

# document de travail

janvier 2010

90

## Migration, santé et soins médicaux à Mayotte

Sophie Florence, ([florence@u707.jussieu.fr](mailto:florence@u707.jussieu.fr))

Jacques Lebas, ([jacques.lebas@sat.aphp.fr](mailto:jacques.lebas@sat.aphp.fr))

Pierre Chauvin, ([chauvin@u707.jussieu.fr](mailto:chauvin@u707.jussieu.fr))

Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins UMRS 707 (Inserm - UPMC)

Contact : Christophe Paquet, département Technique opérationnel (DTO), AFD, ([paquetc@afd.fr](mailto:paquetc@afd.fr))

### Département de la Recherche

Agence Française de Développement 5 rue Roland Barthes  
Direction de la Stratégie 75012 Paris - France  
Département de la Recherche [www.afd.fr](http://www.afd.fr)

## Remerciements

Cette étude a été effectuée dans le cadre d'une convention signée entre l'équipe DS3 et la division Santé et protection sociale de l'AFD. Elle a également fait l'objet d'une convention de partenariat entre l'Inserm (équipe DS3) et l'InVS (DIT/CIRE Réunion Mayotte) et d'une convention de collaboration entre l'Inserm (équipe DS3) et le CNAM de Mayotte pour la gestion financière et logistique locale.

Les auteurs remercient Marie-Odile Waty, Sarah Marniesse et Philippe Renault pour leur soutien, et pour leur contribution décisive à cette enquête :

- Madina Querre, anthropologue et Barbara Schuch, coordinatrice d'enquête, de l'équipe DS3 ;
- Isabelle Parizot, chercheur en sociologie au Centre Maurice Halbwachs (CNRS-EHESS-ENS) et chercheur associé dans l'équipe DS3 ;
- Mathieu Morando, directeur de l'antenne de l'Insee à Mayotte et Christophe Trouillard, démographe et statisticien dans cette antenne ;
- Jean-Luc Linhart, directeur de l'agence du Cnam à Mayotte et le personnel de l'agence pour leur accueil et l'appui logistique fourni ;
- Anouari Chanfi et Rastami Spelo de l'association Shime chargés de la formation des enquêteurs pour la traduction du questionnaire ;
- l'ensemble des enquêteurs ayant participé à cette étude ;
- les membres du comité de pilotage de l'enquête, représentant le Centre hospitalier de Mayotte et la Cellule de veille épidémiologique, la DASS de Mayotte, la direction de la Santé et du Développement social du Conseil général, le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Mayotte, l'antenne Insee de Mayotte ;
- les nombreuses personnalités auditionnées.

Notre gratitude va en priorité aux habitants de Mayotte dont l'accueil et la disponibilité ont été exemplaires. Leur confiance, dans un contexte souvent difficile, nous engage. Notre vœu est qu'elle soit récompensée en retour par une meilleure prise en compte de leurs besoins de santé et de soins.

## Avertissement

Le travail présenté dans ce document a été réalisé par l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins (DS3) de l'Unité mixte de recherche 707 (Inserm – université Pierre et Marie Curie), en partenariat avec la Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) Réunion Mayotte et le département international et tropical de l'Institut de veille sanitaire. Christophe Paquet, Vincent Pierre et Daouda Sissoko de l'InVS et de la CIRE Réunion Mayotte ont, au titre de ce partenariat, significativement contribué à la réalisation de ce travail. Pour autant, le contenu de ce document n'engage que ses auteurs. En particulier ni l'InVS, ni la CIRE Réunion Mayotte ne peuvent être tenus responsables des résultats présentés ici. Les analyses et conclusions de ce document sont formulées sous la responsabilité de ses auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'Agence Française de Développement ou des institutions partenaires.

**Lorsque les sources des tableaux et graphiques ne sont pas spécifiées, elles proviennent de données originales recueillies dans le cadre de l'étude présentée dans ce document (étude DSRM, octobre 2007, Mayotte).**

Directeur de la publication : Jean-Michel SEVERINO

Directeur de la rédaction : Robert PECCOUD

ISSN : 1954-3131

Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre 2010

Mise en page : Laurence WUNDERLE.

# Sommaire

	<b>Introduction</b>	<b>5</b>
<b>1.</b>	<b>Contexte et objectifs</b>	<b>9</b>
<b>2.</b>	<b>Méthode</b>	<b>11</b>
<b>3.</b>	<b>Résultats</b>	<b>13</b>
<b>3.1</b>	<b>Enquête qualitative exploratoire</b>	<b>13</b>
3.1.1.	<b>L'affiliation (ou non) à la sécurité sociale et ses conséquences</b>	<b>14</b>
3.1.2.	<b>Des obstacles aux soins communs aux affiliés et aux non affiliés à la sécurité sociale</b>	<b>16</b>
3.1.3.	<b>La fracture sanitaire</b>	<b>18</b>
<b>3.2</b>	<b>Enquête « Déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins à Mayotte »</b>	<b>19</b>
3.2.1.	<b>Description de la population</b>	<b>19</b>
	<b>Conclusion et perspectives</b>	<b>36</b>
	<b>Annexe</b>	<b>37</b>
	<b>Liste des sigles et abréviations</b>	<b>38</b>
	<b>Bibliographie</b>	<b>39</b>

## Introduction

***Hairi ya kweli endza nyongo raha na trambo endza ladha***  
*Mieux vaut une vérité amère qu'un mensonge agréable*  
(proverbe mahorais)

### Les migrations pour soins : quelles réalités ?

En France, la question de l'immigration pour soins est une question émergente dans le débat public où elle fait écho à bien des fantasmes et des peurs. L'immigration de personnes contagieuses, le coût économique de la prise en charge de ses malades alimentent un débat d'autant plus délétère qu'il n'est pas informé : quelle est la réalité sociale, épidémiologique, sanitaire et économique de ces migrations pour soins ? Quels en sont les déterminants macro-structuraux et sociaux dans les pays d'origine ? Comment s'inscrit ce type de migrations dans la biographie et les aspirations migratoires des ressortissants des pays en développement ?

Faute de réponses et de recherches sérieuses sur ces questions, sont renvoyés dos à dos, politique restrictive de l'immigration et instrumentalisation de la maladie pour obtenir un droit au séjour, éthique humanitaire et contraintes économiques, protectionnisme et mondialisation. Autant de contradictions qui ne peuvent être résolues sans une meilleure connaissance des réalités sociales et sanitaires, forcément multiples et multifactorielles, des migrations pour soins. Faute de cette connaissance, il semble que se construit – si ce n'est dans un douteux « imaginaire collectif », en tout cas dans l'esprit de nombre de décideurs et d'élus – le stéréotype du « clandestin prêt à tout pour venir se faire soigner en France ». Ce stéréotype est alimenté par l'augmentation statistique d'un indicateur (celui des demandes de titres de séjours pour soins, sur lequel nous reviendrons), le bilan pour le moins réservé de l'aide au développement en matière de santé en direction des pays les moins avancés, et la crainte d'un monde globalisé qui abolit les distances et les frontières.

Or, l'état de santé, la morbidité et le recours aux soins des immigrés restent trop peu étudiés en France (contrairement à d'autres pays) pour pouvoir répondre – même indirectement – à ces questions. La description des disparités sanitaires, en fonction de la nationalité ou de l'appartenance à un groupe d'immigration, reste extrêmement fragmentaire dans notre pays et plus rares encore sont les recherches épidémiologiques sur le sujet. Dans les pays d'origine, la composante sanitaire des raisons initiales d'émigrer reste aussi mal connue. Si l'on sait que, globalement, ce sont plus volontiers les individus les mieux portants qui émigrent (cf. le classique « biais de migration » des démographes et des épidémiologistes [Fenelly, 2007]), à l'inverse, des malades qui ne trouvent pas de soins adaptés dans leur pays peuvent vouloir émigrer (temporairement ou définitivement) dans un pays où ils sont dispensés. Le poids et les intrications des raisons sanitaires avec d'autres facteurs économiques, financiers, familiaux, sociaux ou politiques notamment méritent à ce titre d'être étudiés, ces facteurs pouvant tout aussi bien faciliter ou empêcher (le plus souvent sans doute) un projet de « migration sanitaire » de se concrétiser ou même d'être envisagé.

Toutes ces interrogations se posent dans un contexte international marqué par quatre tendances fortes : l'intensification générale des migrations humaines internationales ; les révisions restrictives des politiques migratoires européennes (et particulièrement française) ; des débats récurrents sur les conséquences et les enjeux sociaux, politiques, économiques, éthiques et sanitaires de ces trois phénomènes conjugués ; les interrogations des institutions d'aide au développement quant à l'impact d'investissements dans le secteur de la santé sur les flux migratoires.

Ce questionnement s'inscrit également dans une histoire singulière - celle de la colonisation - qui concourt encore à modeler les rapports et les représentations respectives des anciens colonisateurs et des anciens colonisés : représentations des détreffes et des aspirations du Sud et, en miroir, des « possibles » au Nord (Bayart *et al.*, 2006).

Il s'inscrit enfin dans une réalité épidémiologique, économique et sanitaire qu'on ne peut nier : l'incapacité, pour nombre de pays en développement, de garantir à leur population un accès équitable à des soins de santé de qualité, notamment pour les soins lourds, chroniques, coûteux et/ou de haute technologie alors même que ces pays connaissent une transition épidémiologique se traduisant par le cumul d'une augmentation continue de la part des pathologies chroniques dans le poids total de leur morbidité (*disease burden*) et d'une incidence toujours élevée de pathologies infectieuses. Cette transition, le retard pris dans la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement en matière de santé (OMS, 2005) et la diminution globale de l'aide au développement de certains pays industrialisés (OCDE, 2008) laissent penser que les profondes inégalités dans l'offre de soins entre le Nord et le Sud ne se combleront pas dans un proche avenir.

### La loi française

A l'entrée sur le territoire français, La migration pour soins est reconnue uniquement dans le cadre de l'obtention d'un visa sanitaire, généralement très difficile à obtenir. De plus, les dépenses de soins sont alors à la charge intégrale de l'intéressé (une partie des frais devant d'ailleurs être payée à l'avance). Depuis 1997<sup>1</sup> et 1998<sup>2</sup>, la maladie grave comme motif de maintien sur le territoire est une clause qui ne s'adresse donc qu'aux personnes entrées en France pour un autre motif.

### Les statistiques de demandes pour soins

Depuis la promulgation de ces deux lois, les demandes de maintien sur le territoire français pour soins médicaux se sont multipliées, passant de 1 100 en 1999 à 26 000 en 2003. Il est toutefois difficile de distinguer dans cette augmentation la part des demandes par opportunité (ou plutôt par manque d'opportunités) de celle des migrations pour soins. En effet, quand les motifs de régularisation deviennent inopérants, la maladie, non évoquée autrefois, peut désormais être avancée comme ultime motif de séjour.

Bien que 75 % des demandes aient lieu en Ile-de-France, elles concernent aujourd'hui tous les départements français (Benevise et Lopez, 2006). Plus de la moitié des demandes ont été rejetées en 2003 – avec d'importantes différences géographiques - contre 20 % en 1999, déclenchant de vives réactions de la part des organisations humanitaires regroupées en collectif (ODSE, 2003) et de certains médecins inspecteurs de la santé dont la tâche de contrôle et d'avis entraine en contradiction avec les articles 95 et 101 du code de déontologie médicale. Les motifs médicaux de ces demandes sont extrêmement divers. En 2004, une analyse partielle conduite hors de Paris montre que trois pathologies concernent plus de 10 % des demandes, (les pathologies cardiaques, l'infection par le VIH et les troubles psychiatriques, notamment des syndromes post-traumatiques), 65 % concernant d'autres diagnostics. La même analyse fait ressortir que 28 % des demandes émanent d'Algériens, 8 % d'autres ressortissants du Maghreb, 30 % des ressortissants d'Afrique subsaharienne et 34 % d'autres pays.

Au total, en 2003, environ 12 000 nouvelles cartes de séjour temporaire ont été délivrées en métropole pour ce motif (ce qui représente environ 3 % des titres de séjour délivrés) et 25 000 personnes (soit environ 0,8 % sur 3 millions d'immigrés étrangers) résident en France avec un tel document.

1 Loi Debré du 25/04/1997 : .protection contre l'expulsion des étrangers souffrant d'une maladie grave

2 Loi Chevènement du 11/05/1998 : délivrance d'une carte de séjour provisoire ou temporaire pour les étrangers atteints d'une maladie grave pour laquelle ils ne peuvent bénéficier d'un traitement dans son pays d'origine

## Migrations pour soins et solidarité internationale en matière d'accès aux soins

Les politiques migratoires des pays développés ont essentiellement pour objectif de répondre aux besoins de leur marché de l'emploi (Dayton-Johnson et Xenogiani, 2006), et, de façon plus diverse au cours des périodes récentes et en fonction des pays de destination, des objectifs moins directement économiques, qui répondent à d'autres logiques : humanistes (regroupement familial, accueil des demandeurs d'asile) mais également scientifiques, culturelles, géopolitiques, etc.

Aujourd'hui, seul l'accueil des demandeurs d'asile est théoriquement garanti par une multitude de principes internationaux auxquels tous les Etats de droit sont soumis : ce « risque vital » (lié à l'exposition à une violence d'Etat) est pris en compte alors que d'autres risques vitaux ne le sont pas : misère économique, violence non étatique, etc. En particulier, ce qu'on pourrait qualifier de « risque vital sanitaire » ne l'est pas - à l'exception notable, on l'a vu, du cas français. En particulier, il n'existe ni données, ni réflexions communes et partagées sur cette question - à l'intérieur de l'Union européenne.

### Un premier objet d'étude spécifique : le cas de Mayotte

Dans le cadre d'un partenariat initié entre la division « Santé et protection sociale » de l'AFD et l'équipe DS3 de l'UMRS 707 (Inserm - université Pierre et Marie Curie) sur ces questions, une première étude a été réalisée à Mayotte.

Il s'agit de la première phase d'un programme d'étude plus vaste « Santé et migrations », appelé à être étendu par la suite à d'autres « territoires frontières » de la République (notamment en Guyane) et, plus généralement, à la métropole et à certains pays d'origine des principaux flux migratoires en France.

A ce titre, en plus des enseignements concernant la situation très particulière de Mayotte (qui empêche, bien entendu, toute extrapolation en réponse aux questions générales soulevées en introduction), cette première enquête a été l'occasion de tester les approches utilisées : enquête statistique représentative, modules de questions spécifiques auprès des migrants notamment.

L'AFD a prévu de soutenir de façon importante les services de santé dans l'Union des Comores. Elle souhaite disposer d'indicateurs socio-sanitaires sur la population originaire de l'Union qui recourt aux soins médicaux à Mayotte (la 4<sup>e</sup> île de l'archipel qui est une Collectivité d'outre-mer française) afin de pouvoir, à terme, mesurer l'impact de cette aide à l'Union des Comores sur ce phénomène de migration pour soins.

Il est régulièrement évoqué en effet, mais sans disposer de données fiables, que de nombreux Comoriens de l'Union viennent à Mayotte se faire soigner, y trouvant une offre de soins qualitativement et quantitativement meilleure que dans leur pays.

Les données brutes du recensement de 2002 montrent que, par rapport au précédent recensement de 1997, les étrangers Comoriens sont en nombre croissant<sup>3</sup> tandis que de plus en plus de Mahorais quittent leur île. La population de nationalité française stagne ainsi un peu au-dessus de 100 000 personnes tandis que le nombre d'étrangers a dépassé les 55 000, soit le tiers de la population totale, dont 80 % seraient en situation irrégulière de séjour<sup>4</sup>. Les étrangers se sont surtout installés autour du pôle économique que constitue la commune de Mamoudzou.

Les deux tiers des naissances sont issues de mères étrangères. Cela s'explique à la fois par leur nombre et par leur taux de fécondité plus élevé (les femmes nées à Mayotte ont en moyenne 3,5 enfants tandis que les autres en ont 5)<sup>5</sup>. Avec 7 000 naissances annuelles en 2002, la maternité de

<sup>3</sup> Les résultats de notre enquête montrent que, pour la période récente, cet accroissement est beaucoup plus le fait des naissances à Mayotte des enfants nés de parents étrangers (résidant pour la plupart depuis des années sur l'île) que d'une augmentation de l'installation de nouveaux immigrants.

<sup>4</sup> Estimation la plus régulièrement citée, mais l'Insee ne recense pas la situation de séjour des étrangers.

<sup>5</sup> Source : Insee 2002 ([http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/reunion/publi/d\\_mayotte\\_sommaire.htm](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/publi/d_mayotte_sommaire.htm)).

Mamoudzou serait « la première maternité de France », rang évoqué comme un leitmotiv, dès qu'il s'agit de colliger les rares données sanitaires disponibles.

En dehors de ces quelques données parcellaires sur les accouchements, on ne dispose d'aucune photographie d'ensemble de la fréquentation des structures de soins par les enfants et les adultes non français, qui plus est dans un

contexte où les droits sociaux des étrangers sont différents de ceux appliqués en métropole<sup>6</sup>. Dans ce contexte, les demandes officielles de séjour pour soins sont extrêmement marginales et ne constituent pas un indicateur pertinent<sup>7</sup>. Il n'existe actuellement en matière de santé publique aucun système de surveillance structuré à Mayotte et de nombreux indicateurs sociaux et sanitaires de base restent fragmentaires ou indisponibles.

<sup>6</sup> L'ordonnance n° 2004-688 du 12 juillet 2004 relative à l'adaptation du droit de la santé publique et de la Sécurité sociale à Mayotte, a introduit un nouvel article L. 6416-5 dans le Code de la santé publique, prévoyant que « les frais d'hospitalisation, de consultation et d'actes externes sont acquittés (...) directement par les personnes qui ne sont pas affiliées au régime d'assurance maladie - maternité de Mayotte ». Un arrêté du 9 août 2005 du directeur de l'ARH de la Réunion et de Mayotte a fixé les tarifs appliqués, à Mayotte, aux étrangers non affiliés.

<sup>7</sup> La DASS de Mayotte en a recensé 434 en 2004.

## 1. Contexte et objectifs

Mayotte est une des quatre îles de l'archipel des Comores situé dans le canal de Mozambique (cf. annexe 1), entre Madagascar et l'Afrique. D'une superficie de 374 km<sup>2</sup>, elle est située à 8 000 km de Paris. C'est une île française depuis 1841. A la fin de l'année 1974, la consultation des populations des Comores sur l'indépendance a donné lieu à un décompte, île par île : Mayotte, contrairement aux trois autres îles, refuse l'indépendance à 63,8 %. Depuis, son statut a évolué de TOM en COM et, depuis 2001, en statut exceptionnel de Collectivité départementale d'outre-mer, avec de nombreuses dispositions en faveur du développement économique, social et sanitaire. En mars 2009, la population mahoraise a voté oui au référendum sur l'accession de l'île au statut de département. L'île devrait donc devenir le 101<sup>e</sup> département français en 2011. Néanmoins, en vertu de l'article 72 de la Constitution, la loi de droit commun ne s'applique pas à Mayotte au nom de la « spécialité législative » ; des textes particuliers, le droit coranique et la coutume locale font office de loi. En vue de la départementalisation, le statut de l'île s'est progressivement rapproché du droit commun (Bonnelle, 1998). Ainsi, la polygamie et l'inégalité des enfants face à l'héritage sont par exemple interdites.

Actuellement, l'île compte 186 000 habitants<sup>8</sup>, avec une forte croissance démographique s'élevant à 4,1 %, et une population très jeune (cf. graphique 1) composée de 53 % d'individus de moins de 20 ans<sup>9</sup>. Les langues principales sont le shimaore, le kibushi et le français, et la première religion est l'islam, avec 95 % d'adeptes. Une proportion importante de la population vit dans des conditions précaires : 1/5<sup>e</sup> vit sous le seuil de pauvreté « local », soit 92 % sous le seuil de pauvreté métropolitain. Mayotte connaît une forte pression migratoire en provenance des Comores. L'accession à l'indépendance des trois îles de l'archipel n'a pas interrompu les mouvements anciens de population entre les îles dus à l'étroitesse des liens séculaires, géographiques, familiaux et culturels. En 1995, la

mise en place d'un visa d'entrée conduit au développement d'une immigration clandestine et contribue à fixer sur l'île des Comoriens en situation irrégulière de séjour. En 2002, au recensement de la population de l'Insee<sup>9</sup> un tiers de la population était étrangère. Depuis 2006, la moitié des reconduites à la frontière de personnes en situation irrégulière effectuée chaque année sur le territoire de la République ont eu lieu à Mayotte.

Le système sanitaire repose sur un maillage de dispensaires publics et de centres de PMI (cf. annexe 1), et sur le Centre hospitalier de Mayotte (CHM). Le secteur libéral reste très restreint. Jusqu'en 2004, l'accès aux soins était gratuit pour tous. Depuis, la mise en place de la Sécurité sociale a créé une distinction entre les affiliés pour lesquels les soins restent gratuits et les non affiliés qui doivent payer un forfait dont les tarifs ont été fixés localement (cf. tableau 1). En outre, de nombreuses prestations sociales (RMI, CMU, AME) sont inexistantes sur l'île. Les systèmes d'information en santé sont aussi quasi inexistantes. Malgré cette absence de données sociosanitaires, on constate une aggravation de l'état de santé de certaines populations à Mayotte, avec la réapparition de maladies telles que le bérubéri, le « kwashiorkor » ou le scorbut.

Notre enquête représentative en population générale a permis de décrire, pour la première fois, les déterminants sociaux du recours aux soins et, notamment, de comparer la situation des français et des étrangers. L'objectif principal de cette étude était de décrire et d'analyser les interrelations entre migration, santé et soins médicaux à Mayotte.

Les objectifs secondaires étaient d'estimer la part d'étrangers en situation irrégulière de séjour, leur durée d'installation dans l'île, la part de la santé et du recours aux soins dans les motivations de migration de la population étrangère à Mayotte, et de comparer les types de recours aux soins, leurs déterminants sociaux et économiques, entre la population française et la population étrangère.

<sup>8</sup> Insee RP 2007.

<sup>9</sup> Insee RP 2002

Graphique 1. Distributions par âge et sexe de la population

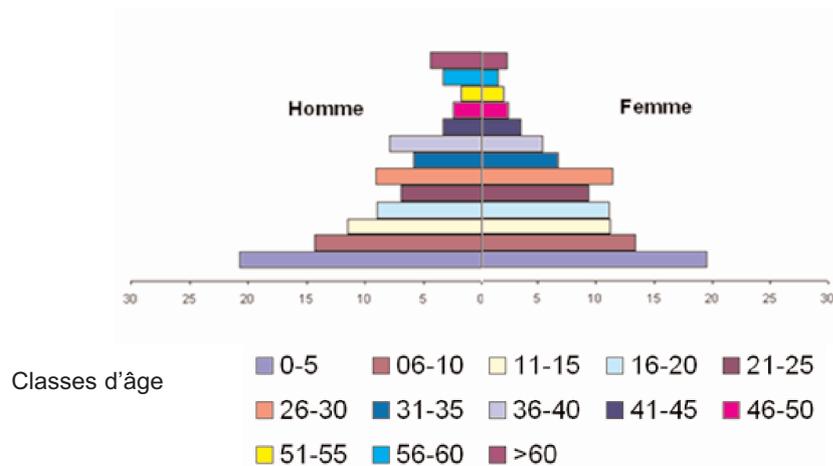


Tableau 1. Forfaits de paiement des soins médicaux\*

Prestations externes	Tarifs
Consultation + médicaments (hors prestation plateau technique)	10 €/semaine
Consultation spécialisée	15 €
Consultation psychiatrique	10 €
Soins dentaires	15 €/mois
Kinésithérapie	10 €/semaine
Forfait urgence	30 €
Examens laboratoire et radiologie	10 €/semaine
Scanner	30 €
Traitement au long cours	15 €/semaine
Hospitalisation (/jour)	Tarifs
Hôpital de jour médecine	50 €
Chirurgie ambulatoire	100 €
Médecine y compris pédiatrie	70 €
Chirurgie	120 €
Suivi accouchement	300 €
Réanimation	200 €

\* mis en place par l'Arrêté n° 2/2005/ARH fixant la provision financière à la charge des personnes non affiliées à un régime d'assurance maladie leur permettant de bénéficier des soins dispensés par le CHM.  
Source : Arrêté n° 2/2005/ARH.

## 2. Méthode

L'enquête réalisée est une étude observationnelle transversale, anonyme, représentative conduite auprès d'un échantillon aléatoire de la population générale vivant à Mayotte. Les participants étaient interviewés à leur domicile par des enquêteurs formés à cet effet. L'enquête s'est déroulée sur une période de six mois. Un comité de pilotage et des experts associés était l'instance décisionnelle pour ce qui avait trait à l'organisation méthodologique de l'enquête et à la production scientifique.

La population cible était constituée de la population résidente, c'est-à-dire installée à Mayotte depuis ou pour une durée d'au moins 6 mois<sup>10</sup>.

La base de sondage disponible était la base des districts géographiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), qui contenait, par district, le nombre de logements et la population. Nous les avons regroupés en 356 « îlots » de 100 à 200 logements en fonction de critères d'homogénéité tels que le nombre de logements et la localisation géographique (Mapinfo®). À chaque îlot, était ainsi associée une carte géographique représentant graphiquement la localisation des logements (à Mayotte, les rues n'ont pas toujours de nom et les adresses précises sont rares). Les cartes des districts avaient été réactualisées pour le recensement de 2007.

L'échantillon aléatoire de 2 400 individus tirés au sort sur l'ensemble du territoire de l'île a été stratifié sur deux classes d'âge (mineur et majeur) pour s'assurer de la représentativité de la population infantile et de la population adulte, et sur deux zones géographiques. Le pôle économique de l'île avec les communes de Mamoudzou, Koungou et de Petite-Terre et le reste de l'île incluant ainsi les populations rurales. Cette séparation rural/urbain reste assez théorique,

les communes de Mamoudzou et Koungou et la Petite-Terre comptant des espaces non urbanisés et vice versa. Cet échantillon était constitué aléatoirement à trois niveaux : 40 îlots (cf. carte 2), 35 logements dans l'îlot, deux individus par logement. Les données ont été pondérées pour que chaque individu ait la même probabilité d'être tiré au sort, et ajustées sur la structure en âge et sexe de la population au dernier recensement disponible (Insee RP 2002). Afin d'atteindre l'objectif de 2 400 individus interrogés, il a été tiré au sort 1 400 foyers (35 foyers par îlot) pour tenir compte des taux de logements vacants et des taux de refus anticipés.

Le questionnaire consistait en une version abrégée des enquêtes sanitaires et sociales classiques, adaptée au contexte de Mayotte grâce à la réalisation d'une enquête qualitative exploratoire préalable. Il contenait trois parties : un questionnaire ménage, un destiné aux individus de 15 ans et plus et un pour les jeunes de moins de 15 ans (interrogés par l'intermédiaire d'une personne exerçant l'autorité parentale). Les items recueillis concernaient les caractéristiques sociales, sanitaires et de trajectoires de vie. Des enquêteurs formés administraient à domicile et en face à face les questionnaires après avoir recueilli par oral les consentements des personnes interrogées. L'enquête durait 1 h en moyenne. Une part importante de la formation des enquêteurs a été réservée à la traduction des questionnaires dans les deux langues locales, le shimaore et le kibushi. Cette session de travail était dirigée par deux formateurs en langue afin de bien cerner les questions et de s'accorder sur leur sens.

Nous avons aussi accordé beaucoup d'attention, lors de la formation, à la présentation de l'enquête et à la mise en confiance des personnes enquêtées, du fait notamment de

<sup>10</sup> Les personnes séjournant moins de 6 mois étaient considérées « visiteurs » et ont été recensées.

la position critique des immigrés en situation irrégulière. Nos enquêteurs pouvaient être accompagnés d'éducatrices de santé relevant du service santé du Conseil général. De plus, le recrutement des enquêteurs s'est fait en tenant compte de la diversité de la population de l'île. Nous avons ainsi constitué un panel d'enquêteurs et d'enquêtrices d'ori-

gines et de langues différentes. Plusieurs vagues d'informations concernant l'étude ont été diffusées par les médias (radios et journaux locaux) auprès de la population et des autorités municipales, en français, en shimaore et en kibushi. De la mission exploratoire à la restitution des résultats, ce travail a duré 8 mois, de juin 2007 à janvier 2008.

Carte 2. Carte des îlots enquêtés



Source : Etude DSRM, octobre 2007, Mayotte.

## 3. Résultats

### 3.1 Enquête qualitative exploratoire

---

Nous présentons ici une synthèse des résultats de l'enquête qualitative exploratoire menée du 11 août au 21 septembre 2007, avant l'enquête statistique.

En dehors de ses aspects exploratoires pour la mise au point du questionnaire statistique – qui ne seront pas détaillés ici – cette enquête a permis de mettre l'accent sur certains éléments du contexte ou sur certaines situations qui ne sont pas tous présentés dans nos résultats.

Sans entrer dans le détail sur les avantages et limites respectives des approches qualitatives et statistiques, ni sur les raisons des contradictions (qui ne sont souvent qu'apparentes) entre ces deux approches, signalons que l'échantillon interrogé dans cette phase exploratoire n'est évidemment pas représentatif. A l'inverse, les situations rares ou les processus complexes ne sont pas descriptibles dans une enquête statistique de la taille de celle présentée dans la deuxième partie de ce document.

*Dans cette partie, ce sont les opinions, les attitudes et les comportements des personnes qui ont été interrogées, analysées et synthétisées. Notre objectif est, ici, d'en rapporter les caractéristiques saillantes, dans leur dimension subjective. Savoir si ces opinions correspondent ou non à la « réalité » - et en particulier aux droits théoriques qui découlent de la législation ou de la réglementation locale dont on a souligné, dans le chapitre précédent, la complexité – n'est pas en soi l'objet de ce chapitre.*

Des entretiens réalisés ont été réalisés auprès d'informateurs clés (le sénateur Ibrahim Soibahaddine, le directeur du CHM, de la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte (CSSM), de nombreux médecins du CHM et libéraux) et auprès de particuliers, habitants de Mayotte. Concernant ces derniers, trois types d'entretiens ont été réalisés avec l'aide d'une traductrice : des entretiens individuels réalisés au domicile, en petits groupes (de deux à quatre personnes) au domicile, en groupes (d'une dizaine de personnes) dans un bâtiment associatif. Au total, 66 personnes

ont ainsi été interrogées<sup>11</sup>, classées en fonction du sexe, de la nationalité et de la possession de papiers d'identité, ce critère étant celui qui différencie en premier l'accès aux structures de santé.

L'enjeu majeur qui a émergé dans l'accès à la santé est l'affiliation à la sécurité sociale. En effet, cette affiliation donne accès à la gratuité des soins. Aussi s'est-on particulièrement interrogé sur les ayant droit et les conditions d'obtention, sur ce qui se passerait en cas de non affiliation.

<sup>11</sup> treize femmes comoriennes non régularisées, quatre hommes comoriens non régularisés, deux femmes comoriennes régularisées, un homme comorien régularisé, trente-neuf femmes mahoraises, six hommes mahorais, un homme d'origine comorienne, de nationalité française, vivant en métropole et souhaitant revenir à Mayotte. Les entretiens ont été réalisés à Mamoudzou dans les quartiers de Mgombani, Mtsapere, Kaweni, Cavani, et dans les villages de Majicavo, Nyambadao, Tsingoni, Boueni, Labattoir à Petite Terre et Mtsamboro.

### 3.1.1 L'affiliation (ou non) à la Sécurité sociale et ses conséquences

#### Un parcours administratif et légal complexe

Le déterminant fondamental qui différencie l'utilisation des services de soins à Mayotte est le statut légal des habitants. En effet, les personnes sans document régularisé n'ont pas accès à la sécurité sociale. Elles ne peuvent prétendre à aucun droit (en particulier ne peuvent exercer aucun emploi déclaré<sup>12</sup>) et peuvent être reconduites à n'importe quel moment à Anjouan (quelle que soit leur île d'origine). Il en est de même pour les enfants nés à Mayotte de parents étrangers, qui ont accès à l'école mais ne peuvent prétendre à une régularisation avant l'âge de 18 ans, ainsi que pour leurs parents qui ne bénéficient d'aucune allocation ou assurance maladie pour ces enfants.

A sa majorité, si l'enfant est né à Mayotte et que ses parents sont en situation régulière, il peut aller au Tribunal de première instance déclarer sa volonté d'être Français, mais la décision dépendra du Tribunal. Il devra s'y rendre à 13 ans avec un parent ou seul à partir de 18 ans.

Si l'enfant est né à l'étranger comme ses parents, il peut déposer une demande de titre de séjour pour liens personnels et familiaux. Si ses parents sont en situation irrégulière, il doit justifier de 10 ans de présence continue (carnet de santé, certificats de scolarité, par exemple), en présentant le passeport du pays d'origine et son certificat de naissance authentifié. Beaucoup de jeunes de 18 ans se voient opposer un refus de séjour.

Concernant les liens familiaux, la situation est particulièrement complexe car nombre de familles sont constituées

d'un parent français et d'un autre sans papiers réguliers. Ils sont généralement mariés sous une forme non reconnue comme légale : le mariage cadial. Le mariage civil quant à lui, s'il est choisi, implique un examen des dossiers par le procureur de la République et de pouvoir justifier de quatre années de vie commune. Le Pacte civil de solidarité (Pacs) n'est pas applicable à Mayotte. Lorsque le père est français et qu'il a reconnu son enfant, il peut prétendre à la demande d'accès à la sécurité sociale pour son enfant, ce qui semble ne pas être fait systématiquement (dans nos entretiens certaines familles ne l'avaient pas fait).

Pour ces personnes en situation irrégulière, différentes situations en lien avec la santé peuvent donner (en théorie du moins) la possibilité de séjourner sur l'île. Une personne en possession d'un certificat médical, peut le présenter afin de ne pas être reconduite à Anjouan, même si légalement ce n'est qu'une tolérance, et /ou demander un titre de séjour pour raison familiale et de santé (une autorisation provisoire de séjour APS d'une durée de 6 mois à 1 an). La Direction des affaires sanitaires et sociales (DASS) examine le dossier après que le certificat médical ait été délivré par un médecin hospitalier, puis donne un avis qu'elle soumet à la préfecture pour la notification d'une décision finale. Une personne munie d'un titre de séjour pour raison personnelle et de santé (APS), peut rester sur le territoire durant une période renouvelable de 6 mois (sans autorisation de sortie du territoire, d'exercer une activité professionnelle, de demander un titre d'identité républicain pour ses enfants). Elle peut ensuite demander une carte de séjour d'un an à la fin de la validité de l'APS. Après un renouvellement de 6 mois, si la maladie est encore confirmée, les malades peuvent bénéficier, après examen du dossier, d'une carte de séjour d'un an renouvelable.

<sup>12</sup> L'emploi clandestin d'étrangers en situation irrégulière par les Français est largement pratiqué sur l'île, à des niveaux de salaires souvent très faibles (entre 100 et 150 euros par mois), sans assurance maladie, ni prise en charge des accidents de travail.

Une personne en possession d'un titre de séjour peut rester sur le territoire durant une année et demander chaque année le renouvellement de la carte, exercer une activité professionnelle, à la condition qu'aucun Français n'en ait la qualification ou n'ait accepté d'exercer cette activité, et si le titre de séjour comporte la mention « LPF » (Liens personnels et familiaux : un enfant majeur venu chez ses parents en situation régulière, peut, après examen de son dossier bénéficier éventuellement d'une carte de séjour pour liens personnels et familiaux) ou « carte salariée ». Elle peut demander une carte de résident au bout de 5 ans (qui n'est toutefois pas donnée systématiquement), et peut, enfin, bénéficier de la sécurité sociale durant la durée de validité de sa carte de séjour.

Une personne en possession d'une carte de résident peut rester sur le territoire durant 10 ans et demander son renouvellement, exercer une activité professionnelle, si aucun Mahorais n'est qualifié ou ne l'a acceptée, bénéficier d'un « titre d'identité républicain » pour ses enfants avant leurs 18 ans, et bénéficier de la sécurité sociale durant la durée de validité de la carte de séjour.

#### **Une affiliation à la Sécurité sociale difficile**

L'ensemble des Mahorais interrogés était en possession de papiers d'identité et d'une affiliation à la Sécurité sociale (Sakoyan, 2006). Ils avaient cependant dû faire (ou refaire) établir leur titre d'identité dans le cadre de la Commission de révision de l'état civil (CREC). Chaque habitant a dû choisir un nom et un prénom et signaler une date de naissance. Il a fallu pour certains rassembler les fiches d'état civil de leurs parents et grands-parents. Un certain nombre de titres d'identité français attribués à la fin des années 1990 ont été remis en question en raison d'un manque de précision des attributions de l'époque. En fonction de certains critères (enquête de moralité, renouvellement de la

carte d'identité au bout de 10 ans, inscription à la liste électorale, etc) ces titres ont tout de même été régularisés.

Par défaut, les habitants de Mayotte ne sont pas Français, il faut donc prouver par un certain nombre de documents, dont des extraits de naissances à Mayotte remontant à deux générations<sup>13</sup>, que l'on est Français. Et plus que les papiers d'identité, c'est le Certificat de nationalité française (CNF) qui a valeur légale concernant la nationalité. Les Mahorais qui ne sont pas encore en possession de leurs papiers d'identité devront déposer leur dossier avant 2010 ou 2011. Nombre de personnes âgées ont réalisé ces démarches afin de faciliter la procédure à leurs descendants.

De nombreuses femmes, avec lesquelles nous nous sommes entretenus, n'étaient pas mariées civilement et n'arrivaient pas à réunir les documents demandés. Dans certains cas, leurs enfants ne sont pas affiliés à la Sécurité sociale, malgré la reconnaissance par les pères de nationalité française. Les démarches administratives ne peuvent être réalisées par les mères qui ne sont pas régularisées et un certain nombre de pères n'entreprennent pas ces démarches, dissuadés par le temps que cela demande et les modestes indemnités de prise en charge des soins et d'allocations.

Pour les mineurs de parents en situation irrégulière, comme pour toutes personnes en situation irrégulière, les informations concernant leurs droits et les possibilités de régularisation semblent très peu diffusées par les autorités. Parmi les éducateurs sociaux rencontrés (protection judiciaire de la jeunesse, conseillers conjugaux et familiaux, chargés de l'orientation en milieu scolaire), aucun n'avait eu accès à ces informations, malgré de nombreuses requêtes auprès de la Préfecture.

<sup>13</sup> Pour accéder à la nationalité française, les conditions ne sont pas les mêmes pour les personnes nées à Mayotte avant 1975 et pour celles nées après 1975. Si l'intéressé est né à Mayotte avant 1975, l'un de ses parents doit prouver qu'il a été marié ou que l'enfant ait été reconnu légalement durant sa minorité, et l'un de ses grands-parents doit également prouver qu'il est né à Mayotte (Loi n° 93-933 du 22/07/1993, réformant le droit à la nationalité en vigueur à Mayotte et instaurant le double droit du sol). Après 1975, il suffit que l'un des parents soit né à Mayotte.

### 3.1.2 Des obstacles aux soins communs aux affiliés et aux non affiliés à la Sécurité sociale

#### Des insuffisances qui concernent toute la population

- Les infrastructures de soins

Le nombre de professionnels de santé reste à ce jour encore bien inférieur à celui qui œuvre par nombre d'habitants en Métropole. De plus, les horaires d'ouverture de certains dispensaires ont été réduits (de 7 h à 14 h). En dehors de ces heures d'ouverture, les patients doivent se rendre dans un autre dispensaire, plus éloigné.

L'accès aux dispensaires n'est pas toujours aisé pour les habitants, rarement propriétaires d'un véhicule motorisé et devant se déplacer en taxi ou à pied. Or, les taxis ne circulent plus une fois la nuit tombée, vers 18 heures. Il est alors compliqué pour les habitants de se rendre sur place. Un système d'ambulances existe, mais ne semble pas optimisé sur tous les sites. Parmi les sites visités, l'un d'entre eux n'était pas équipé d'ambulances et le dispensaire de référence était injoignable.

- Les structures pour personnes handicapées

Il existe peu de structures existant pouvant prendre en charge les personnes handicapées. Les adultes ne bénéficient d'aucune structure d'accueil. Concernant l'hospitalisation des enfants, seules existent deux structures sur toute l'île : des structures d'accueil de jour pour les enfants handicapés gérées par l'association TOIOUSSI, mais disposant d'un nombre de places insuffisant par rapport à la demande, d'autant plus que ces enfants nécessitent parfois un appareillage lourd, dont la prise en charge financière reste insuffisante. Il existe aussi une école pour les « enfants de la lune » (enfants atteints de *xeroderma pigmentosum*), gérée par une association qui propose aussi un suivi médical et des mesures préventives adaptées.

- Des ruptures des stocks de médicaments

Au dire des personnes les dispensaires connaîtraient des pénuries de médicaments plus ou moins fréquentes, ce qui a été confirmé, lors d'une visite, par des aides-soignantes en charge de la pharmacie. Les explications n'ont pu être recueillies auprès de la pharmacie centrale faute de temps. Nous retenons l'hypothèse que cette situation n'est pas

identique dans tous les dispensaires, car un autre dispensaire ne semblait pas être confronté à ces ruptures de stocks.

- Les limites du nouveau système de délivrance des médicaments

Un certain nombre de médicaments ne sont plus stockés dans les pharmacies. Aussi, lorsqu'ils sont prescrits, doivent-ils être commandés par les responsables de la pharmacie du dispensaire et sont livrés dans l'après-midi. Or, pour un bon nombre, ces commandes ne seraient pas acheminées jusqu'aux patients (plus de la moitié selon les aides-soignantes interrogées).

- Une sensibilisation à la santé et une information sur les droits qui font largement défaut

Si les campagnes préventives de la DASS dans les quartiers et les villages sont particulièrement appréciées, elles demeurent encore insuffisantes. Il apparaît clairement que les gens sont mal informés, en particulier sur les recours thérapeutiques, les médicaments et leurs effets, leurs droits sociaux. De ce fait, nombreuses sont les personnes qui ne font pas les démarches nécessaires pour obtenir certains de leurs droits et, à l'inverse, d'autres s'engagent dans des démarches qui n'ont aucune chance d'aboutir (c'est le cas notamment de certaines prestations de la Caisse d'allocations familiales (CAF) auxquelles les étrangers, même en situation régulière de séjour, n'ont pas droit).

Cet important déficit d'information est à l'origine de nombreux témoignages – fondés ou non (ce qui est difficile à établir) - sur les décisions arbitraires prises par les agents de l'Etat ou des institutions publiques.

Par ailleurs, nombre de personnes rencontrées pensent qu'un certificat médical délivré par un médecin d'hôpital est un document officiel qui protège d'une reconduite à la frontière. Dans la pratique, il semble qu'effectivement sur présentation d'un original, les personnes puissent être relaxées. Ce type de certificat est également considéré comme « le » document qui permettra de bénéficier d'une régularisation, les autres motifs de régularisation étant, dans la pratique, désormais caduques. Ceci entraîne un effet pervers : la plupart des personnes concernées pensent que leur avenir est entre les mains des médecins de l'hôpital. En cas de refus, le médecin est alors

jugé (co)responsable de la politique migratoire appliquée à Mayotte. Force est de constater que, de fait, certains médecins se sentent effectivement responsables de cette politique (et pas seulement, ou pas toujours, dans le sens de la déontologie médicale), avec toutes les tensions et les dérives que peut comporter cette confusion des genres (MBaye, 2008)

### **Des perceptions du système de santé et des stratégies communes**

- Un recours fréquent aux plantes thérapeutiques

Le parcours thérapeutique relaté à plusieurs reprises est particulièrement intéressant : dès qu'un symptôme apparaît, certaines personnes se rendent dans une structure de soin et, rentrés chez elles, mettent de côté les comprimés prescrits et utilisent des plantes. Selon les explications fournies, l'intérêt de consulter une structure de soins, dans ces conditions, est la garantie d'une bonne prise en charge si la maladie venait à s'aggraver car, lorsque des patients consultent dans un état de maladie avancé, le corps médical leur reproche d'avoir procédé à de l'automédication. Ainsi, cette consultation initiale les « protège » des reproches qui pourraient leur être adressés.

Effectivement, les personnes interrogées utilisent majoritairement la phytothérapie, que ce soit parallèlement aux prescriptions médicales, ou à la place des consultations. Elles connaissent parfaitement les plantes qui les entourent et leurs vertus thérapeutiques, tant pour accompagner la grossesse, améliorer la qualité du lait, soigner les diarrhées, rhumes et fièvres infantiles, que pour soigner les maladies et maux d'adultes. Certains médecins libéraux intègrent la phytothérapie dans leur médication et sont particulièrement appréciés et respectés.

- Une stratégie thérapeutique qui perdure : les cérémonies des Djinns (esprits)

Un système traditionnel de prise en charge collective perdure pour ce que nous qualifierions de troubles psychologiques ou mentaux : les cérémonies des Djinns (Bouffart, 1999). Malgré un discours général qui remet en question ces pratiques occultes, les croyances et superstitions restent fortement ancrées, souvent abordées lors des entretiens, associant les maladies à l'intervention d'esprits

malins et à des possessions. Le Centre de santé mentale intègre d'ailleurs ces représentations dans le cadre des consultations qu'il effectue. Ce serait après qu'une prise en charge hospitalière ait échoué à guérir le mal que serait pratiqué le rituel traditionnel. La reconnaissance des esprits donne lieu à une première cérémonie dont le coût est excessivement élevé (de 10 000 à 25 000 €). Parfois, les cas de possessions sont observés au sein même de l'école, parmi les élèves et signalés par le corps enseignant qui demande à la famille de les prendre en charge. Certaines personnes cohabitant avec leurs esprits peuvent devenir elles-mêmes des Fundi Djinns qui donnent des consultations pour aider les gens à se protéger ou à se soigner. Le coût de la consultation est alors tout à fait variable. Certains préfèrent plutôt consulter le fundi coranique qui traite les symptômes par des versets coraniques. Le coût du traitement est alors variable en fonction de chacun. L'un d'entre eux nous disait ne rien demander et laisser aux patients la liberté de donner selon leurs moyens.

- Une bonne perception du secteur libéral

Lorsqu'elles en ont les moyens – et/ou dans le cas de symptômes inquiétants – des personnes consultent certains médecins libéraux qu'elles considèrent comme « donnant de vrais traitements » et en lesquels elles ont une confiance absolue. Cinq médecins ayant intégré la phytothérapie et qui pratiquent depuis des dizaines d'années à Mayotte semblent être particulièrement consultés.

### **L'enjeu de la traduction**

La présence d'un traducteur dans les consultations médicales est quasiment systématique, les médecins ne parlant généralement pas les langues locales. Or, cette présence de l'aide soignante qui fait office de traductrice soulève certaines questions.

- Une absence de formation à la traduction

La complexité du travail de traduction, particulièrement en ce qui concerne la santé et la maladie, est un point qui soulève toujours l'attention des sciences sociales. Or, concernant la pratique de soins, cette complexité semble rarement envisagée. Dans les structures de soins visitées à Mayotte, ce sont les aides-soignantes qui font office de traducteur en fonction de leur disponibilité et sans aucune formation

préalable. Pourtant, le rôle d'interprète dépasse largement le seul rôle de la traduction spontanée. Toutes les expériences de consultations transculturelles ont apporté le témoignage de la nécessité de formations complexes des traducteurs (en métropole, ces traducteurs peuvent avoir une formation en anthropologie, en psychologie et en linguistique). Aussi assiste-t-on ici à une traduction tout à fait approximative qui peut difficilement aboutir à un descriptif symptomatologique approfondi.

- Une représentation des symptômes mal comprise par les professionnels de santé

Un discours semble assez répandu parmi les professionnels de santé sur l'absence d'intérêt des Mahorais et des Comoriens pour leurs pathologies et la compréhension de leurs symptômes. Or, il est étonnant de récolter des descriptions et des observations d'une grande précision et un vocabulaire d'une grande richesse sur les pathologies infantiles qui ont fait l'objet de nos interrogations. Par exemple, que ce soit en shimahoré ou en kibushi, il existe au moins cinq termes différents pour décrire les maux de tête. Chaque terme précise par exemple le lieu et l'intensité précis de la douleur. Pour les enfants, une observation minutieuse des battements veineux, de l'arrondi du ventre, etc. est réalisée afin de préciser les symptômes de l'enfant et d'adopter les plantes adéquates. Interrogés sur l'imprécision des descriptifs des symptômes pendant les consultations médicales, certains de nos interlocuteurs ont alors expliqué qu'ils préféreraient ne pas donner de descriptif précis des symptômes afin de ne pas révéler ce dont ils souffraient devant le traducteur, craignant que celui-ci ne respecte pas le secret professionnel. D'autre part, même pour ceux qui parlent français, les complexités de traduction demeurent, faute d'équivalents exacts entre les deux langues.

- La crainte du non-respect de la confidentialité de la part des traductrices et l'impact sur la consultation

La plupart des entretiens réalisés avec les particuliers ont mis en avant la crainte du non respect de la confidentialité de la part des aides-soignantes qui réalisent les traductions. Si la confiance existe envers les médecins, elle ne semble pas acquise dans les mêmes termes avec les traducteurs. Aussi lorsque les patients parlent français, même si c'est de manière approximative, ils exigent parfois la sortie du traducteur (ce qui n'est pas toujours bien accepté par ces derniers).

### 3.1.3 La fracture sanitaire

#### La prégnance d'un contexte particulièrement répressif pour les étrangers en situation irrégulière

Au cours des mois précédant notre enquête, les expulsions des personnes en situation irrégulière ont beaucoup augmenté. Ainsi, sur 24 000 expulsions décomptées sur le territoire français par le ministère de l'Immigration en 2007, plus de la moitié des expulsions (16 147 exactement) ont été réalisées sur la seule île de Mayotte. Les reconduites à la frontière sont devenues quotidiennes dans l'ensemble de l'île. Cette situation engendre un sentiment dominant de stress et de peur qui a été clairement exprimé lors des entretiens et confirmé par bon nombre d'informateurs clés rencontrés, et limite les déplacements (y compris les plus quotidiens, en particulier vers les structures de soins) des personnes en situation irrégulière, même des enfants mineurs.

#### Les dysfonctionnements relevés auprès des assurés sociaux

Pour les Français, l'affiliation à la sécurité sociale garantit un accès gratuit à l'offre de soins publique, très largement majoritaire sur l'île. Pour autant, certains obstacles ont été relevés dans nos entretiens

- Un remboursement encore aléatoire

Concernant les frais de soins avancés en médecine libérale, un certain nombre de personnes interrogées ont mentionné ne jamais avoir été remboursées par la Sécurité Sociale (des retards de paiement ont aussi été formulés concernant les prestations de la CAF). Le directeur de la Caisse nationale de Sécurité sociale a confirmé un retard de traitement des dossiers lié à l'absence d'organisation de ces traitements lors de l'ouverture de l'accès aux droits. Cette organisation étant établie, les dossiers sont en cours de mise à jour.

- Une qualité d'accueil remise en cause

Plusieurs personnes interrogées font état d'une mauvaise qualité d'accueil dans les structures de soins : l'accueil y serait, comme dans toutes les institutions publiques en général, souvent « brusque », ce que nous avons pu effectivement vérifier très souvent. Pour le moins, une certaine « distance sociale » est consciemment ou inconsciemment signifiée aux patients.

## 3.2 Enquête « Déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins à Mayotte »

### 3.2.1 Description de la population

Au total, 1 246 ménages ont été enquêtés. Au sein du ménage, étaient considérés comme « individus résidants » les personnes signalant au moins 6 mois consécutifs à cette adresse et « visiteurs » ceux y séjournant depuis moins de 6 mois.

En tout, 59 visiteurs et 5 142 individus résidants ont été recensés. Parmi ces derniers, 2 105 ont été inclus dans notre étude, 1 243 de 15 ans et plus et 862 de moins de 15 ans.

#### Caractéristiques sociodémographiques

La population est composée de 50,1 % d'hommes et de 49,9 % de femmes, âgés de 0 à 93 ans. L'âge médian était de 18 ans. L'âge moyen était de 21,7 ans (21 pour les femmes, 22,3 pour les hommes).

La pyramide des âges est typique des populations jeunes. Les individus de moins de 16 ans représentent 45,3 % de la population et moins et ceux de plus de 60 ans seulement 3,7 %.

#### Ménages

Le taux d'occupation moyen des logements était de 2,15 individus par pièces (écart type=1,4). Seulement 6 % des personnes interrogées vivaient seules dans leur logement tandis que 80,8 % vivent au sein d'un ménage nucléaire (élargi pour 20 % d'entre eux), 9,3 % dans un ménage monoparental (élargi pour 4 % d'entre eux) et 3,9 % dans un ménage d'« isolé » (dont 1,9 % non apparenté). La taille des ménages était, en moyenne, de 4,12 individus (écart-type = 2,4). Ces données sont cohérentes avec celles du recensement de 2002 de l'Insee.

Tableau 2. Principales variables sociodémographiques de la population à Mayotte en octobre 2007

	%
<b>Sexe</b>	
Masculin	50,1
Féminin	49,9
<b>Age</b>	
0-15 ans	45,3
16-30 ans	28,3
31-45 ans	16,3
46-60 ans	6,7
Plus de 60 ans	3,4
<b>Région</b>	
Urbain	47,1
Rural	53,0
<b>Maîtrise du français (≥15ans)</b>	
Pas du tout, très peu	48,6
Sans ou avec quelques difficultés	51,4
<b>Activité (≥15ans)</b>	
Travaille ou fait des études	46,2
Retraité, chômeur, au foyer, inactif	53,8
<b>Etat de santé ressentie</b>	
Bon ou très bon	83,0
Moyen, mauvais ou très mauvais	17,0
<b>Déclaration de maladie chronique</b>	
Oui	20,8
Non	79,2

**Ressources**

Le revenu moyen mensuel par unité de consommation<sup>14</sup> était de 263,8 € (écart-type = 346,8) avec une médiane à 143 €. Ces montants représentent le revenu des ménages le mois précédent l'enquête.

Les deux tiers des personnes interrogées (68,4 %) vivaient dans un ménage percevant des ressources du travail, 5,6% d'une retraite, 40,2 % des aides sociales, 12,8 % d'autres formes d'aides et 5,2 % d'autres sources de revenu.

Ces revenus sont inférieurs aux revenus de l'enquête Insee « Budget des familles » de 2005<sup>15</sup> qui recueille des revenus sur l'année avec une méthodologie plus rigoureuse (des dépenses en particulier). Dans notre enquête, les revenus ont pu être sous-déclarés, notamment parce que les personnes interrogées ne connaissaient pas forcément l'ensemble des revenus de ménages.

**Tableau 3. Equipement des ménages de la population à Mayotte en octobre 2007**

	%		%
<b>Arrivée d'eau</b>		<b>Téléphone</b>	85,1
Maison	31,7	<b>Radio</b>	72,9
Enclos	42,6	<b>Télévision</b>	88,6
Publique, puits	8,4	<b>Satellite</b>	25,5
Voisin	13,6	<b>Climatisation</b>	6,2
<b>Type de toilettes</b>		<b>Ordinateur</b>	14,5
Avec chasse d'eau	32,6	<b>Véhicule</b>	
Bétonnées	35,4	Voiture personnelle	18,4
Rudimentaires	29,5	Voiture disponible	0,5
Pas d'installation	2,5	Deux roues motorisées	5,2
<b>Electricité</b>	96,7	Vélo	2,2
<b>Réfrigérateur ou congélateur</b>	81,3	Aucun	73,7

NB : Distribution des individus en fonction de l'équipement de leur ménage

**Niveau d'étude**

Parmi les adultes de plus de 18 ans, 38,5 % n'avaient jamais été scolarisés, 22,5 % avaient arrêté leur scolarité en primaire, 15,7 % avaient un niveau correspondant au premier cycle (collège), 12,8 % au deuxième cycle et 10,3 % avaient fait des études supérieures.

Ce pourcentage varie selon l'âge, le sexe, la nationalité. En analyse multivariée, les femmes ont 1,8 fois plus de risque que les hommes de ne pas parler le français. Les personnes âgées de 30 ans et plus ont 5,4 fois plus de risque de ne pas parler le français que les 15-30 ans et les étrangers 5,4 fois plus de risque que les Français.

**Maîtrise du français**

Parmi les individus de 15 ans et plus, un cinquième parlait le français dans la vie de tous les jours. La moitié de la population (51,4 %) ne parlait pas le français ou avec beaucoup de difficultés.

La grande majorité de la population de 15 ans et plus (80,8 %) écoute la radio et/ou regarde la télévision quotidiennement.

<sup>14</sup> Calcul des unités de consommation du ménage : le premier adulte vaut 1, les autres membres du ménage de 14 ans et plus valent 0,5 chacun, les moins de 14 ans 0,3.

<sup>15</sup> Insee Info, Enquête budget des familles à Mayotte, Résultats n° 8, février 2008.

### Activité

Parmi les personnes interrogées de plus de 15 ans, moins du tiers (27,9 %) déclaraient travailler au moment de l'étude (21,9 % d'entre eux déclaraient une activité complémentaire) ; 18,2 % déclaraient être étudiant ou stagiaire ; 1,7 % déclaraient être à la retraite, 14,8 % au chômage<sup>16</sup>, 32,2 % au foyer et 5,1 % étaient des autres inactifs.

Parmi les personnes au chômage, au foyer ou se déclarant inactives pour d'autres raisons, 27,7 % avaient déjà travaillé et 30,5 % avaient une autre activité et 32,6 % exerçaient un travail « informel » (travail non déclaré ou petits boulots).

Concernant l'emploi actuel ou le travail précédemment exercé, la répartition, selon les catégories de l'Insee, était la suivante :

- agriculteurs : 1,9 %,
- artisans, commerçants, chefs d'entreprise : 2,2 %,
- cadres, professions intellectuelles supérieures : 4,4 %,
- professions intermédiaires : 0,5 %,
- employés : 23,7 %,
- ouvriers : 2,3 %,
- chômeurs : 15,0 %,
- retraités : 1,7 %,
- étudiants, femmes au foyer, inactifs n'ayant jamais travaillé : 48,3 %.

### Trajectoire migratoire, nationalité

Dans l'ensemble de la population, 59,8 % des personnes interrogées étaient de nationalité française. Les personnes de nationalité étrangère étaient à 97,4 % de nationalité comorienne et à 2,2 % malgaches ; 17,8% des étrangers étaient en situation régulière de séjour et 82,2 % en situation irrégulière.

Notons que la moitié de la population de plus de 14 ans, prise dans son ensemble, soit 49,6 %, n'est jamais sortie de l'île.

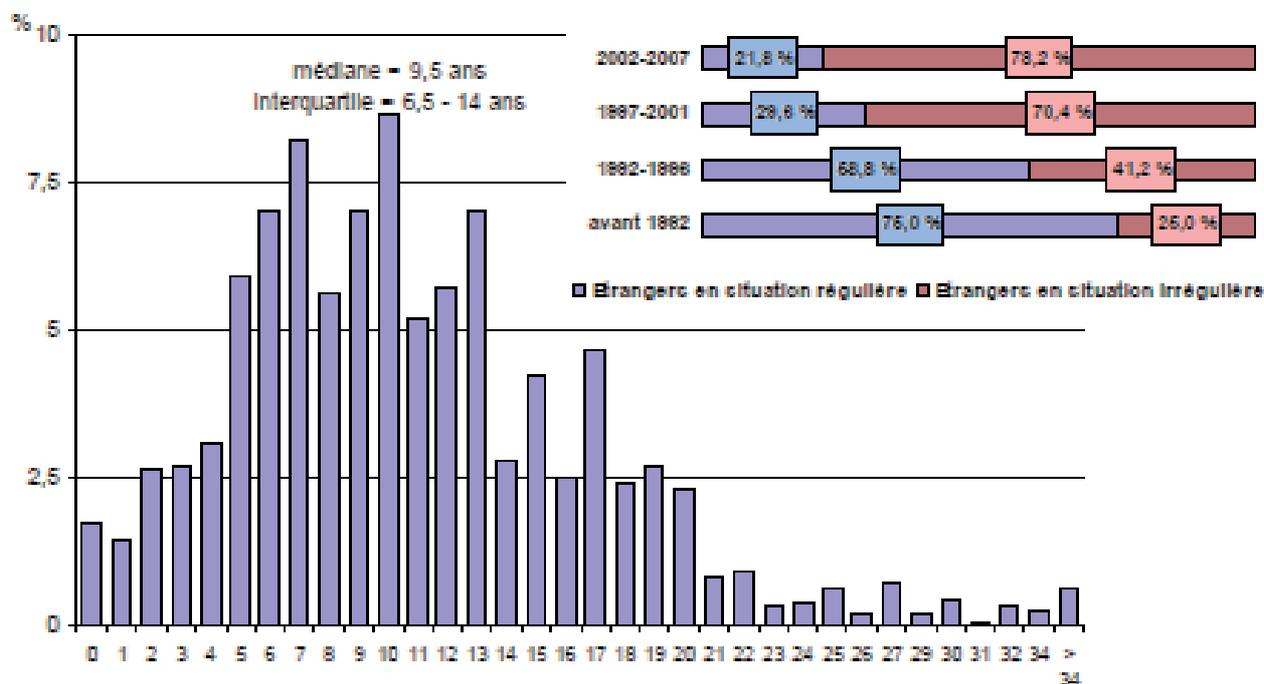
Au sein de la population française de Mayotte, 64,8 % des personnes avaient leur état civil à jour à la CREC.

Parmi la population migrante, la distribution de l'ancienneté de migration (cf. graphique 2) montre que la moitié des étrangers immigrés à Mayotte se sont installés depuis plus de 10 ans (ancienneté médiane d'installation = 9,5 ans). On observe une nette diminution des installations au cours des cinq dernières années.

Plus la migration est ancienne, plus la part d'étrangers en situation régulière est importante. Les étrangers installés depuis plus de 10 ans ont ainsi sept fois plus de chance d'avoir obtenu un titre de séjour que ceux installés depuis moins longtemps (OR = 6,91 ; IC95 % = [4,24 ; 11,3]). Ceci s'explique, sans doute, par les restrictions au droit de séjour des étrangers intervenues depuis la fin des années 1990.

<sup>16</sup> La notion de chômage est difficile à appréhender (il n'y a pas de traduction évidente en langue locale, ni d'allocation chômage répandue). Sa définition ici est « ne pas travailler et chercher du travail », bien éloignée des définitions métropolitaines ou internationales

Graphique 2. Distribution de l'ancienneté de migration des étrangers résidant à Mayotte en octobre 2007 et comparaison selon leur situation de séjour : régulière ou irrégulière



Les trois quarts des individus nés hors de Mayotte sont nés aux Comores et les deux tiers sur l'île d'Anjouan, la plus proche de Mayotte ; tandis que 6 % sont nés en métropole, 6 % à Madagascar et seulement 2 % à la Réunion (cf. graphique 3).

On distingue quatre sous-groupes de population (cf. graphique 4) :

- la population française non migrante qui représente les « Mahorais » (53,8 %) et les enfants des métropolitains et des

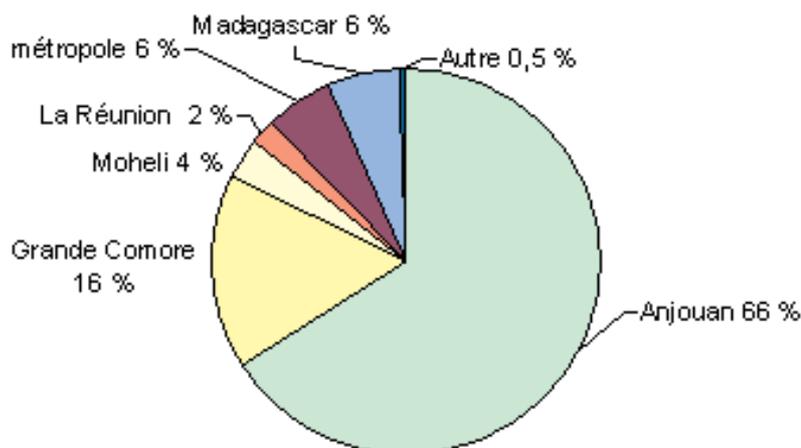
Réunionnais nés à Mayotte (0,2 %). Soulignons que 40 % de cette population a au moins un parent né hors de Mayotte) ;

- la population étrangère ayant migré à Mayotte (29 %) ;
- la population étrangère née à Mayotte constituée en très grande majorité des enfants des étrangers ayant migré (11 %) ;
- la population française migrante qui est constituée de la population métropolitaine et réunionnaise de Mayotte (2,5 %) et de la population d'origine étrangère ayant acquis la nationalité française (2,5 %).

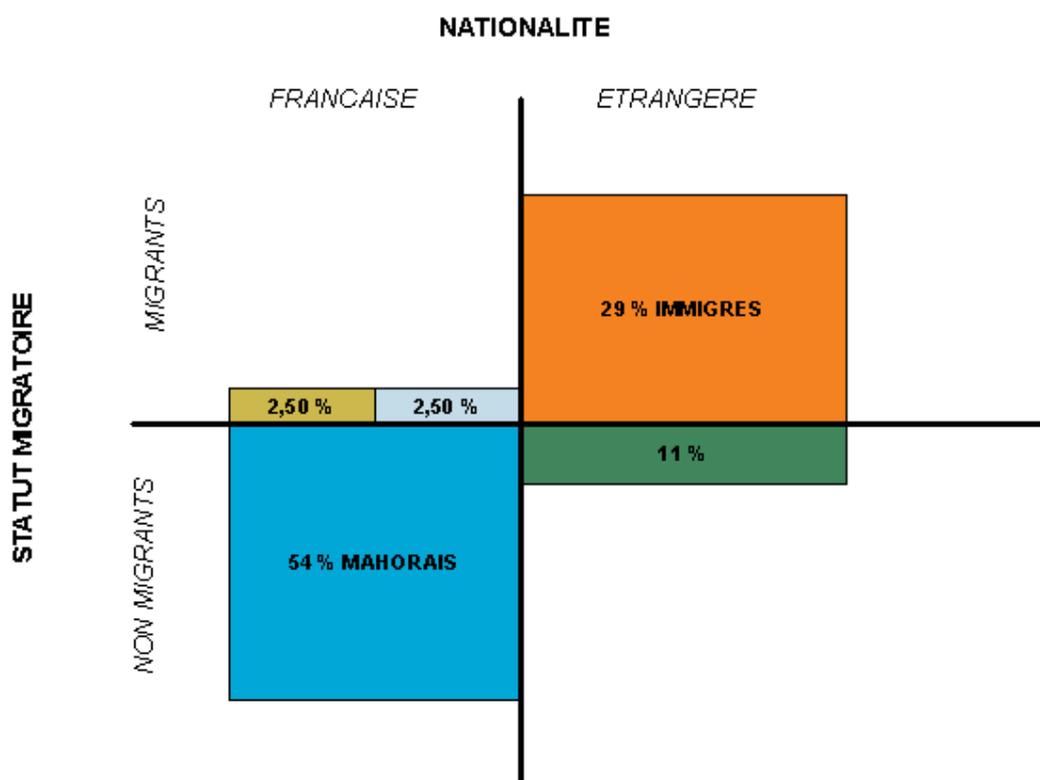
Ce croisement nous permet de distinguer, pour les analyses qui vont suivre, deux groupes de population plus homogènes selon la nationalité que selon le statut de migration. Le statut « migrant » regroupe en effet trois populations différentes : les métropolitains et les Réunionnais, les étrangers ayant acquis la nationalité française et les étrangers non Français.

Lors des analyses ultérieures, les migrants d'origine étrangère (les immigrés selon la définition de l'Insee) ont été étudiés spécifiquement afin d'exclure les métropolitains et les Réunionnais.

Graphique 3. Répartition des lieux de naissance chez les individus nés hors de Mayotte résidant sur l'île en octobre 2007



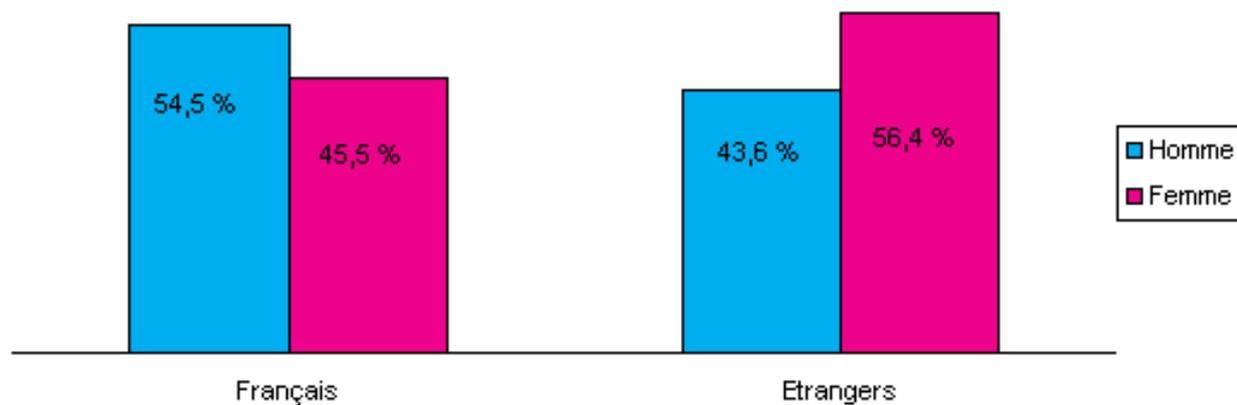
Graphique 4. Répartition de la population résidente en fonction de la nationalité et du statut migratoire à Mayotte en octobre 2007



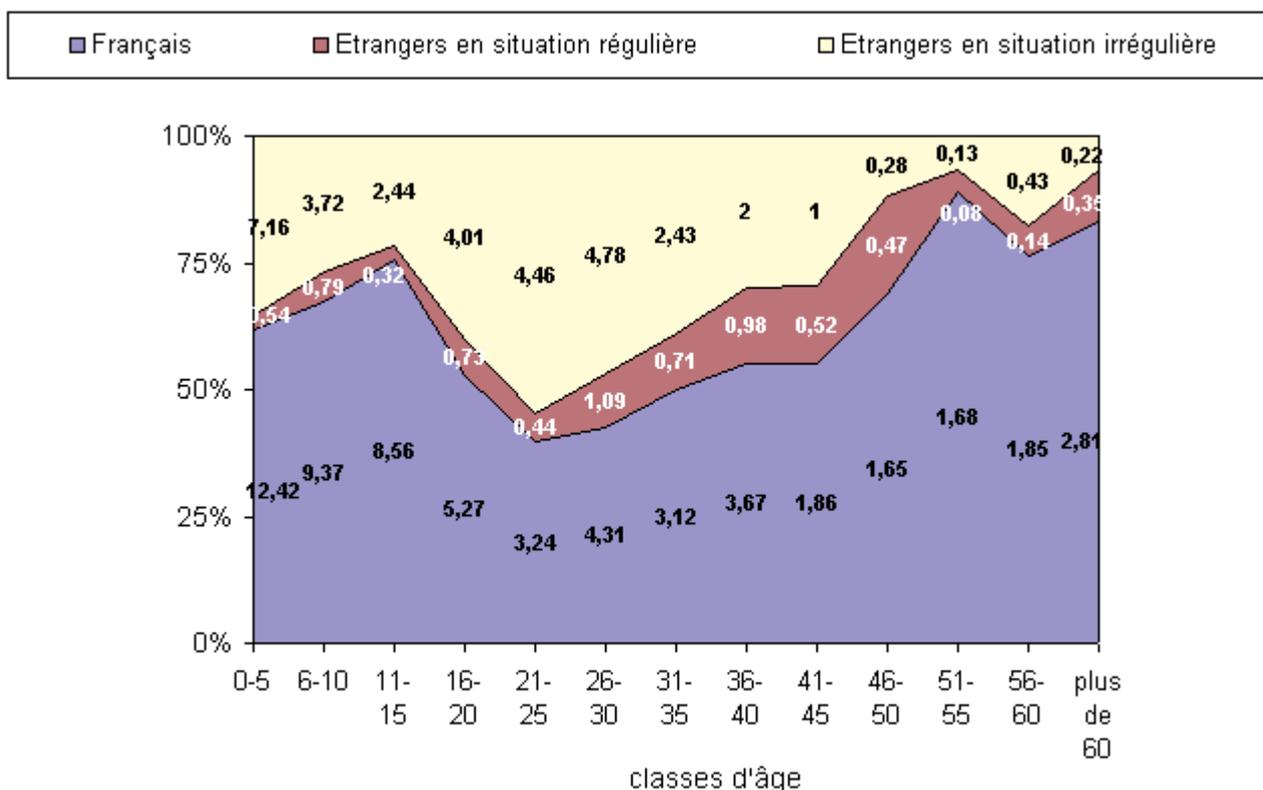
La population étrangère est donc à la fois majoritaire dans la population féminine (cf. graphique 5) et dans la population âgée de 15 à 30 ans (cf. graphique 6), donc dans la population en âge de procréer. Cette distribution permet d'expliquer le nombre important d'accouchements de femmes de nationalité étrangère à Mayotte. Elle est majori-

tairement urbaine (cf. graphique 7), 58,3 % de la population des zones urbaines était constituée d'étrangers contre 24,2 % de la population rurale. Cette nette concentration des étrangers est sans doute à l'origine d'une vision quelque peu biaisée de leur importance numérique dans la population par les différents responsables rencontrés.

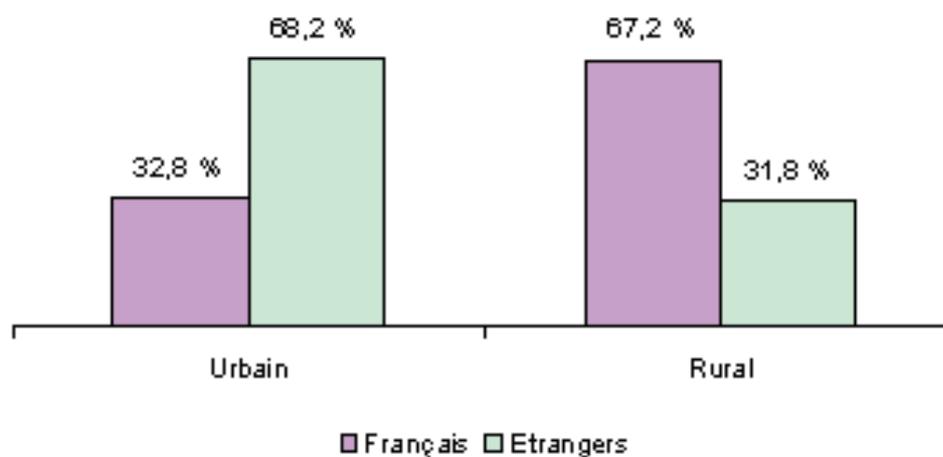
Graphique 5. Distribution par sexe et nationalité des résidents à Mayotte en octobre 2007



Graphique 6. Répartition de la population de Mayotte en octobre 2007 en fonction de l'âge, de la nationalité et du statut de résidence



Graphique 7. Nationalité des résidents de Mayotte en octobre 2007 en fonction de la localisation



Pour l'ensemble des caractéristiques financières et d'équipement du logement, on observe un gradient entre les étrangers en situation irrégulière, plus précaires, les étrangers en situation régulière et les français plus aisés. Un tiers (34,1 %) de la population de nationalité française maîtrisait peu ou pas du tout le français contre deux tiers (65,9 %) dans la population étrangère ( $p < 0,0001$ ). Six personnes sur dix (61,6 %) au sein de la population française travaillaient ou étudiaient pour seulement 28,1 % dans la population de nationalité étrangère. Ceux-ci, en grande majorité, n'ont pas le droit de travailler. Une

personne de nationalité française sur cinq (21,6 %) exerçait une activité informelle contre un tiers (36,5 %) des étrangers en situation régulière et la moitié des étrangers en situation irrégulière (48,2 %).

Parmi la population de nationalité étrangère en situation irrégulière âgée de plus de 14 ans, 20 % a déjà été reconduite à la frontière<sup>17</sup>, dont 40 % plus d'une fois. En majorité, il s'agissait d'hommes de moins de 30 ans, vivant en couple et exerçant une activité informelle.

Tableau 4. Principales variables sociodémographiques selon la nationalité des résidents à Mayotte en octobre 2007

	Français	Etrangers	p
<b>Sexe</b>			
Masculin	54,5 %	43,6 %	<0,0001
<b>Age</b>			
0-15 ans	50,7 %	37,2 %	
16-30 ans	21,4 %	38,5 %	
31-45 ans	14,5 %	19,0 %	<0,0001
46-60 ans	8,7 %	3,8 %	
Plus de 60 ans	4,7 %	1,4 %	
<b>Région</b>			
Urbaine	32,8 %	68,2 %	<0,0001
<b>Maîtrise du français</b>			
Pas du tout, très peu	34,1 %	65,9 %	<0,0001
<b>Activité</b>			
Travail ou fait des études	61,6 %	28,1 %	<0,0001

<sup>17</sup> Les personnes sont reconduites à Anjouan, quelle que soit leur île d'origine aux Comores.

**Tableau 5. Comparaison des caractéristiques financières selon la nationalité et le statut de résidence des résidents à Mayotte en octobre 2007**

	Français	Etrangers en situation régulière	Etrangers en situation irrégulière	p
<b>Ressources par unité de consommation le mois précédent l'enquête</b>				
<142 € / UC	38,8 %	36,7 %	66,8 %	< 0,0001
<b>Situation financière ressentie</b>				
Pas suffisamment d'argent pour vivre	27,5 %	66,2 %	35,4 %	<0,0001
<b>Equipement du logement</b>				
Electricité	99,3 %	97,5 %	86,9 %	<0,0001
Eau dans le logement ou dans la cour	80,8 %	78,5 %	45,8 %	<0,0001
Toilettes avec chasse d'eau ou améliorées	94,4 %	53,9 %	90,5 %	<0,0001
Radio	79,8 %	72,9 %	62,4 %	<0,0001

Les causes ou les motivations de migration vers Mayotte ont été explorées à l'aide de trois critères (cf. graphique 8) :

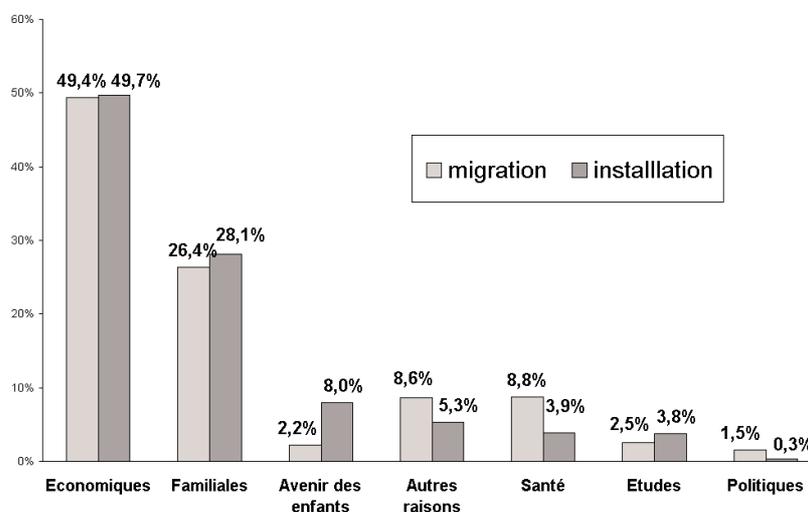
- les raisons d'immigrer,
- les raisons de l'installation,
- chez les patients atteints de maladies chroniques, la part du traitement ou du suivi médical comme motif d'installation.

La migration pour raison de santé est citée en troisième position par ordre décroissant de fréquence (9,1 % [6,2 ; 11,3]) parmi les motifs de migration.

L'installation pour raison de santé est citée en cinquième position par ordre décroissant de fréquence (4,0 % [2,4 ; 5,7]) parmi les motifs d'installation, au même rang que les études.

On constate que les raisons principales de migration ou d'installation sur l'île de Mayotte sont d'abord économiques (50 %) puis motivées par le rapprochement familial (26 %).

Graphique 8. Motivations de migration et d'installation des migrants nés à l'étranger, Mayotte en octobre 2007

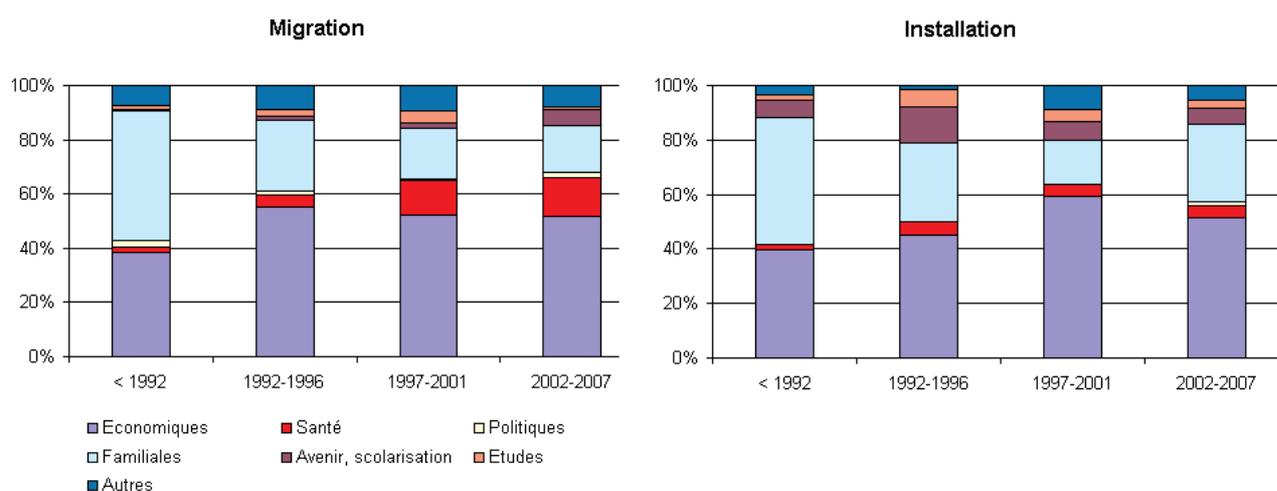


Concernant la troisième dimension explorée (part des raisons de soins ou de suivi médical dans la décision d'installation chez les personnes atteintes de maladie chronique), 4,6 % des migrants nés à l'étranger se sont installés pour traiter un problème de santé chronique. On ne retrouve pas de type particulier de pathologie par rapport aux pathologies chroniques déclarées par l'en-

semble de la population (asthme, migraine, troubles intestinaux).

Les migrations pour raisons sanitaires sont donc très minoritaires. Au total, 11,3 % [8,7-14,1] de la population migrante née à l'étranger a migré et/ou se s'est installée pour raisons de santé et/ou pour traiter une maladie chronique connue.

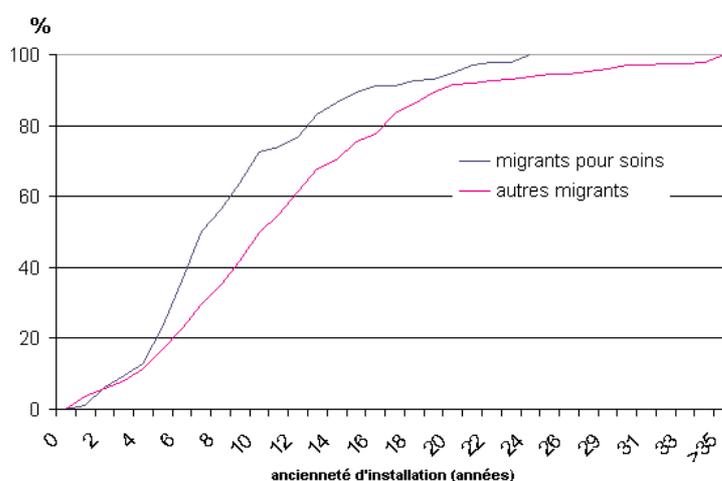
Graphique 9. Raisons de migration et d'installation des migrants nés à l'étranger en fonction de l'ancienneté d'installation, Mayotte, octobre 2007



On constate que les raisons familiales qui venaient en première position chez les immigrés avant 1992 passent derrière les raisons économiques depuis cette date (cf. graphique 9). Aussi rares soient-elles, les migrations puis les installations pour raisons de santé sont proportionnellement un peu plus importantes au cours des dix dernières années qu'antérieurement. Ceci peut s'expliquer de deux façons. D'une part, l'offre de soins s'est considérablement améliorée à Mayotte au cours de la période (alors que

cela n'a pas été le cas aux Comores, bien au contraire) ; d'autre part, 1997 est l'année de la mise en place du visa d'entrée à Mayotte et de l'arrêt de la libre circulation des personnes. Celles qui, auparavant, se rendaient à Mayotte librement (quasiment dans la journée) pour consulter le système de santé entre autres activités (visites familiales, approvisionnement, etc.) sont, en quelque sorte, retenues dans des frontières plus difficiles à traverser.

**Graphique 10. Comparaison des anciennetés d'installation des « migrants pour soins » et des autres migrants : proportions cumulées par ancienneté d'installation à Mayotte, octobre 2007**



Si l'on considère une période encore plus récente (depuis 2 ans), non seulement les migrations et les installations diminuent mais la part des motifs de santé s'est effondrée (cf. graphique 10). Peut-être est-ce là un effet de la mise en place de la Sécurité sociale et de la fin de la gratuité des soins pour tous.

Lorsque l'on compare ces migrants « pour soins » avec les autres migrants, on ne retrouve pas de différence significative pour les principales caractéristiques sociodémographiques générales (sexe, âge, accompagnement lors de la migration, activité, ressources, logement, maîtrise du français), sauf pour l'ancienneté de migration, le statut et la région de résidence. Les caractéristiques de santé, elles, diffèrent bien évidemment. Notons que 2 % des « migrants pour soins » ont acquis la nationalité française, un tiers est marié avec une personne de nationalité française et 62,5 % exerce une activité, dont 80 % de manière informelle.

### 3.2.2 Caractéristiques sanitaires

#### *Affiliation à la Sécurité sociale*

Au total, 61 % des personnes interrogées ont déclaré être affiliées (cotisants ou ayants droit) à la CSSM. Ce pourcentage est tout à fait cohérent avec les données de la CSSM. Un affilié sur dix est pris en charge à 100 %. Un affilié sur dix à une couverture santé complémentaire, une mutuelle pour le tiers de ceux-ci, une assurance privée pour les autres.

La principale raison de non affiliation était l'absence de papiers (77 % des non affiliés). Un non affilié sur dix était en cours d'affiliation. Les étrangers en situation irrégulière n'ayant théoriquement pas droit à la Sécurité sociale, la différence d'affiliation est très importante selon la nationalité. Neuf personnes sur dix (89,9 %) de la population de nationalité française étaient affiliées contre seulement 17,7 % de

la population étrangère ( $p < 0,0001$ ). On constate que 8,6 % de la population étrangère en situation irrégulière ont déclaré être affiliés. Il s'agit, en fait, d'enfants de moins de 15 ans étrangers nés à Mayotte et d'affiliés ayant perdu leur titre de séjour.

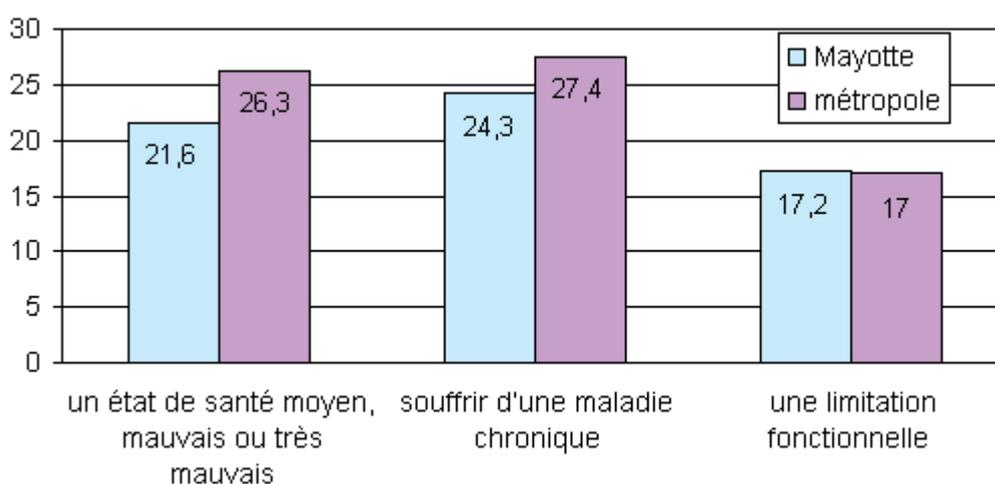
#### Etat de santé

L'état de santé était jugé bon ou très bon dans 70,8 % des

cas ; 13,8 % souffraient d'un handicap et 20,6 % ont déclaré être atteints d'une maladie chronique.

Nous avons effectué une comparaison de ces pourcentages, entre Mayotte et la métropole<sup>18</sup> chez les individus de 16 ans et plus (cf. graphique 11).

Graphique 11. Comparaison de l'état de santé entre Mayotte et la métropole



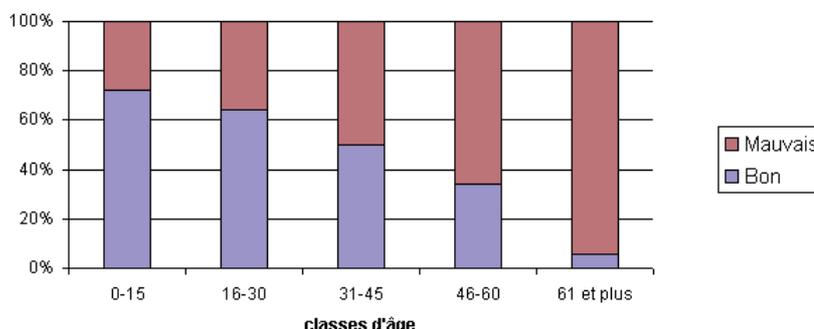
Source : Etude DSRM, octobre 2007, Mayotte ; Santé, soins et protection sociale en 2004, IRDES.

Pour l'analyse de l'état de santé en fonction de l'âge, un état de santé « moyen », « mauvais » ou « très mauvais », et/ou la présence d'un handicap léger ou important et/ou la déclaration d'au moins une maladie chronique, ont été regroupés. On observe une décroissance de l'état de santé

avec l'âge (cf. graphique 12). Au-delà de 60 ans, près de 95 % des individus ont un état de santé dégradé, mais aussi plus de 20 % des enfants de moins de 15 ans.

<sup>18</sup> Source : Enquête Santé, soins et protection sociale, IRDES 2004.

Graphique 12. Etat de santé en fonction de l'âge à Mayotte, octobre 2007



L'état de santé perçue était différent selon la nationalité (cf. graphique 13) : les deux tiers (66,7 %) de la population de nationalité étrangère se disaient en bon ou très bon état de santé, ce pourcentage étant de 74,2 % dans la population française ( $p < 0,0001$ ). Une personne de nationalité française sur cinq déclarait avoir une maladie chronique, contre 31,4 % pour les étrangers en situation régulière et 22,6 % pour les étrangers en situation irrégulière. Aucune différen-

ce selon la nationalité pour le type de pathologies déclarées n'était observée, sauf une fatigue plus importante dans la population de nationalité française et les troubles intestinaux et cutanés plus présents chez les étrangers. En général, de même que pour le suivi de l'hypertension artérielle (cf. tableau 6), les français bénéficiaient d'un suivi plus régulier, les étrangers étant davantage suivis « partiellement » ou « pas du tout ».

Graphique 13. Etat de santé perçue en fonction du statut de résidence (français, étrangers en situation régulière (ESR), étrangers en situation irrégulière (ESI) à Mayotte, octobre 2007

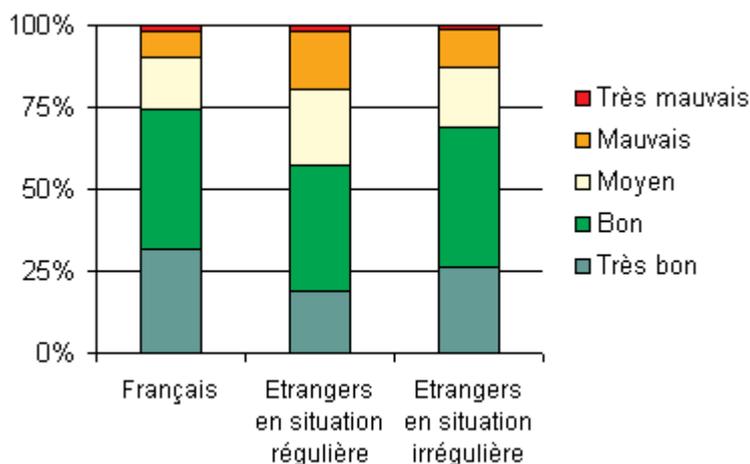


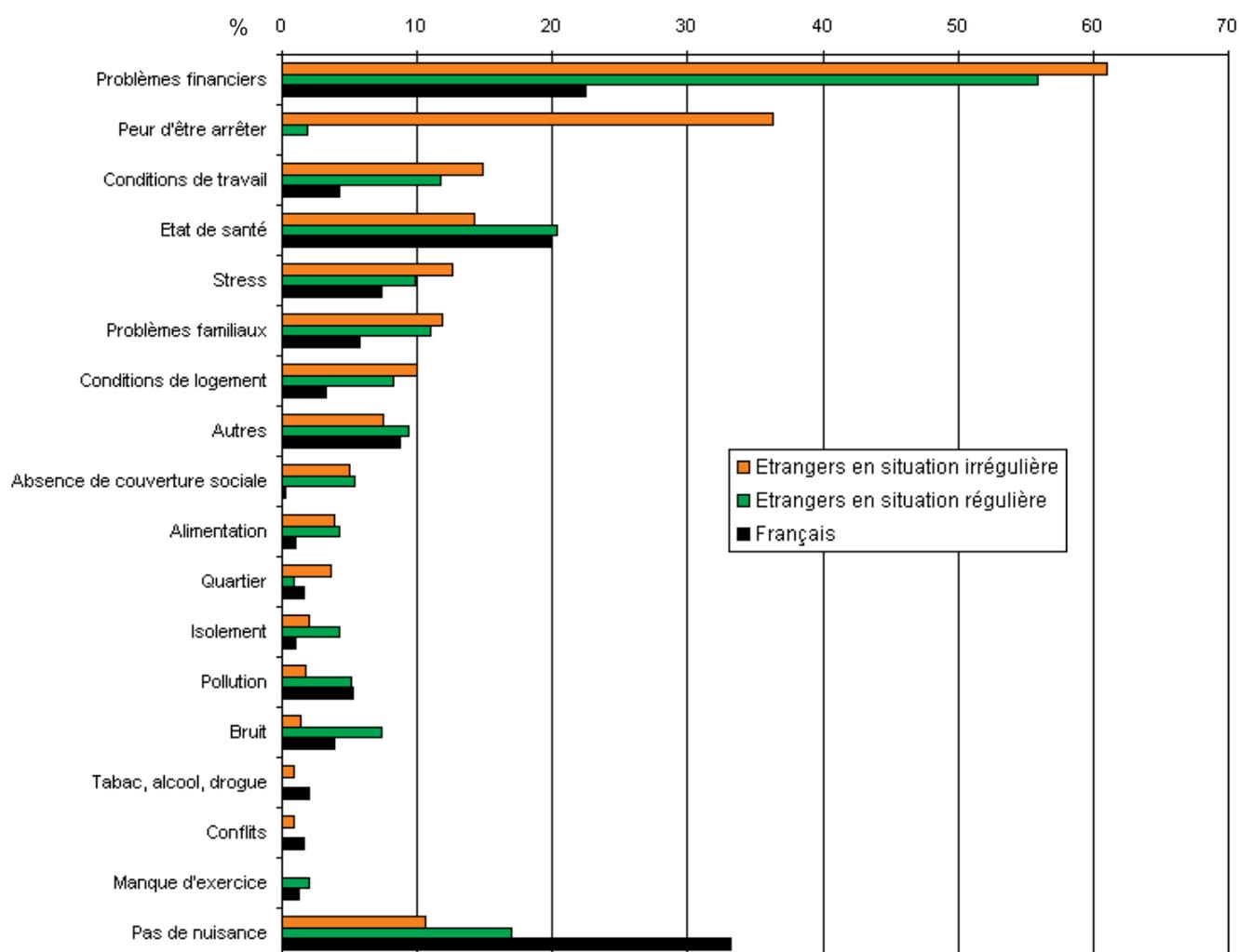
Tableau 6. Prise en charge et suivi de l'hypertension artérielle à Mayotte, octobre 2007

	Français (%)	Etrangers (%)	p
Suivi régulier	60,9	32,8	
Suivi partiel	13,0	37,0	<0,00001
Pas de suivi	26,2	30,2	

Concernant les conditions de vie nuisant à la santé, les deux types de populations différaient également (cf. graphique 14). Les items sur lesquels ces deux populations divergeaient le plus radicalement étaient la peur d'être arrêté (29,1 % vs 0 %), l'absence de couverture sociale (5,1 % vs

0,2 %), l'alimentation (4 % vs 1 %), les conditions de travail (4,2 % vs 14,2 %) et les conditions de logement (3,2 % vs 9,2 %). Un étranger sur trois considérait la peur d'être arrêté comme nocive pour sa santé, ce taux important est à mettre en regard du nombre d'expulsions hors de Mayotte depuis 2005.

Graphique 14. Conditions de vie pouvant nuire à la santé en fonction de la nationalité et du statut de résidence à Mayotte, octobre 2007



### Recours aux soins

S'agissant du recours aux soins dans l'année précédant l'étude, 10,7 % de la population interrogée avaient été hospitalisés au cours des 12 derniers mois : 30,8 % pour un accouchement, 11,9 % pour une opération chirurgicale et 57,3 % pour d'autres raisons. Les deux tiers des motifs d'hospitalisation chez les femmes de plus de 15 ans concernaient un accouchement.

Si l'on veut comparer ce taux avec la métropole, on peut considérer le taux d'hospitalisés chez les plus de 17 ans : il est de 13,5 % en métropole en 2003 (DREES, 2005) et de 13,1 % à Mayotte.

Près des trois quarts (73 %) de la population totale avaient consulté au moins une fois un médecin au cours des 12 derniers mois, dont 71,6 % d'adultes. Pour mémoire, en métropole, ce taux chez les adultes est de 91 % en 2003 (DREES, 2005).

Malgré le fait que l'accès aux soins soit différent selon le statut légal de résidence, les deux populations ne différaient pas significativement en termes de taux d'hospitalisation ou de fréquence de consultations médicales au cours de l'année écoulée. Il est rare, dans des enquêtes représentatives françaises, de mettre en évidence des différences numériquement importantes des taux « bruts » de recours aux soins, en fonction des groupes sociaux (y compris entre les « exclus » et les plus favorisés). Pour mettre en évidence les inégalités sociales de recours aux soins, des indicateurs plus fins doivent être utilisés : le type de recours, les modalités et les motifs de ces recours. Cette situation se retrouve à Mayotte, pour deux raisons. D'une part, comme en métropole, les soins urgents et vitaux sont – d'une façon ou d'une autre – globalement assurés, indépendamment de la situation des personnes (la question discriminante étant alors le délai ou le retard aux soins). D'autre part, dans un contexte comme celui de Mayotte, le recours aux soins de la population reste globalement parcimonieux (même en étant assurés sociaux, la consommation médicale des Mahorais reste modeste, sans commune mesure avec celle de la population métropolitaine), ce qui ne contribue pas à mettre en évidence des écarts « bruts », même entre assurés sociaux et personnes en situation irrégulière.

Ainsi, on retrouve en analyse multivariée certaines différences, selon le type de professionnel ou de structure de soins fréquentés :

- un résident de nationalité française avait 1,79 (IC95 % = [1,40 ; 2,29]) fois plus de chance d'avoir consulté un médecin libéral au cours des 12 derniers mois ;
- globalement, un résident de nationalité étrangère avait 1,23 (IC95 % = [1,03 ; 1,47]) fois plus de chance d'avoir consulté un médecin en PMI mais cette différence n'est due qu'à la structure d'âge différente des deux populations. En effet, lorsque l'on restreint cette analyse à la population des femmes et des enfants de moins de 6 ans, on ne retrouve plus de différence significative ;
- si l'on s'intéresse au fait d'avoir consulté au moins un paramédical, on retrouve une différence significative entre les 2 populations. Un résident de nationalité française avait 1,53 (IC95 % = [1,13 ; 1,88]) fois plus de chance d'avoir consulté un personnel paramédical. Cette différence est significative notamment pour les consultations d'infirmiers et de kinésithérapeutes. En revanche il n'y a pas de différence significative concernant la consultation d'un pharmacien ou d'un dentiste durant l'année précédente ;
- concernant les soins dentaires, un résident de nationalité française avait 2 fois plus de chance (IC95 % = [1,56 ; 2,57]) d'avoir consulté un dentiste au cours des deux dernières années ;
- *a contrario*, la population de nationalité étrangère avait 1,27 (IC95 % = [1,01 ; 1,58]) fois plus de chance d'avoir consulté un praticien traditionnel : la différence est significative quant à la consultation d'un masseur ou d'un herboriste, mais ne l'est pas pour les *Mwalimus* et les *Fundis* ;
- on ne retrouve pas de différence concernant la prise de médicaments « conventionnels » mais les prises de traitements traditionnels diffèrent significativement ; la population de nationalité étrangère avait 1,61 (IC95 % = [1,19 ; 2,18]) fois plus de chance d'avoir pris un traitement traditionnel.

**Tableau 7. Recours aux soins au cours des derniers mois en fonction de la nationalité des résidents à Mayotte en octobre 2007**

	Français %	Etrangers %	p
<b>Hospitalisation</b>	10,3	11,3	NS (0,5)
<b>Consultations médicales</b>	73,6	72,8	NS (0,7)
Dispensaire	56,2	56,2	NS (1)
Libéral	22,2	13,8	<0,0001
Urgences	10,1	12,5	NS (0,08)
Consultation hospitalière	16,5	16,7	NS (0,93)
PMI	17,9	21,5	0,04
<b>Consultations paramédicales</b>	25,5	21,1	0,02
Infirmier	13,1	9,6	0,004
Kinésithérapeute	2,6	1,2	0,03
Pharmacien	6,6	6,4	NS (0,8)
Dentiste	8,7	7,2	NS (0,19)
<b>Consultations de thérapeutes traditionnels</b>	24,9	36,5	<0,0001
<i>Mualimu</i>	1,7	1,7	NS (0,9)
<i>Fundi</i>	12,0	14,7	NS (0,07)
Masseuse	12,3	23,7	<0,0001
Herboriste	8,0	19,4	<0,0001
Membres de la famille	2,6	1,9	NS (0,26)
<b>Prise de traitements traditionnels</b>	14,8	21,8	< 0,01

Presque toutes les personnes interrogées (96,6 %) ont déclaré posséder un carnet de santé. Une grande majorité des enfants de moins de 6 ans (86,3 %) sont suivis en PMI, contre 16,7 % qui ne le sont pas.

Concernant les soins dentaires, on observe un très important déficit de soins : les deux tiers de la population n'ont jamais consulté de dentiste et seuls 10 % de la population ont consulté au cours des 12 derniers mois. Ce constat est appuyé par les dentistes que nous avons rencontrés qui ont tous confirmé la très mauvaise santé dentaire et des pathologies à un stade avancé chez leur patientèle.

#### Dépistage du VIH

Seuls 22,5 % des individus de plus de 15 ans ont déclaré avoir eu, au moins une fois au cours de leur vie, un test de dépistage du VIH. On ne retrouve étonnamment pas de différence en fonction du sexe. Les Français avaient 1,76 (IC95 % = [1,32 ; 2,35]) fois plus de chance d'avoir eu au moins une fois un test de dépistage du VIH. On ne retrouve pas plus chez les étrangers que dans l'ensemble de la population (voir précédemment) de différence significative en fonction du sexe : une femme sur cinq, soit 19,2 %, déclarent avoir fait un test de dépistage, contre 15,5 % des hommes. Sachant que 79 % des femmes ont déjà été enceintes, cette absence d'écart dans la prévalence du

dépistage au cours de la vie entière (habituellement observé en faveur des femmes dans toutes les enquêtes en France) pose question. Correspond-il à un authentique déficit de dépistage pendant la grossesse (ce dont on peut douter fortement puisque les accouchements ont lieu en milieu médicalisé) ou est-il le signe – ce qui est plus probable – d'un déficit de compréhension et d'information concernant cet examen ?

#### Grossesse accouchement

Dans l'ensemble de la population, parmi les 16,4 % de femmes ayant été hospitalisées durant l'année précédente, les deux tiers (65 %) l'ont été pour un accouchement, soit 10,6 % (on retrouve le nombre de 8 000 naissances annuelles sur l'île, rapporté par ailleurs).

Parmi les femmes ayant déjà eu des enfants, 86 % ont été suivies de façon satisfaisante lors de leur dernière grossesse (avec au moins une consultation par trimestre avec un médecin ou une sage femme). *A contrario*, 3,3 % des femmes ayant eu des enfants ont été suivies partiellement et 10 % n'ont pas du tout été suivies dans le système moderne de soins. La moitié des femmes avait également été suivie par un soignant traditionnel, le plus souvent une masseuse ou un herboriste.

En analyse univariée, ce taux d'accouchement augmente selon l'âge (<30 ans), la région (urbaine), la nationalité (étrangère), le statut de résidence (situation irrégulière), l'affiliation à la sécurité sociale (non affilié) et le fait d'être en couple. En revanche, ce taux ne varie pas avec les principales variables économiques telles les ressources du ménage par unité de consommation, la situation financière ressentie.

En analyse multivariée, après avoir ajusté sur l'âge, le fait d'être en couple, la zone d'habitation et le statut socio-économique du ménage, on n'observe plus de différences significatives en fonction de la nationalité et du statut de résidence. Les femmes en situation irrégulière n'accouchent donc pas (et ne viennent pas accoucher) plus souvent que les autres du fait de leur situation : les différences observées s'expliquent essentiellement par les caractéristiques démographiques (âge, statut conjugal).

Concernant le suivi de grossesse, en analyse univariée, les femmes de nationalité étrangère avaient 2,95 (IC95 % = [1,50 ; 5,88]) fois plus de chances d'avoir été suivies au moins une fois par un médecin ou une sage femme pendant leur grossesse. Cette différence persiste après ajustement sur l'âge, la zone géographique et le statut socio-économique du ménage. En revanche, il n'y a pas de différence significative en analyse multivariée concernant le suivi régulier (OR = 1,73 ; IC95 % = [0,94 ; 3,19]). De plus, la tendance s'inverse (mais n'est pas significative non plus) si l'on ne considère que le suivi régulier effectué par un médecin : les femmes de nationalité étrangère ont 1,45 (IC95 % = [0,91 ; 2,32]) moins de chances d'avoir été suivies par un médecin. Le suivi en médecine libérale concerne préférentiellement les Françaises : elles ont 3,03 (IC95 % = [1,59 ; 5,80]) fois plus de chances que les étrangères d'avoir bénéficié de ce type de suivi.

Au total, les étrangères ont souvent au moins un contact avec les structures de soins pour le suivi de leur grossesse, mais ce suivi n'est pas forcément complet ni réalisé par un médecin. Notons que le suivi par un médecin peut être surestimé sur ces données déclaratives, notamment chez les femmes de faible niveau d'éducation, les patientes n'étant pas forcément très au fait de la qualification de la personne qui les examine.

Parallèlement, le suivi par un soignant traditionnel était plus élevé chez les femmes de nationalité étrangère (54,2 % vs 35,1 % ;  $p < 0,0001$ ).

### **Renoncements aux soins**

Près de la moitié de la population (45,5 %) jugeait plutôt difficile de consulter un médecin

Interrogés spécifiquement sur le renoncement aux soins, 18,6 % des individus ont déclaré avoir renoncé à des soins au moins une fois au cours de l'année écoulée et 11,2 % des parents avaient dû renoncer à des soins pour leurs enfants sur la même période de temps.

Un tiers (29,9 %) de la population de nationalité étrangère a déclaré avoir au moins une fois renoncé à des soins, contre seulement 10,9 % dans la population française : OR = 3,47 ; IC95 % = [2,74 ; 4,41]. De la même façon, 18,8 % des individus de nationalité étrangère, avec enfants, avaient au moins une fois renoncé à des soins pour leurs enfants, contre 3,4 % de personnes de nationalité française : OR = 6,77 ; IC95 % = [3,58 ; 10,07].

Dans la population de nationalité étrangère, 57,3 % trouvaient plutôt difficile de consulter un médecin contre 35,7 % dans la population française. Après ajustement sur le sexe, l'âge et l'état de santé, les personnes en situation irrégulière ont déclaré deux fois plus souvent rencontrer des difficultés pour consulter un médecin, de même que les personnes isolées (cf. tableau 8).

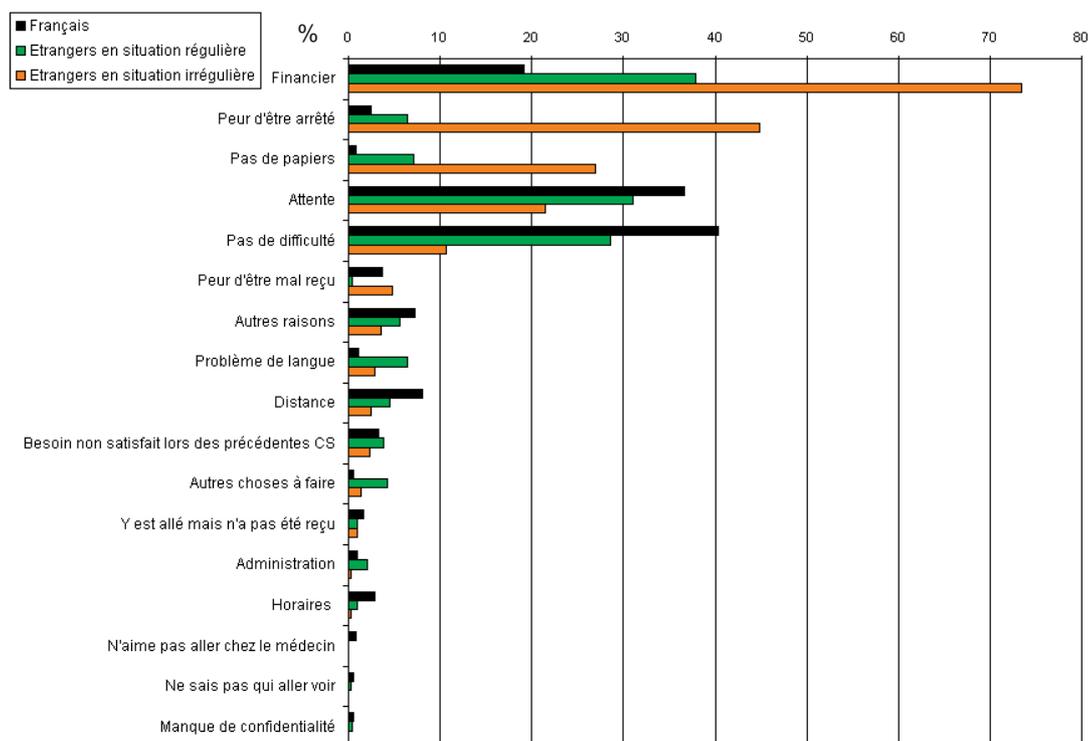
Tableau 8. Facteurs associés aux difficultés de consulter un médecin à Mayotte en octobre 2007

	% dans la population	% chez les cas	OR	IC95 %
<b>Bonne santé perçue</b>				
Oui	21,6	0,0	ref.	
Non	78,4	100,0	+++	
<b>Sexe</b>				
Féminin	49,8	51,6	ref.	
Masculin	50,2	48,4	1,06	[0,7 -1,6]
<b>Situation de résidence</b>				
Régulière	36,0	25,2	ref.	
Irrégulière	64,0	74,8	2,10	[1,4-3,3]
<b>Isolement</b>				
Entouré	21,4	15,8	ref.	
Seul	78,6	84,2	1,89	[1,1-3,3]

Près de 70 % des personnes ont déclaré connaître des obstacles dans l'accès aux soins. Dans l'ensemble de la population, les principaux obstacles mentionnés étaient les problèmes financiers (38,4 %), l'attente en consultation (31,3 %), la peur d'être arrêté (16 %), de ne pas avoir de papiers (9,8 %), la distance (6 %). Au total,

86,1 % de la population étrangère ont déclaré avoir des difficultés pour consulter, contre 59,7 % de la population de nationalité française. Les obstacles évoqués différaient selon la nationalité. Le graphique 15 compare des obstacles aux soins, en fonction de la nationalité et du statut de résidence.

Graphique 15. Obstacles aux soins en fonction de la nationalité et du statut de résidence à Mayotte en octobre 2007



## Conclusion et perspectives

Les résultats de cette étude montrent tout d'abord l'intérêt de conduire ce type d'enquête à Mayotte, au regard de la rareté, voire de l'inexistence de données sur l'accès aux soins de la population et en particulier de la population étrangère présente à Mayotte. Ils montrent aussi la faisabilité de ce type d'enquête, son acceptation par la population sur un sujet qui la touche de près, la fiabilité des résultats concernant la population en situation de séjour irrégulière, pour peu qu'elle soit réalisée dans les conditions qui ont prévalu ici.

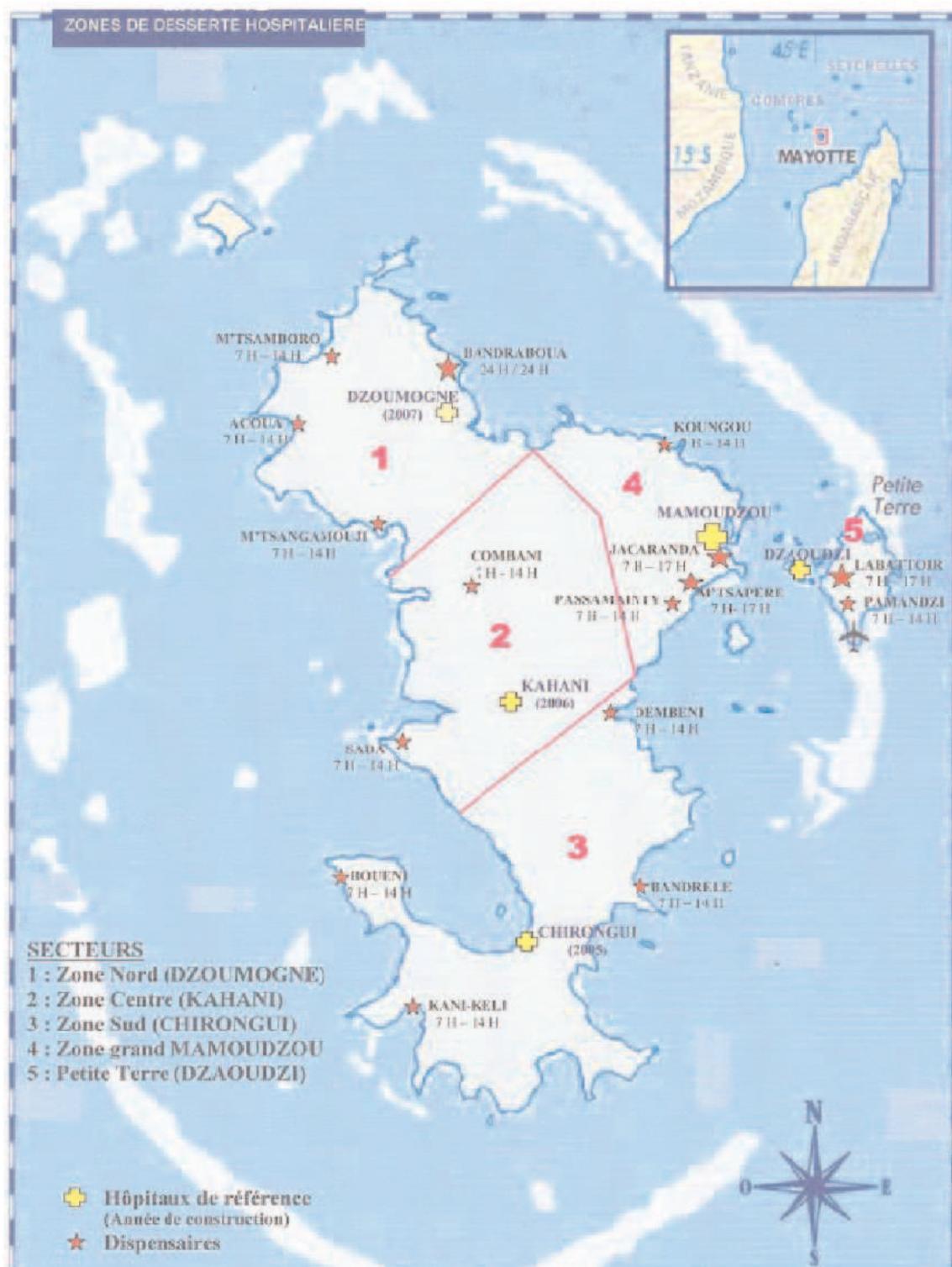
Au-delà, plusieurs enseignements originaux peuvent être tirés de cette enquête. Nous en retiendrons les principaux points suivants :

- la population étrangère immigrée est très présente dans l'île (40 %), mais depuis longtemps, la moitié étant présente depuis plus de 10 ans. Elle prédomine dans la tranche des 15-45 ans, chez les femmes et dans les zones les plus urbaines de l'île. Elle est dans son immense majorité en situation irrégulière et très précaire.
- les migrations pour motifs sanitaires sont très minoritaires. Au total, 11 % de la population migrante née à l'étranger ont migré et/ou se sont installés pour raisons de santé et/ou pour traiter une maladie chronique connue. La majorité de la population étrangère a migré pour des raisons économiques (50 %) et familiales (26 %).
- l'état de santé des étrangers est moins bon que celui des Français, et leur accès aux soins est plus difficile. Si aucune différence importante n'a été observée en termes de fréquence de recours aux soins, en revanche, les étrangers sont moins bien suivis pour les pathologies chroniques, les dépistages et les suivis des grossesses. Ils ont, plus encore que les Mahorais, recours aux tradipraticiens.
- la population dans son ensemble se déclare très satisfaite des soins médicaux reçus, même si l'évolution de la prise en charge des soins de santé depuis 2 ans est diversement appréciée.
- Des obstacles aux soins sont cités par 70 % de la population dans son ensemble. Un tiers de la population de nationalité étrangère déclare avoir au moins une fois renoncé à des soins au cours de l'année écoulée, contre 11 % dans la population française, y compris à des soins pour leurs enfants (respectivement 19 et 3 %).
- de nombreux témoignages, à défaut d'indicateurs statistiques, font état d'un déficit d'information en matière de santé des habitants de Mayotte, indépendamment de la nationalité, du statut de résidence ou de l'ancienneté de résidence sur l'île. Beaucoup reste à faire, visiblement, en termes de promotion de la santé et d'éducation à la santé.

Ce type d'enquête mériterait d'être renouvelé dans le cadre de l'évolution institutionnelle de l'île et de ses conséquences sur le système de soins et de protection sociale. Il mériterait aussi d'être complété et mis en regard d'enquêtes dans les structures de soins pour pouvoir estimer, sur des critères médicaux en particulier, l'importance des retards aux soins et leurs conséquences sanitaires, sociales et économiques.

Enfin, ce type d'enquêtes ne peut évidemment pas se substituer à des systèmes d'information sanitaire qui font complètement défaut aujourd'hui à Mayotte alors même que l'organisation de l'offre de soins dans l'île s'y prête particulièrement bien.

## Annexe 1. Carte sanitaire de Mayotte



Source : DASS Mayotte, SROS 2005.

## Liste des sigles et abréviations

AME	Aide médicale d'Etat
APS	Autorisation provisoire de séjour
CAF	Caisse d'allocations familiales
CHM	Centre hospitalier de Mayotte
Cire	Cellule interrégionale d'épidémiologie
CMU	Couverture maladie universelle
CNF	Certificat de nationalité française
CREC	Commission de révision de l'état civil
CSSM	Caisse de Sécurité sociale de Mayotte
DASS	Direction des Affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ministère de la Santé et de la protection sociale
DSRM	Déterminants sociaux du recours aux soins à Mayotte
IC	Intervalle de confiance
ESR	Etrangers en situation régulière
ESI	Etrangers en situation irrégulière
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
InVS	Institut de veille sanitaire
LPF	Liens personnels et familiaux
ODSE	Observatoire du droit à la santé des étrangers
OMS	Organisation mondiale de la santé
OR	Odds ratio
PACS	Pacte civil de solidarité
PMI	Protection maternelle et infantile
RMI	Revenu minimum d'insertion
DS3	Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins
UC	Unité de consommation
UMR	Unité mixte de recherche
UPMC	Université Pierre et Marie Curie
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

## Bibliographie

BAYART, J.-F., R. BERTRAND, T. GORDADZE et B. HIBOU (2006), *Legs colonial et gouvernance contemporaine*, Document de travail n° 13, AFD, Paris.

BENEVISE, J.-F. et A. LOPEZ (2006), *Avis rendu par les médecins inspecteurs de la santé publique sur le maintien des étrangers malades sur le territoire*, rapport n° RM2006-139A, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), septembre, Paris.

BONNELLE, F. (1998), *Réflexion sur l'avenir institutionnel de Mayotte : rapport au secrétaire d'Etat à l'outre-mer*, La Documentation française, Paris.

BOUFFART, S. (1999), *Djinnis et possession à Mayotte, Comores, le rite du Patrosi : pérennité et changements*, mémoire de maîtrise, université Paris X, Nanterre.

DAYTON-JOHNSON, J. et T. XENOYANI (2006), "*Immigration, Development and Policy Trade-offs*", Working Paper for the 4th AFD/EUDN Conference, November 8th, Paris,

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES – DREES – (2005), « *Enquête décennale santé 2003 : l'état de santé en France en 2003* », *Etudes et Résultats*, n° 436, octobre, Paris.

FENELLY, K. (2007), "*The "Healthy Migrant" Effect*", Mar, 90(3):51-3, Hubert H. Humphrey Institute of Public Affairs, University of Minnesota, USA.

MBAYE, E.-M. (2008), « Entre le marteau et l'enclume : le travail de médecins face aux étrangers malades en France », *Communication au Congrès de l'Association belge de sciences politiques*, juin, Bruxelles.

OBSERVATOIRE DU DROIT À LA SANTÉ DES ÉTRANGERS – ODSE – (2003), *Rapport d'observation 2003*, juin, Paris.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE – OCDE – (2008), « Fléchissement des opérations d'allongement de la dette et légère augmentation des autres formes d'APD », *Communiqué du 04/04/2008*, Paris.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – OMS – (2005), *La santé et les Objectifs du millénaire pour le développement*, OMS, Genève.

SAKOYAN, J. (2006), « Dossier n° 5 : les effets sanitaires d'une réforme administrative. La mise en place de la Sécurité sociale à Mayotte », *Bulletin de l'Amades*, n° 67.

Site consulté

Insee 2002

[http://www.Insee.fr/fr/Insee\\_regions/reunion/publi/d\\_mayotte\\_sommaire.htm](http://www.Insee.fr/fr/Insee_regions/reunion/publi/d_mayotte_sommaire.htm)

## Série Documents de travail / Working Papers Series Publiés depuis janvier 2009 / Working Papers published since January 2009

Les numéros antérieurs sont consultables sur le site : <http://recherche.afd.fr>

Previous publications can be consulted online at: <http://recherche.afd.fr>

- N° 78 « L'itinéraire professionnel du jeune africain » Les résultats d'une enquête auprès de jeunes leaders africains sur les « dispositifs de formation professionnelle post-primaire »  
Richard Walther, consultant ITG, Marie Tamoifo, porte-parole de la jeunesse africaine et de la diaspora  
Contact : Nicolas Lejosne, département de la Recherche, AFD - janvier 2009.
- N° 79 Le ciblage des politiques de lutte contre la pauvreté : quel bilan des expériences dans les pays en développement ?  
Emmanuelle Lavallée, Anne Olivier, Laure Pasquier-Doumer, Anne-Sophie Robilliard, DIAL - février 2009.
- N° 80 Les nouveaux dispositifs de formation professionnelle post-primaire. Les résultats d'une enquête terrain au Cameroun, Mali et Maroc  
Richard Walther, Consultant ITG  
Contact : Nicolas Lejosne, département de la Recherche, AFD - mars 2009.
- N° 81 *Economic Integration and Investment Incentives in Regulated Industries*  
Emmanuelle Auriol, Toulouse School of Economics, Sara Biancini, Université de Cergy-Pontoise, THEMA,  
Comments by : Yannick Perez and Vincent Rious - April 2009.
- N° 82 Capital naturel et développement durable en Nouvelle-Calédonie - Etude 1. Mesures de la « richesse totale » et soutenabilité du développement de la Nouvelle-Calédonie  
Clément Brelaud, Cécile Couharde, Vincent Géronimi, Elodie Maître d'Hôtel, Katia Radja, Patrick Schembri, Armand Taranco, université de Versailles - Saint-Quentin-en-Yvelines, GEMDEV  
Contact : Valérie Reboud, département de la Recherche, AFD - juin 2009.
- N° 83 *The Global Discourse on "Participation" and its Emergence in Biodiversity Protection*  
Olivier Charnoz - July 2009.
- N° 84 Participation des communautés à la préservation de la biodiversité : un cadre analytique amélioré pour les praticiens  
Community Participation in Biodiversity Protection: an Enhanced Analytical Framework for Practitioners  
Olivier Charnoz - August 2009.
- N° 85 Les Petits opérateurs privés de la distribution d'eau à Maputo : d'un problème à une solution ?  
Aymeric Blanc, Jérémie Cavé, LATTS, Emmanuel Chaponnière, Hydroconseil  
Contact : Aymeric Blanc, département de la recherche, AFD - août 2009.
- N° 86 Les transports face aux défis de l'énergie et du climat  
Benjamin Dessus, Global Chance.  
Contact : Nils Devernois, département de la Recherche, AFD - septembre 2009.
- N° 87 Fiscalité locale : une grille de lecture économique  
Guy Gilbert, professeur des universités à l'École normale supérieure (ENS) de Cachan  
Contact : Réjane Hugounenq, département de la Recherche, AFD - septembre 2009.
- N° 88 Les coûts de formation et d'insertion professionnelles - Conclusions d'une enquête terrain en Côte d'Ivoire  
Richard Walther, expert AFD avec la collaboration de Boubakar Savadogo (Akilia) et de Borel Foko (Pôle de Dakar)  
Contact : Nicolas Lejosne, département de la Recherche, AFD - octobre 2009.

- 
- N° 89    Présentation de la base de données. Institutional Profiles Database 2009 (IPD 2009)  
Institutional Profiles Database III - Presentation of the Institutional Profiles Database 2009 (IPD 2009)  
Denis de Crombrugghe, Kristine Farla, Nicolas Meisel, Chris de Neubourg, Jacques Ould Aoudia, Adam Szirmai  
Contact : Nicolas Meisel, département de la Recherche, AFD - décembre 2009.