment, l'accueil, l'information et la formation de tout public, l'entraide et le soutien aux personnes touchées et à leur entourage, l'action auprès des pouvoirs publics et auprès de toute institution représentative, le partenariat associatif. Siège social : Lotissement des 3 vallées, 97690 Koungou. Transféré ; nouvelle adresse : 6 Immeuble manga papaye, rue du stade cavani, 97600 Mamoudzou. Date de la déclaration : 5 avril 2011.