



© MdM

MAYOTTE

OU LES DÉSILLUSIONS D'UN DÉPARTEMENT FRANÇAIS

En 2011, Mayotte est devenue le 101^e département français. Cette départementalisation nécessite un rattrapage en matière de développement économique mais également de droits sociaux et de santé. En termes de protection sociale, les dispositions applicables à Mayotte sont encore spécifiques. De fait, un quart de la population est exclu de toute protection maladie, et donc souvent des soins. ■

LES POINTS ESSENTIELS

- **En 2011, seuls 21 % des enfants ayant consulté le centre pédiatrique de Médecins du Monde sont affiliés à la Sécurité sociale. Parmi ceux qui devraient être affiliés, c'est-à-dire ayant au moins un parent français ou en situation régulière, moins de la moitié le sont effectivement.**
- **Selon une enquête réalisée en 2011, 7,3 % des enfants consultants souffrent de malnutrition aiguë.**
- **Les obstacles à l'accès aux soins sont nombreux et marqués par d'importantes difficultés et par peur de se déplacer, ainsi que par une méconnaissance du dispositif des « bons roses » censés faciliter l'accès aux soins des enfants non affiliés.**
- **Plus d'un tiers des enfants accueillis au centre pédiatrique et 46 % de ceux vus en consultations mobiles auraient renoncé à des soins au cours des 6 derniers mois.**

Petite île de l'océan Indien d'une superficie de 374 km² et d'environ 200 000 habitants, située à l'entrée nord du canal du Mozambique, Mayotte fait partie de l'archipel géographique des Comores, composé également de Grande Comore, Anjouan et Mohéli. En 1975, alors que les trois autres îles deviennent indépendantes, Mayotte reste dans le giron de la France, en violation du droit international. En 1995, l'instauration du « visa Balladur » empêche la circulation libre entre les quatre îles de l'archipel. Au fil des années, les parents, les frères, les cousins comoriens sont devenus à Mayotte des « clandestins ».

Pour Mayotte, l'année 2011 aura été marquante sur le plan politique et social. En effet, le 31 mars 2011, Mayotte est devenue le 101^e département français et le 5^e département d'outre-mer. Mais la départementalisation effective nécessite un rattrapage en matière de santé, de droits sociaux, de développement économique... estimé entre 20 et 30 ans. À l'automne 2011, le nouveau département connaît un mouvement social dur « contre la vie chère », qui durera 46 jours. La politique migratoire de la France s'est considérablement radicalisée depuis quelques années, y compris à Mayotte, où 21 762 personnes, dont 5 389 mineures ont été expulsées en 2011⁽¹²¹⁾, soit presque 11 % de la population, soit à peu près autant d'expulsions que pour tout l'Hexagone...

En termes de protection sociale, les dispositions applicables à Mayotte sont spécifiques, distinctes de celles en vigueur en métropole. Le dispositif de sécurité sociale mis en place depuis 2005 a modifié l'offre de soins, supprimant progressivement le système de dispensaires ouverts gratuitement à tous. Il exclut les personnes qui ne peuvent pas satisfaire aux conditions administratives requises. Il s'agit des étrangers sans titre de séjour (pour la plupart comoriens), mais aussi d'une partie de

la population mahoraise dans l'incapacité de justifier son état civil ou de présenter d'autres documents exigés (justificatif de domicile...). Au total, l'introduction du système d'assurance maladie a conduit à l'exclusion d'environ un quart de la population de toute protection maladie, et donc souvent des soins⁽¹²²⁾.

Les soins restent théoriquement gratuits dans le service public pour les Mahorais et les étrangers en situation régulière, qui bénéficient de la sécurité sociale. Pourtant, l'accès aux droits n'est pas simple, puisque les plus précaires ne sont pas toujours affiliés, et que la CMU complémentaire n'existe pas.

De plus, l'aide médicale de l'État (AME) n'existe pas, la Pass ne propose pas de consultations médicales et la circulaire relative à la création du Fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV) n'est pas applicable à Mayotte. Un dispositif spécifique à Mayotte est prévu permettant l'exemption du paiement de la provision en cas de nécessité de soins urgents, mais il fonctionne mal et la définition des soins urgents est plus restrictive. Les personnes en situation irrégulière, soit environ un tiers de la population, doivent ainsi s'acquitter d'un forfait (de l'ordre de 10 euros pour une consultation de médecine générale à 300 euros pour un accouchement⁽¹²³⁾) souvent élevé au regard de leurs moyens financiers (1 habitant sur 5 gagne moins de 100 euros par mois⁽¹²⁴⁾). Seules sont prises en charge financièrement les pathologies pour lesquelles le défaut de soins peut entraîner une altération grave et durable de l'état de santé et les maladies transmissibles graves. Les enfants de personnes sans papiers ou les mineurs isolés n'ont accès à aucun type d'assurance maladie. Ainsi, seuls peuvent être affiliés en qualité d'ayants droit les enfants à charge d'un parent français résidant à Mayotte ou d'un parent étranger en situation régulière. Mayotte affichait en 2007 une surmortalité générale par rapport

(121) Chiffres annoncés par la préfecture de Mayotte en février 2012 (<http://www.malango-actualite.fr>).

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

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

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

à la métropole de 84 %¹²⁵. La mortalité maternelle y est 6 fois plus élevée, la mortalité infantile 4 fois¹²⁶ plus élevée.

En 2008, les associations Aides, la Cimade, le Gisti, Médecins du Monde et le Collectif migrants outre-mer ont saisi la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde) et la Défenseure des enfants pour dénoncer le caractère discriminatoire du dispositif spécifique de prise en charge maladie à Mayotte. La venue de la Défenseure des enfants en 2008 a montré que la situation des enfants est particulièrement alarmante, aussi bien pour l'accès aux soins que pour l'application de leurs droits (éducation, droit de vivre en famille, non-respect du droit international...)¹²⁷. La Halde a également souligné la violation manifeste de la Convention internationale des droits de l'enfant et 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 papiers¹²⁸.

En août 2009, un système de « bons enfants » ou « bons roses » a été mis en place localement : le bureau des entrées de l'hôpital ou du dispensaire doit théoriquement délivrer un « bon enfant » aux enfants non affiliés pour permettre l'exemption de la provision. Ce système, censé faciliter l'accès aux soins des mineurs, fonctionne en réalité très mal : les bons sont attribués de manière totalement aléatoire. Officiellement, il maintient la distinction entre soins urgents (« affection grave et durable ») et soins courants, seuls les premiers permettant une exonération de la provision. Il ne permet pas non plus une prise en charge des soins délivrés par les professionnels du secteur libéral. Cela dissuade les personnes de faire soigner les enfants en dehors de situations extrêmes et expose donc indéniablement ceux-ci à des risques de santé.

Récemment, à la suite d'une procédure par Médecins du Monde, le tribunal des affaires de sécurité sociale (Tass) de Mamoudzou a jugé que le droit de la santé en vigueur à Mayotte était contraire à la Convention internationale des droits de l'enfant et a condamné la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) à procéder à l'affiliation directe de l'enfant d'une mère en situation irrégulière, afin que son droit à la santé soit garanti¹²⁹. La CSSM a fait appel de la décision et multiplié les recours afin de retarder l'exécution de cette décision de justice. La décision de la chambre d'appel de Mamoudzou est attendue prochainement. C'est la première fois qu'un tribunal d'une part impose l'affiliation directe d'un mineur à une caisse de sécurité sociale, et d'autre part considère que le droit français dans le domaine de la santé est contraire à la Convention internationale des droits de l'enfant. Cette décision pourrait être une avancée considérable pour le respect du droit fondamental des enfants à la santé.

Un centre de soins pédiatriques et des consultations mobiles

Afin d'améliorer l'accès à la santé des enfants en situation de précarité, Médecins du Monde a ouvert en décembre 2009, dans un quartier de Majicavo Koropa, commune de Koungou, un centre de santé destiné aux mineurs où se tiennent des consultations médicales et sociales. Depuis mars 2010, des cliniques mobiles hebdomadaires sont également organisées sur différents sites auprès des populations précaires.

En 2011, la clinique mobile s'est déplacée successivement sur 4 sites (Combani, Tsararano, Choungui et Tsoundzou), en alternance avec le site « témoin » de Vahibé (tous les quinze jours tout au long de l'année), qui combinent une forte densité de population, un habitat indigne largement répandu, un accès à l'eau difficile, l'absence de dispensaire dans le village. En outre, de fréquents contrôles de police y sont effectués.

Depuis l'ouverture de ce programme, 10 937 consultations médicales ont été réalisées auprès de 3 969 enfants âgés de 0 à 18 ans. En 2011, le programme a enregistré 5 244 consultations médicales pour 2 438 enfants reçus. Parmi eux, 1 336 étaient des nouveaux patients. Parmi ces derniers, 66 % ont été rencontrés au centre de santé de Majicavo Koropa et 34 % ont été vus lors des cliniques mobiles hebdomadaires.

En 2011, parmi les enfants rencontrés, 61 % ont moins de 6 ans, 30 % ont entre 6 et 12 ans et près de 9 % ont 13 ans et plus. 90 % des enfants reçus sont nés à Mayotte. Les enfants non nés à Mayotte sont arrivés en bas âge (76 % des enfants de plus de 13 ans non nés à Mayotte sont arrivés sur le territoire depuis plus de 7 ans, plus de la moitié depuis plus de 10 ans). Parmi les enfants accueillis dans le programme, 69,8 % ont leurs deux parents étrangers, 27 % ont au moins un parent français et seuls 3,2 % ont leurs deux parents français. Les parents étrangers sont presque exclusivement comoriens avec 91 % de mères comoriennes et 73 % de pères comoriens. Enfin, 84 % des mères étrangères et 72 % des pères étrangers n'ont pas de titre de séjour.

Au jour de la première consultation, 7,1 % des enfants accueillis ont au moins un parent actuellement expulsé. Enfin, 6 % des enfants reçus ne vivent avec aucun de leurs parents le jour de la première consultation. Il s'agit dans 60 % des cas de situations qui durent depuis moins de 6 mois et dans 32 % des cas, depuis plus de 12 mois.

Durant la période d'expulsion des parents, l'accès aux soins des mineurs est particulièrement problématique. Les personnes qui accueillent des enfants dans l'attente d'un retour

(125) L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport entre le nombre de décès observés dans le département et le nombre de décès attendus, si les taux de mortalité par sexe et âge du département étaient identiques à ceux de la métropole.

(126) Math A., *ibid.*

(127) Défenseur des enfants, « *Regard de la Défenseure des enfants sur la situation des mineurs à Mayotte* », annexe au rapport, 2008, 23 pages.

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

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

potentiel des parents assurent le quotidien mais reportent généralement, sauf urgence, le suivi médical de ces enfants. Ces chiffres sont probablement sous-estimés ; si la personne qui accueille l'enfant se déplace tout de même vers le centre de santé, il est probable qu'elle se présente comme le parent de l'enfant, de peur que ce dernier ne soit pas reçu par le médecin ou par crainte d'attirer l'attention sur la situation. La reprise du suivi médical se fait généralement au retour d'un des parents.

**« UNE MÈRE DE FAMILLE EXPULSÉE
RETROUVE À SON RETOUR,
3 MOIS PLUS TARD,
DES FILLETES TRÈS AMAIGRIES »**

“ Le 18 avril 2012, une maman vient consulter pour ses jumelles de 18 mois pour une infection banale. La mère se montre inquiète car ses enfants ont beaucoup maigri. Elle explique qu'elle a été expulsée pendant 3 mois et qu'elle est de retour à Mayotte depuis quelques jours. Ses filles sont restées à Mayotte et étaient gardées par une voisine. Au premier coup d'œil, la maman a vu qu'elles avaient maigri. Avant son expulsion, la mère les allaitait encore. Depuis la dernière consultation, qui remontait à environ 5 mois, les fillettes ont perdu 1,400 et 1,460 kg. Elles ne sont pas pour autant descendues sous le seuil de malnutrition car elles portaient d'un bon poids.”

Une couverture vaccinale en régression

Selon la première enquête de couverture vaccinale à Mayotte de l'InVS, datant de 2010¹³⁰, même si des retards à la vaccination étaient constatés, les taux de couverture vaccinale étaient globalement satisfaisants pour les enfants nés entre

2005 et 2008 (mis à part le ROR). En revanche, ils étaient insuffisants pour les enfants nés entre 1999 et 2003 (sauf pour l'hépatite B et le BCG) et très faibles pour les adolescents.

L'état des vaccinations des enfants nouvellement reçus au centre pédiatrique en 2011 n'atteint pas la couverture optimale de 95 % pour le contrôle, voire l'élimination de ces maladies. Si les données collectées en 2010 semblaient encourageantes, on constate en 2011 une détérioration des résultats avec une diminution de 1,7 à 6,9 points sur les pourcentages selon les vaccins. Le statut vaccinal, quel que soit le vaccin, est inconnu pour environ 6 % des enfants (tableau 53).

Les résultats en baisse constatés sont probablement à mettre en lien avec la crise qui a sévi dans les 21 centres de PMI de Mayotte entre août et septembre 2011. Durant plus d'un mois, les PMI ont cessé toute vaccination. La grève était liée au non-respect des normes d'hygiène et de sécurité dans les locaux des PMI ainsi qu'à un important manque de personnel et de moyens pour la mise en œuvre de leurs missions, entraînant au niveau du personnel des glissements de compétences¹³¹. Rappelons qu'à Mayotte, en raison de la grande précarité et d'une quasi-absence de médecine de ville accessible, les centres de PMI suivent 70 à 80 % des enfants contre environ 10 à 20 % en métropole¹³².

Les problèmes de santé repérés lors des consultations sont liés dans 74 % des cas à une infection. Les viroses respiratoires et ORL, très fréquentes chez les enfants, restent le premier motif de consultation (53 %). Les pathologies dermatologiques sont également nombreuses (36 %).

Les conditions de vie difficiles favorisent les infections cutanées et leur récurrence : manque d'hygiène lié aux difficultés d'accès à l'eau et au savon, promiscuité. Pendant la saison des pluies, le taux d'humidité de l'air favorise plus encore les infections cutanées primaires telles que l'impétigo, les abcès, mais aussi les surinfections des autres pathologies dermatologiques présentes toute l'année : gale, dermatophytose, teigne.

Tableau 53 : État des vaccinations des enfants accueillis au centre pédiatrique de Mayotte, 2011

%	Vaccinés ¹	Non vaccinés	Retard vaccinal	Ne sait pas
ROR	69,0	19,5	5,5	6,1
DTP	66,0	10,4	18,1	5,5
Coqueluche	67,4	10,6	16,5	5,5
Hépatite B	87,6	1,9	4,2	6,3
BCG	80,8	12,5	0,0	6,7

¹ Sur la base du carnet de santé.

(130) Enquête de couverture vaccinale à Mayotte en 2010, ARS Océan Indien, InVS.

(131) Les 21 centres de PMI de Mayotte comptaient, en septembre 2011, 13 infirmiers et 4 puéricultrices, alors qu'avec 8 000 naissances annuelles ils devraient être 32. De plus, on comptait 4 médecins alors qu'il devrait y avoir un médecin par centre (source : Math A.).

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

Les caractéristiques de l'habitat des quartiers précaires de Mayotte génèrent plaies (habitat en tôle, non-ramassage des déchets dans des ruelles étroites et glissantes...) et brûlures (cuisine à même le sol sur des réchauds à pétrole ou au feu de bois) chez les enfants avec des risques de surinfections liés aux conditions d'hygiène. Les problèmes d'ordre digestif ont concerné 18 % des consultations. Il s'agit essentiellement de diarrhées associées aux viroses ORL chez les enfants en bas âge et/ou de problèmes parasitaires. Un problème dentaire est repéré dans 4 % des consultations.

➔ MALNUTRITION AIGUË INFANTILE À MAYOTTE : UNE SITUATION PRÉOCCUPANTE

Face à un nombre important d'enfants dépistés comme malnutris¹³³ lors des consultations de routine du centre pédiatrique de Koungou, Médecins du Monde a décidé, en 2011, de réaliser une enquête dans le but d'évaluer la situation nutritionnelle des enfants vus en consultations. Du 1^{er} avril au 1^{er} juillet 2011, 422 enfants ont ainsi été inclus dans l'enquête. Au total, 7,3 % des enfants consultants souffrent de malnutrition aiguë.

L'étude n'a pas permis de mettre en évidence des facteurs de risque socioéconomiques associés à la malnutrition aiguë. Toutefois, elle permet de constater que, parmi ces enfants issus de familles ayant des ressources financières faibles et précaires, l'accès aux services essentiels (tels que l'eau propre et l'électricité) reste rare (39,3 % n'avaient pas l'eau courante) et que certaines pratiques alimentaires propices à la détérioration du statut nutritionnel et de l'état de santé des enfants restent fortement ancrées dans les pratiques et habitudes.

Enfin, seule la moitié des enfants malnutris avaient un suivi en PMI et un quart bénéficiaient d'un traitement nutritionnel. Jusqu'à la fin de décembre 2009, les PMI avaient la possibilité de distribuer du lait enrichi et du Plumpy'nut¹³⁴. Cette distribution s'est arrêtée au début de 2010 et la prise en charge de la malnutrition sur l'île dans les PMI se limite désormais à un suivi du poids et à des conseils nutritionnels. Quelques organisations assurent des distributions ponctuelles ou des campagnes d'information pour une alimentation locale équilibrée. Actuellement, seuls les cas de malnutrition sévère associés à des complications médicales graves peuvent être pris en charge par l'hôpital de Mamoudzou. Pour ces enfants dépistés au niveau des centres de proximité Médecins du Monde, il n'existe donc pas de solution de prise en charge nutritionnelle adaptée.

À la suite de la parution des résultats de cette enquête et face au manque de solution, Médecins du Monde a décidé de mettre en place un traitement nutritionnel ambulatoire des enfants dépistés atteints de malnutrition sévère lors des consultations de routine du dispensaire et des actions mobiles.

Les difficultés d'accès aux droits et aux soins

Parmi les nouveaux enfants ayant consulté en 2011, 79 % ne sont pas affiliés à la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM). Les enfants ayant consulté au centre de santé de Majicavo Koropa sont davantage affiliés que ceux rencontrés en clinique mobile (respectivement 23 % et moins de 17 %). Parmi les enfants ayant consulté pour la première fois en 2011 et qui devraient être affiliés (c'est-à-dire dont au moins un des parents est français ou en situation régulière), moins de la moitié le sont effectivement.

Une étude réalisée en 2008 montre qu'au moins 40 000 personnes, dont 18 000 enfants, n'accèderaient pas à l'assurance maladie à Mayotte, parmi lesquelles les quatre cinquièmes seraient des étrangers. Ainsi, 78 % des Français seraient affiliés contre 47 % des étrangers¹³⁵.

Pour quasiment tous les enfants reçus, l'accompagnant déclare rencontrer des obstacles pour l'accès et la continuité des soins. Les obstacles les plus fréquents sont liés à l'éloignement des structures de santé (renvoyant aux difficultés et à une peur omniprésente de se déplacer), la méconnaissance des « bons roses », les difficultés financières, la barrière linguistique et les difficultés administratives.

Une difficulté et une peur permanente de se déplacer

En 2011, 79 % des accompagnants déclarent que le centre de santé ou l'hôpital est trop loin. Il s'agit du premier obstacle cité. Or une très large majorité des enfants ayant consulté au centre de santé de Majicavo Koropa vit dans ce village (84 %) ou dans les villages avoisinant. En cliniques mobiles, la totalité des enfants reçus sont issus des quartiers où se déroule l'action. Il peut paraître surprenant que cet obstacle soit si fréquemment cité, les distances entre les lieux de vie et les dispensaires ou l'hôpital étant généralement faibles. Mais on constate une importante difficulté à se déplacer, liée au coût des transports et à la peur.

Le coût des transports est cité comme un obstacle par 30 % des accompagnants ; rappelons qu'un aller-retour pour une personne en taxi collectif, principal moyen de transport, varie de 2,5 euros à 5 euros par personne, soit jusqu'à 10 euros pour 2 personnes.

La peur de se déplacer est citée comme obstacle dans 49 % des situations. La proportion atteint 62 % parmi les personnes rencontrées dans les cliniques mobiles.

(133) La malnutrition se définit par des apports inférieurs ou supérieurs aux besoins en nutriments et/ou micronutriments. La sous-nutrition engendre un changement des fonctions et de la composition corporelle, conséquence d'une augmentation de la morbi-mortalité. La malnutrition aiguë est qualifiée de modérée ou sévère en fonction du Z-score (définie comme la distance de la mesure à la moyenne en nombre d'écart-type) et est également dépistée par la mesure du périmètre brachial et des œdèmes bilatéraux.

(134) Il s'agit d'un aliment thérapeutique prêt à consommer à base d'arachide, à haute valeur énergétique et spécialement dédié à la réhabilitation nutritionnelle des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère.

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

L'intensification de la lutte contre l'immigration clandestine associée au risque d'accidents ou de décès lors d'un retour illégal par *kwasa kwasa*¹³⁶ engendrent un sentiment de peur et de stress permanent. L'anxiété liée à la menace quotidienne d'expulsion est exprimée au cours de presque toutes les consultations médicales, aussi bien par les parents que par les enfants eux-mêmes. Il est alors essentiel de proposer un lieu de consultation de proximité à ces populations.

En créant un centre de santé au cœur d'un quartier précaire et en organisant des cliniques mobiles, Médecins du Monde a ainsi privilégié la proximité pour éliminer l'obstacle de la distance à parcourir.

« UNE MAMAN N'OSE PLUS POURSUIVRE LA KINÉSITHÉRAPIE RESPIRATOIRE PRÉVUE POUR SA FILLETTE PAR PEUR DE SE FAIRE ARRÊTER SUR LE TRAJET »

“ Le lundi 9 janvier 2012, une mère emmène sa petite fille au centre de Médecins du Monde. Après consultation par le médecin, l'enfant est référée aux urgences. La mère s'y rend. Un traitement de kinésithérapie respiratoire est prescrit, nécessitant de se rendre tous les jours à l'hôpital.

Le 11 janvier 2012, sur le trajet vers l'hôpital, le père de cette petite fille se fait arrêter par la police aux frontières. Il appelle alors un ami afin que quelqu'un vienne chercher l'enfant, et il est emmené au centre de rétention administrative. La mère est alors venue raconter l'événement, signalant qu'elle n'ose plus poursuivre la kinésithérapie et qu'elle n'a pas pu retirer les médicaments à l'hôpital.” [Centre pédiatrique de Mayotte]

« UNE PETITE FILLE DE 8 ANS SE REND SEULE AU CENTRE PÉDIATRIQUE CAR SA MÈRE EST PARTIE SE CACHER À LA CAMPAGNE DE PEUR D'ÊTRE INTERPELLÉE »

“ Lors d'une clinique mobile à Vahibé en avril, une petite fille de 8 ans se présente seule, en pleurs, en disant qu'elle est malade. L'équipe demande où sont ses parents. La fillette répond que sa maman est partie se cacher à la campagne et lui a dit d'aller voir le médecin. Aucune des mères présentes dans la salle d'attente ne la connaît. Elle continue de pleurer et explique qu'elle a très mal à l'oreille. Devant son désarroi et les efforts faits pour se présenter à la consultation, le médecin accepte de voir l'enfant sous réserve qu'elle soit accompagnée d'un adulte la connaissant et connaissant la maman afin de lui

transmettre les informations de la consultation. Cette petite fille doit se gérer et se soigner seule parce que la mère se cache de peur d'être arrêtée.” [Centre pédiatrique de Mayotte]

Les « bons roses » : un bricolage qui ne permet pas l'accès aux soins gratuits des enfants

Comme évoqué, le système des « bons roses » a été mis en place en 2009 par le centre hospitalier de Mayotte¹³⁷ pour faciliter un accès aux soins des mineurs. Un bon de circulation doit être remis aux enfants non affiliés par l'agent d'accueil au bureau des entrées de la structure de soins, permettant de consulter un médecin, qui complète le bon selon qu'il s'agit de soins urgents ou courants. Cette disposition est censée permettre l'exemption de la provision pour les enfants non affiliés dont les parents ne peuvent payer.

Il s'agit en fait d'un système bricolé et peu clair, qui laisse une large marge d'interprétation aux différents acteurs, conduisant à l'arbitraire. En définitive, ces « bons enfants » semblent délivrés de manière totalement aléatoire et sont peu connus de la population, comme en témoigne la part importante des parents (71 %) déclarant ne pas connaître ce dispositif lorsqu'ils se rendent pour la première fois au centre pédiatrique ou à la clinique mobile. Dans le cadre des consultations au centre pédiatrique, les équipes de Médecins du Monde, dès l'accueil, informent les patients sur l'existence des ces bons et les possibilités d'y recourir au niveau des dispensaires et de l'hôpital dans l'objectif de les orienter au maximum vers les structures de soins existantes.

En l'absence d'information, les familles, persuadées d'avoir à payer pour la consultation et les soins de leur enfant, tendent à renoncer ou repousser les soins. Préalablement à la délivrance du « bon enfant », on relève également une pression de la part de l'agent d'accueil du centre hospitalier ou du dispensaire pour tenter d'obtenir le paiement de la provision. Cette pression génère souvent par la suite un arrêt des soins, par crainte d'avoir à payer et honte de ne pouvoir le faire.

Les difficultés financières pour la consultation ou le traitement sont citées dans 51 % des cas, et 69 % des cas lorsque les deux parents sont étrangers en situation irrégulière. Rappelons que la population de Mayotte est caractérisée par une grande pauvreté : 1 habitant sur 5 gagne moins de 100 euros par mois, le revenu annuel moyen est de 4 480 euros pour les Français de Mayotte et de 2 280 euros pour les étrangers vivant à Mayotte.

(136) Le *kwasa kwasa* est le nom comorien de petits canots de pêche rapides à fond plat souvent utilisés par les passeurs pour l'immigration clandestine à Mayotte.

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

Les difficultés administratives sont évoquées dans 29 % des situations

Le système administratif français est complexe et souvent difficile à comprendre, notamment en l'absence de culture administrative. De plus, il s'agit à Mayotte d'un système en transition, qui présente donc des caractéristiques et des freins particuliers. La réforme de l'état civil, relativement récente, n'est pas finalisée pour l'ensemble des personnes nées à Mayotte. Les personnes ne sont donc pas toujours en mesure de fournir un acte de naissance¹³⁸, nécessaire pour s'inscrire à la Sécurité sociale ou pour les demandes de titre de séjour. Certains agents d'accueil de la CSSM continuent d'exiger, pour le dépôt d'un dossier, des documents administratifs non obligatoires tels que les relevés d'identité bancaire, véritable obstacle pour les publics ne disposant pas de compte bancaire, ou encore le dépôt de dossier est refusé lorsque les personnes sont titulaires d'un récépissé de la préfecture alors que l'obtention d'un récépissé représente bien la preuve d'une présence régulière sur le territoire.

De plus, à Mayotte, les droits à la sécurité sociale sont ouverts pour la durée de validité du titre présenté. Ce qui a des conséquences importantes étant donné le nombre important de récépissés de trois mois accordés ainsi que les longs délais de traitement des dossiers. Il leur faut donc renouveler leur demande de couverture à chaque fois, ce qui implique souvent des interruptions de couverture entre les renouvellements.

Enfin, il faut souligner l'impossibilité d'affilier à la CSSM des enfants français, vivant sur le territoire de Mayotte, à la charge d'un parent non régularisé, et dont le parent français vit à La Réunion ou en métropole... Non affiliés, ces enfants français consultent au centre pédiatrique. Pourtant, le parent ayant la charge de l'enfant serait régularisable au titre de parent d'enfant français. On maintient ainsi dans la clandestinité des personnes qui ne devraient pas y être.

Plus d'une personne sur deux confrontée à des problèmes liés à la barrière linguistique

Cet obstacle est cité dans 58 % des situations, plus fréquemment lorsque les parents sont étrangers, mais elle apparaît toutefois dans 25 % des cas lorsque la mère est française et dans 47 % lorsque le père est français.

Le français est la langue officielle à Mayotte utilisée dans les institutions, mais il ne s'agit pas pour autant de la langue parlée au sein des foyers. Ainsi, la majorité des Mahorais ne parlent pas le français. Le mahorais (ou shimaoré) est la langue parlée par plus de deux tiers de la population¹³⁹, les autres parlant le shibushi¹⁴⁰.

La traduction apparaît comme un enjeu essentiel lors des consultations médicales. En effet, les médecins sont en majorité métropolitains et ne parlent pas la langue locale. Les aides-soignant(e)s assurent la traduction en fonction de leur disponibilité sans forcément être formé(e)s à cela. Des incompréhensions peuvent avoir lieu et avoir des conséquences sur le suivi médical. De plus, les patients craignent un manque de confidentialité du fait de la présence d'une tierce personne qui habite parfois le même village ou qui connaît des personnes en commun.

Des obstacles qui entraînent un retard de soins ou un renoncement fréquent

Ces obstacles ont pour conséquence de réduire l'accès aux soins des personnes résidant sur l'île en situation de grande précarité et/ou en situation irrégulière. Ainsi, en 2011, plus d'un tiers des enfants accueillis au centre pédiatrique et 46 % de ceux vus en consultations mobiles auraient renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois. De nombreux parents expriment un renoncement de principe : la conviction de ne pas être reçus en consultation du fait de l'impossibilité de payer le forfait, conjuguée au risque d'être interpellés en chemin, conduit à ne même plus tenter de se déplacer pour voir un médecin.

Enfin, pour 12,8 % des consultations médicales, le médecin a estimé qu'au moins un des problèmes de santé diagnostiqués aurait dû être pris en charge ou traité plus tôt. Le retard aux soins est plus fréquent chez les enfants vus en cliniques mobiles (22,2 %) que chez ceux vus au centre pédiatrique (10,4 %).

(138) Au moment de la mise en place de la Sécurité sociale, une pratique du centre hospitalier de Mayotte avait consisté à ne pas déclarer la naissance des enfants dont les parents n'avaient pas payé le forfait accouchement... Si cette pratique a cessé, certains enfants restent encore sans acte de naissance.

(139) Dialecte dérivé du Swahili.

(140) Proche des langues parlées à Madagascar.

➔ DES ENFANTS MALADES SÉPARÉS DE LEURS PARENTS

La régularisation pour raison médicale est particulièrement problématique à Mayotte, en particulier la régularisation en tant que parent ou accompagnant d'enfant malade. Les dossiers de demande de ce titre de séjour peuvent traîner pendant une dizaine de mois en moyenne, au terme desquels la préfecture multiplie la délivrance de récépissés de 3 mois et l'exigence, à chaque fois, de certificats médicaux provoquant ainsi une certaine lassitude des médecins.

Or, sans régularisation de la situation administrative des parents, l'accès aux soins des enfants est compliqué et chaque déplacement représente un risque d'arrestation, voire d'expulsion. Les expulsions de parents d'enfants malades sont ainsi fréquentes.



D. est une enfant de 11 ans souffrant d'une pathologie cardiaque sévère. Le 19 mai 2011, le père de D., seul représentant légal de la jeune fille sur le territoire, est interpellé. Apprenant cette arrestation, l'intervenant social de Médecins du Monde, qui a conseillé le père de D. dans ses démarches de régularisation en tant qu'accompagnant d'enfant malade, se rend à la préfecture pour exposer la situation au service « éloignement ». Il contacte le pédiatre, qui suit l'enfant, pour qu'il faxe un nouveau certificat médical. Malgré cette intervention, le père de D. a été expulsé dès le lendemain, faisant de l'enfant malade une mineure isolée." [Centre pédiatrique de Mayotte]

Par ailleurs, les évacuations sanitaires vers La Réunion ou la métropole se font souvent sans accompagnement, même pour des mineurs gravement malades, faute de la délivrance de titre de séjour pour les accompagnants.



A., née à Mayotte en 2008, est hospitalisée en région parisienne depuis décembre 2009. Dès cette date, les parents de l'enfant résidant à Mayotte ont sollicité un titre de séjour pour leur permettre de rendre visite à leur fille. Durant

presque 2 ans, la situation n'a pas bougé malgré les différents certificats médicaux et sociaux en provenance de la structure d'accueil en métropole spécifiant que la présence, même temporaire, des parents serait dans l'intérêt thérapeutique de l'enfant. De multiples convocations ont été délivrées à la mère, sans avancée d'une fois sur l'autre... Sans prendre en considération l'importance des liens familiaux dans le développement de l'enfant malade, il a été dit à plusieurs reprises à la mère que la prise en charge médicale en métropole était suffisante et que la demande d'un titre de séjour ne relevait pas d'un motif médical. L'équipe de Médecins du Monde a longuement expliqué la situation aux autorités pour tenter de convaincre de l'intérêt médical pour une enfant de 3 ans de voir sa mère mais aussi pour souligner la nécessaire humanité dans le traitement d'une telle situation. Début août 2011, le médecin inspecteur de santé publique a finalement accepté de délivrer un avis favorable. Au terme de plusieurs mois de bataille et du soutien intensif de Médecins du Monde et des parents, la mère finit par obtenir en septembre 2011 un récépissé de 3 mois accompagné d'un visa pour se rendre en métropole. Le centre de rééducation en métropole a pu mettre à disposition une chambre mère-enfant. Au terme du visa de 3 mois, aucune garantie n'a été donnée à la mère qu'elle pourrait ensuite revoir son enfant. Puis, dans la perspective d'une intervention chirurgicale en juin 2012, et du fait de la mobilisation une nouvelle fois de l'équipe de Médecins du Monde et de l'intervention de la Défenseure des enfants, la mère de l'enfant hospitalisée a pu obtenir un visa long séjour afin de rendre visite à son enfant et venir déposer en métropole une demande de titre de séjour d'accompagnant d'enfant malade. Lors de son séjour, seul un de ses deux autres enfants a pu l'accompagner. Quant au père, il n'est pour l'instant pas question de lui délivrer un titre de séjour." [Centre pédiatrique de Mayotte]