

Université de Bordeaux 2 – Victor Ségalen

U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2013-2014

N°

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 7 juillet 2014

Par
Né le

Étude
descriptive aux
Urgences du
Centre
Hospitalier de
Mayotte d'une

EIN
ours

Étude descriptive aux Urgences du Centre Hospitalier de Mayotte d'une population migrant pour raison de santé

Directeur de thèse : M. le Docteur Maël Voegeli

Rapporteur de thèse : M. le Professeur Pierre Aubry

Membres du Jury

M. le Professeur Xavier Combes	Président
M. le Professeur Peter Von Theobald	Jury
M. le Professeur Bernard-Alex Gauzère	Jury
Mme le Docteur Céline Lartigau-Roussin	Jury
M. le Docteur Maël Voegeli	Jury

Table des matières

INTRODUCTION :	6
I- CONTEXTE GEOGRAPHIQUE DE MAYOTTE ET DES COMORES :	8
II- HISTOIRE DE MAYOTTE ET DES COMORES :	9
1- <i>Des premiers peuplements des Comores à la décolonisation :</i>	9
2- <i>Les relations Franco-Comoriennes en droit international depuis l'indépendance:</i>	13
3- <i>Histoire des migrations comoriennes :</i>	15
4- <i>Une histoire sanitaire commune</i>	16
III- SYSTEME DE SANTE AUX COMORES ET A MAYOTTE.....	20
1- <i>Données épidémiologiques comparatives :</i>	20
2- <i>La santé aux Comores :</i>	20
3- <i>Le système de santé à Mayotte :</i>	28
IV- L'IMMIGRATION CLANDESTINE SUR MAYOTTE :	32
1- <i>Données sur les migrants à Mayotte :</i>	32
2- <i>Les motifs de migration :</i>	33
3- <i>Description des réseaux de passeurs :</i>	34
4- <i>La lutte contre l'immigration illégale :</i>	36
5- <i>Parcours du migrant arrêté en mer :</i>	37
V- LES MOBILITES THERAPEUTIQUES :	39
1- <i>Circulation thérapeutique :</i>	40
2- <i>Migration médicale :</i>	41
VI- PRESENTATION DE L'ETUDE :	44
MATERIEL ET METHODE :	45
I- LIEU DE L'ETUDE :	46
II- POPULATION ETUDIEE :	47
1- <i>Critères d'inclusion :</i>	47
2- <i>Critères d'exclusion :</i>	47
III- LES DONNEES DE L'ETUDE :	48
1- <i>Le questionnaire informatisé :</i>	48
2- <i>Données récupérées à postériori :</i>	49
IV- INFORMATION DU PATIENT ET RECUEIL DES DONNEES :	51
V- EXTRACTION ET ANALYSE DES DONNEES :	51
RESULTATS :	52
I- DESCRIPTION DE LA POPULATION DE L'ETUDE :	53
1- <i>Nombre de patients inclus :</i>	53
2- <i>Information sur l'étude et recueil du consentement :</i>	53
3- <i>Âge, sexe et langue parlée :</i>	54
4- <i>Catégories socio professionnelles :</i>	54
5- <i>Personne référente pour les mineurs :</i>	55
6- <i>Adresse hors Mayotte :</i>	56
II- DESCRIPTION DES CONDITIONS DE VENUES SUR MAYOTTE :	57
1- <i>Décideur du départ pour Mayotte :</i>	57
2- <i>Coût du transport :</i>	57
3- <i>Nombre de personnes embarquées à bord du Kwassa kwassa :</i>	58
4- <i>Conditions d'arrivées :</i>	58
5- <i>Lieu d'arrivée sur Mayotte :</i>	59
6- <i>Nombre de jours entre arrivée et consultation :</i>	59
III- DESCRIPTION DES PATHOLOGIES AYANT MOTIVE LA MIGRATION SUR MAYOTTE :	60
1- <i>Date de début de la pathologie initiale :</i>	60
2- <i>Un traitement a-t-il été initié aux Comores ? :</i>	61
3- <i>Le patient a-t-il été hospitalisé dans le pays d'origine ?</i>	61
4- <i>La pathologie a-t-elle été traitée dans l'Océan Indien :</i>	62
5- <i>La pathologie a-t-elle déjà été traitée sur Mayotte ?</i>	63
IV- DESCRIPTION DES DEMANDES ADMINISTRATIVES :	64
1- <i>Une demande d'Evasan pour Mayotte a-t-elle été faite ?</i>	64
2- <i>Une demande de visa a-t-elle été faite aux Comores ?</i>	66

3-	<i>Un titre de séjour est-il envisageable pour le patient ?</i>	66
4-	<i>Un avis ou un suivi psychologique semble-t-il nécessaire ?</i>	66
V-	DEVENIR DES PATIENTS APRES LEUR PASSAGE AUX URGENCES :	67
1-	<i>Classification clinique des patients à leur arrivée aux urgences du CHM :</i>	67
2-	<i>Mode de transfert qui aurait été le plus adapté en fonction de l'état clinique du patient, classé à partir des critères de transfert infirmier inter hospitalier (TIH) :</i>	68
3-	<i>Orientation des patients après leur passage aux urgences :</i>	69
VI-	DESCRIPTION DES PRINCIPALES FILIERES DE SOINS :	71
1-	<i>Chirurgie orthopédique : 72 patients, plus 14 diabétiques :</i>	72
2-	<i>Patients pris en charge en Réanimation : 32 patients</i>	74
3-	<i>Service de pédiatrie : 27 patients</i>	76
4-	<i>Oncologie : 24 patients</i>	77
5-	<i>Diabète : 36 patients inclus plus 14 hospitalisés à Dzaoudzi</i>	78
6-	<i>Cardiologie : 22 patients</i>	78
	DISCUSSION :	79
I-	RESULTATS PRINCIPAUX :	81
1-	<i>Information des patients et inclusion à l'étude :</i>	81
2-	<i>Description de la population</i>	81
3-	<i>Descriptions du parcours de soins aux Comores :</i>	83
4-	<i>Conditions de transport en Kwassas:</i>	85
5-	<i>Les patients aux urgences de Mamoudzou:</i>	87
II-	LES FORCES ET LES LIMITES DE L'ETUDE :	90
1-	<i>Les points forts de l'étude :</i>	90
2-	<i>Les différents biais de l'étude :</i>	90
III-	DESCRIPTION DES PRINCIPALES FILIERES DE SOINS ET PROPOSITIONS POUR L'AVENIR :	92
1-	<i>La chirurgie orthopédique :</i>	92
2-	<i>Patients nécessitant une prise en charge en réanimation :</i>	93
3-	<i>Pédiatrie :</i>	94
4-	<i>Oncologie :</i>	95
5-	<i>Diabétique et Hypertendus:</i>	95
6-	<i>Propositions pour l'avenir :</i>	96
	CONCLUSION :	98
	BIBLIOGRAPHIE :	99
	ANNEXES :	104
	ANNEXE 1 : EXTRAITS DE RESOLUTIONS DE L'ONU ET DE LA DECLARATION DE PARIS :	105
	ANNEXE 2 : LES DEMANDES D'ASILE A MAYOTTE :	107
	ANNEXE 3 : FICHE D'INFORMATION PATIENT :	108
	ANNEXE 4 : CAPTURES D'ECRAN DU QUESTIONNAIRE INFORMATISE DE L'ETUDE :	109
	ANNEXE 5 : RECIT D'UNE TRAVERSEE	112
	ANNEXE 6 : ANALYSE DES DONNEES SUR LES ETRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIERE AU CENTRE DE TRI DE PETITE TERRE :	114
	ANNEXE 7 : LES MIGRANTS ET LA LOI FRANÇAISE : LE DROIT D'ENTREE ET DE SEJOUR, DROIT A LA SANTE ET DROIT DU SOL :	116
	1- <i>Projet d'ordonnance sur l'adaptation du CESEDA à Mayotte :</i>	116
	2- <i>Droit à la santé des Migrants :</i>	117
	3- <i>Le droit du sol :</i>	117
	ANNEXE 8 : POSTER PRESENTE AU CONGRES DE LA SFMU (SOCIETE FRANÇAISE DE MEDECINE D'URGENCE) A PARIS EN JUIN 2014 :	119
	SERMMENT MEDICAL :	120
	RESUME	121

Table des illustrations :

Carte 1 : Archipel des Comores.	9
Carte 2 : Histoire de Mayotte et des Comores.	12
Carte 3 : Structures sanitaires à Anjouan et actions de rénovation en cours par l'Agence Française du Développement. (Source : projet PASCO de l'AFD).....	27
Carte 4 : L'immigration comorienne (44)	35
Carte 5 : Origine géographique des patients aux Comores (carte découpée selon les aires de santé).56	
Tableau I : Données épidémiologiques comparatives, Comores- Mayotte- Métropole.....	20
Tableau II : Évolution des effectifs médicaux aux Comores.	21
Tableau III : Organigramme de l'organisation du système de santé aux Comores au niveau périphérique.	23
Tableau IV : Pays et aires de santé dont sont originaires les patients inclus.....	56
Tableau V : Durée moyenne et coût du séjour en fonction des services d'hospitalisation.	70
Tableau VI : Résumé des différentes pathologies orthopédiques en fonction de la durée et du coût d'hospitalisation moyen.	73
Graphique 1 : Répartition des lieux de naissance chez les habitants nés hors de Mayotte et résidant sur l'île en octobre 2007. (5).....	33
Graphique 2 : Motivations de migration et d'installation des migrants nés à l'étranger (octobre 2007)	34
Graphique 3 : Reconduites à la frontière de 2001 à novembre 2013 (46), comprenant les Étrangers en situation irrégulière (ESI) interceptés en mer et ceux arrêtés sur le territoire mahorais.....	37
Graphique 4 : L'activité médicale au CRA en 2012 et 2013.	38
Graphique 5 : Répartition des catégories socio professionnelles en fonction du sexe.	54
Graphique 6 : Personne référente pour les mineurs inclus à l'étude.....	55
Graphique 7 : Nombre de personnes embarquées à bord des Kwassa-Kwassa transportant les patients inclus à l'étude.....	58
Graphique 8 : Nombre de jours entre l'arrivée sur Mayotte et la consultation aux Urgences du CHM	59
Graphique 9 : Intervalle de temps entre le début de la pathologie et la consultation au CHM.....	60
Graphique 10 : Hospitalisation ou non des patients inclus, en fonction du critère CCMU.	67
Graphique 11 : Mode de transfert qui aurait été le plus adapté en fonction de l'état clinique du patient, classé à partir des critères de TIIH.	68
Graphique 12 : Nombre de patients en fonction de la spécialité de prise en charge et du secteur adulte ou pédiatrique.	71
Graphique 13 : Nombre de demandes d'asiles de 2001 à 2013	107
Graphique 14 : Nombre de migrants arrêtés en mer et vus au centre de tri infirmier en 2013	114
Graphique 15 : Devenir des étrangers en situation irrégulière, triés par l'infirmier comme nécessitant une évaluation par le médecin ou la sage-femme de Dzaoudzi (de juin à octobre 2013) (M.Gaussein, sources : cahiers d'admissions aux urgences de Dzaoudzi).....	114
Graphique 16 : Nombre de femmes enceintes vues au centre de tri infirmier de Petite Terre et adressées à la maternité de Dzaoudzi en 2013.	115

Liste des abréviations :

AFD : Agence Française du Développement

AME : Aide Médicale Etat

APRF : Arrêté Préfectoral de Reconduite à la Frontière

CESEDA : Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile

CHM : Centre Hospitalier de Mayotte (hôpital de Mamoudzou)

CHN : Centre Hospitalier National (hôpital El Maarouf à Moroni, Grande Comore)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire (hôpital de St Denis à la Réunion)

CMU : Couverture maladie universelle

COMEDE : Comité Médical pour les Exilés

CRA : Centre de Rétention Administrative

CSSM : Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte

DIM : Direction de l'information médicale

ESI : Etranger en Situation Irrégulière

Evasan : Evacuation Sanitaire

FCR : Fond de Coopération Régional

GTHN : Groupe de Travail de Haut Niveau

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

NC : Non Communiqué

ODSE : Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

PAF : Police Aux Frontières

PASCO : Projet d'Appui au Secteur de la Santé aux Comores

PIB : Produit Intérieur Brut

RUP : Région Ultra Périphérique

SMUR : Service d'Aide Médicale Urgente

TIHH : Transfert Infirmier Inter Hospitalier

TOM : Territoire d'Outre-Mer

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

INTRODUCTION :

Quel que soit le poste de soignant, en dispensaire ou dans les services de l'hôpital de Mayotte, nous sommes amenés à traiter des patients originaires des Comores. Nous les rencontrons à l'accueil des Urgences, les vêtements et le carnet de santé encore mouillés par la traversée, fatigués par le départ nocturne et la peur de se faire intercepter par la police ou pire, de chavirer.

Rares sont les patients qui se présentent seuls; la famille ou des amis du village, qu'ils soient comoriens ou bien mahorais les ont retrouvés sur la plage ; ou bien informés de leur arrivée sur l'île se présentent aux urgences, image de ces liens familiaux qui relient les îles de l'archipel.

Ces patients sont nombreux, et à chaque fois le motif de consultation est sérieux. Parfois les malades arrivent dyspnéiques avec une bouteille d'oxygène déjà vide, une fracture ouverte non immobilisée, ou bien encore avec une poche de transfusion coagulée...

À l'heure actuelle encore aucune étude n'avait été faite pour chiffrer et connaître les motifs de santé qui poussent les patients à risquer la traversée entre Anjouan et Mayotte.

L'étude a été réalisée sur une période de six mois aux urgences du centre hospitalier de Mamoudzou, de juin à novembre 2013.

L'objectif principal de ce travail est de faire un état des lieux sur la migration sanitaire en décrivant le profil épidémiologique des patients arrivants illégalement pour soins sur Mayotte.

Essayer de comprendre la migration sanitaire est une des premières étapes pour identifier les problématiques de santé aux Comores et ainsi tenter d'apporter une aide adaptée à cette demande de soins. Développer la coopération régionale par le biais de missions médicales et améliorer le système des évacuations sanitaires Comores- Mayotte permettraient de diminuer les retards de prises en charge et les risques pris par ces patients pour accéder aux soins.

Nous allons dans une première partie resituer Mayotte et les Comores dans leur environnement géographique puis dans une deuxième partie leur histoire et les rapports politiques souvent conflictuels qui en ont découlé. Dans une troisième partie, nous comparons des indicateurs de santé puis décrivons les systèmes de santé aux Comores et sur Mayotte. Dans une quatrième partie nous présentons le phénomène d'immigration sur Mayotte avec des clandestins arrivants de l'ensemble des Comores mais aussi de l'Afrique ; nous décrivons également les moyens mis en place pour lutter contre l'arrivée des migrants. Pour finir, nous présentons plus précisément la mobilité des patients comoriens dans l'Océan Indien et plus particulièrement sur Mayotte avec le processus légal des évacuations sanitaires ainsi que l'immigration clandestine de patients venant pour soins. Pour finir nous présentons l'étude que nous avons effectuée aux Urgences de Mamoudzou.

I- Contexte géographique de Mayotte et des Comores :

L'archipel des Comores est situé dans l'Océan Indien à l'entrée nord du canal du Mozambique, entre Madagascar et la côte orientale de l'Afrique.

L'archipel est constitué de quatre îles d'origine volcanique toutes spécifiques par leurs paysages et leurs côtes :

- Grande Comore (Ngazidja) la plus grande île où se trouve la capitale Moroni. Les 1148 km² sont aux deux tiers recouverts par un volcan encore actif, le Karthala qui culmine à 2360 m.
- Anjouan (Ndzواني), avec ses 424 km² au relief assez découpé, séparé de Mayotte par 70 km.
- Mayotte (Maoré) d'une superficie de 324 km² composée de deux îles principales Grande Terre et Petite Terre (11 km²) ainsi que d'une trentaine d'îlots isolés. L'île est entourée d'un récif barrière formant l'un des plus grands lagons du monde.
- Mohéli (Mwali) la plus petite île de l'archipel avec 290 km², véritable écrin de verdure.

La langue comorienne est subdivisée en deux catégories de dialectes : le groupe Est (Mayotte et Anjouan) a des ressemblances avec le swahili de la région de Mombassa et le groupe Ouest (Grande Comore et Mohéli) est proche de l'esakadji, langue du Mozambique.

Sur Mayotte, en plus du shimaoré (langue de Mayotte) cohabite également un langage shibushi originaire du Nord-Ouest de Madagascar et parlé par un tiers de la population. Le français en tant que langue officielle, était maîtrisé en 2007 par seulement 51 % des plus de quinze ans.



Carte 1 : Archipel des Comores.

II- Histoire de Mayotte et des Comores :

1- Des premiers peuplements des Comores à la décolonisation :

VI^e siècle : Le peuple swahili d'origine bantoue (population des côtes africaines correspondant à l'actuelle Tanzanie et Mozambique) se métisse avec les Indos Mélanésien qui eux remontent le long des côtes d'Asie jusqu'en Afrique Orientale (amenant deux inventions encore inconnues : la pirogue à balanciers... et la râpe à coco!). (1)

IX^e siècle : Les marchands arabes longent la côte Est de l'Afrique, ces premiers contacts maritimes permettent des échanges commerciaux, culturels et religieux ; mais également la capture d'esclaves.

XV^e siècle : Implantation définitive de l'islam aux Comores, avec l'arrivée de princes perses sunnites chassés par l'opinion dominante chiite. C'est aussi à cette époque que les navires européens en route pour les Indes commencent à faire escale dans l'archipel. Les premiers sont les Portugais. Les échanges se font surtout avec Anjouan qui possède à Mutsamudu une baie profonde et protégée.

XVI^e au XIX^e siècle : L'archipel des Comores est en proie à des luttes fratricides perpétuelles entre les différents sultans, ce qui lui vaut le surnom de « l'archipel aux sultans batailleurs ». À cela s'ajoute les régulières invasions venant de la côte Est malgache, des centaines de pirogues arrivent pour piller la terre et ramener des esclaves.

1814 : Suite au traité qui mit fin aux guerres napoléoniennes, la France perd les Seychelles, Rodrigues, et surtout l'île de France (Maurice) qui était son meilleur port militaire et de commerce. L'île Bourbon (la Réunion), française depuis 1638, est une colonie agricole active mais ses sites portuaires non protégés ne constituent pas un abri suffisamment fiable. (2)

1837 : L'amiral de Hell nommé gouverneur de Bourbon relance l'expansion territoriale dans l'Océan Indien et mandate des missions d'exploration à Madagascar et aux Comores.

1841 : Le capitaine Passot signe en février la prise de possession de l'île de Nosy Be, et en avril celle de Mayotte. Le roi malgache Andriantsoly alors sultan de l'île cède Mayotte contre une rente annuelle de 1000 piastres et la promesse que ses deux fils seraient élevés à l'île Bourbon aux frais du gouvernement français. Ce traité soulèvera des protestations, finalement sans suite de la part du sultan d'Anjouan auquel les Mahorais avaient également accepté la souveraineté en 1835.

Devant cette implantation française, les Anglais répliquent en créant un consulat britannique à Anjouan.¹

1843 : Prise de possession définitive de Mayotte, qui avec Nosy-Be et Sainte Marie constitue « Nosy-Be et dépendances », sous l'autorité hiérarchique du gouverneur de Bourbon. Mayotte est alors peuplée de 3 300 habitants, ce qui pose des problèmes de main d'œuvre dans les plantations sucrières. La nécessité de n'employer que des travailleurs libres entraîne des problèmes de « recrutement » et la création de lois pour alors faciliter l'immigration. (3)

1886-1887 : Le commandant de Mayotte signe les traités de protectorat avec la Grande Comore, Mohéli et Anjouan. La France continue ainsi de prendre des appuis autour de Madagascar qui constitue son objectif principal dans l'Océan Indien.

1912 : Les protectorats deviennent des colonies et sont alors rattachées à Madagascar sous un même statut : « Madagascar et dépendances ».

1946 : Mise en place du statut de TOM (Territoire d'Outre-Mer) et acquisition de la nationalité française pour l'ensemble des habitants de l'archipel (fin de la distinction coloniale entre sujet français et citoyen).

1962 : Transfert de la capitale de Dzaoudzi à Moroni. Mayotte qui a été française cinquante ans avant les autres îles des Comores et qui dominait administrativement se retrouve relégué en périphérie de l'archipel. Les investissements sont arrêtés, les fonctionnaires de l'administration quittent l'île. Les Mahorais ont un sentiment d'abandon, c'est à ce moment que le mouvement populaire mahorais est créé. Ce parti politique sera très actif dans la volonté de rester français lors de l'indépendance.

1972 : Le comité spécial de l'ONU inscrit l'archipel des Comores sur la liste des territoires auxquels s'applique la Déclaration sur l'octroi de l'Indépendance.

1974 : Référendum sur le souhait d'indépendance : les Comoriens répondent Oui à 95% mais les Mahorais représentants seulement 8% des votants disent Non à 65%. Les Comores déclarent leur indépendance s'appelant désormais République Fédérale Islamique des Comores. Commence alors la

¹ Dirigé par Sunley qui rapidement crée sa propre plantation en louant au sultan les services d'esclaves. Ces pratiques seront dénoncées à l'administration anglaise par l'explorateur Livingston en route pour le Zambèze. Sunley remettra sa démission. Ce sera en 1865 la fin du consulat et de l'influence anglaise sur Anjouan.

difficile destinée de ces trois îles déstabilisées vingt fois en trente ans par des coups d'états. Ces actions ont souvent été fomentées et dirigées par des mercenaires français avec en premier lieu celui qui a été surnommé le corsaire de la république : Bob Denard.

1976 : 2ème consultation et référendum des Mahorais. 99,4% souhaitent le maintien de Mayotte dans la République française. Le rattachement se fera sous le statut de Collectivité territoriale d'outre-mer.

1995 : Instauration du visa de circulation entre la République Fédérale Islamique des Comores et Mayotte.

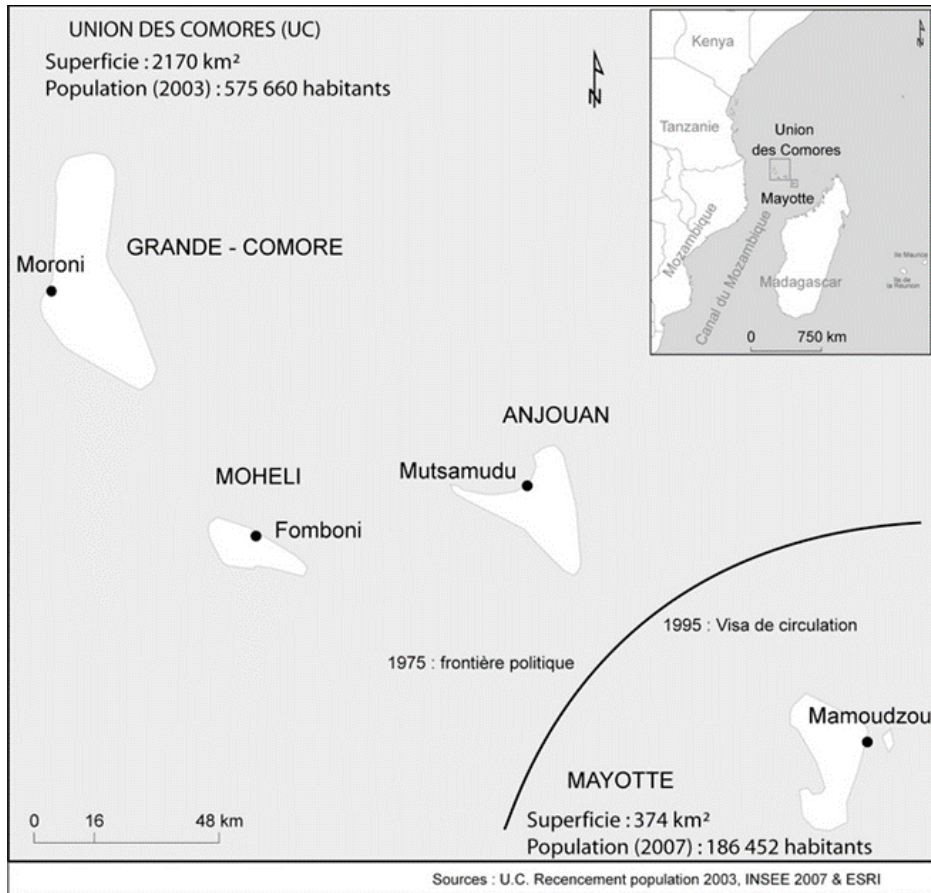
1997 : Anjouan et Mohéli déclarent unilatéralement leur indépendance, ce qui entraîne leur mise sous embargo. Mohéli revient dans le giron grand comorien après quelques mois. Le 14 juillet 1997, l'île d'Anjouan demande son rattachement à la France, ce qui sera refusé.

2001 : Signature des accords de Fomboni qui permettent de rétablir l'unité des trois îles en leur garantissant une plus large autonomie. Une présidence tournante est instaurée avec tous les quatre ans l'élection d'un nouveau président venant à tour de rôle d'une île différente. Malgré cela, dès août, un nouveau coup d'état éclate avec l'arrivée au pouvoir à Anjouan de Mohamed Bacar. Une période de grande difficulté économique s'en suivra.(4)

2008 : Le président Sambi élu en 2006 tente la voie diplomatique pour rétablir l'unité de l'Union ; ce sera finalement une intervention militaire avec le débarquement à Anjouan de l'armée comorienne appuyée par plusieurs pays de l'Union Africaine qui rétablira l'ordre. Le colonel Bacar s'enfuit sur Mayotte et ne sera pas extradé pour faire face à la justice comorienne.

2010 : Élection du nouveau président de l'Union des Comores : Ikililou Dhoinine venant de Grande Comore qui est du même parti que son successeur Saambi.

2011 : en mars Mayotte accède au statut de 101e département français.



Carte 2 : Histoire de Mayotte et des Comores.

2- Les relations Franco-Comoriennes en droit international depuis l'indépendance:

Dans ce chapitre est présenté un extrait des résolutions de l'ONU (Organisation des Nations Unies) sur « *l'île comorienne de Mayotte* » comme elle la définit. Ceci pour mieux comprendre les différends qui existent toujours. Sont également présentés un extrait du traité d'amitié France-Comores de juin 2013 et une partie du discours quelques mois plus tard du président des Comores à la tribune de l'ONU. (5)

Suite à la déclaration d'Indépendance des Comores en 1975 ; l'Union des Comores demande son accession à l'ONU. La résolution 3385 des Nations Unies l'intègre dans son organisation, et rappelle que l'archipel des Comores est constitué de 4 îles.

En 1976 le gouvernement français officialise l'entrée de Mayotte en son sein comme Collectivité territoriale d'outre-mer en faisant valoir le principe d'autodétermination des peuples. De son côté l'ONU dans sa résolution du 21 octobre fait la liste des violations commises par le gouvernement français. L'ONU considère que les référendums faits à Mayotte en 1976 sont une violation de la souveraineté de l'état comorien. Elle les considère comme nuls et demande au gouvernement français de se retirer immédiatement de Mayotte. (*Annexe 1, extrait 1*)

Suivront vingt résolutions des Nations unies au rythme d'une par an. Cela jusqu'en décembre 1997 lorsque la crise Anjouanaise éclate (une partie des séparatistes déclarent alors leur souhait de rattachement à la France). La question de Mayotte ne fera plus partie des questions de l'ONU à l'ordre du jour (hormis les discours de présidents, comme celui de Mohamed Sambani en 2008).

« La déliquescence de l'état comorien encourage le silence onusien. L'arrêt des condamnations annuelles laissera les mains plus libres encore à la France qui va dès lors, lancer le processus du changement de statut de Mayotte ». (6)

Si l'ONU arrête de voter des résolutions à l'encontre de la France, elle ne reconnaît pas pour autant sa légitimité sur le territoire de Mayotte. Une partie des Comoriens continue de réclamer le retour en son sein de la quatrième île de l'archipel ; parmi les plus radicaux le Comité Mahorais.



Pho

to 1 : Panneau du Comité Mahorais sur la rue principale de Moroni (Grande Comore), photographie personnelle juin 2013

En 2007, les présidents Sarkozy et Sambu (alors président des Comores) ont ensemble créé le Groupe de Travail de Haut Niveau. Cette instance franco-comorienne a pour objectif de rédiger un accord sur l'insertion de Mayotte dans son environnement géographique². (7)

Il faudra attendre juin 2013³ pour que cet accord se concrétise. La Déclaration de Paris sur l'amitié et la coopération entre la France et les Comores est alors signée entre François Hollande et Ikililou Dhoinine (Président actuel de l'Union des Comores). (*Annexe 1, extrait 2*)

Malgré cette déclaration qui voulait clore le différend entre les deux pays, la question reste encore vive aux Comores. Cet extrait du discours d'Ikililou Dhoinine à l'Assemblée générale des Nations Unies le 25 septembre 2013 montre que le processus de rapprochement reste teinté de méfiance. (*Annexe 1, extrait 3*)

² Suspendu par l'Union des Comores entre 2009 et 2011 lors du référendum sur la départementalisation à Mayotte.

³ En même temps signature de la convention d'annulation de la dette comorienne vis-à-vis de la France.

3- Histoire des migrations comoriennes :

3.1-Tradition migratoire comorienne :

En 1864 est ouverte la ligne maritime régulière Maurice - Réunion – Diégo-Suarez - Majunga - Comores – Zanzibar – Marseille. C'est à cette époque que sont formées les deux plus importantes colonies comoriennes : Majunga et Zanzibar. En suivant cette ligne, certains Comoriens sont devenus également navigateurs et ont été les premiers à s'installer en métropole, notamment Marseille mais aussi Dunkerque.

Les Comoriens se sont dirigés vers Zanzibar pour l'éducation mais aussi pour fuir l'oppression de certains planteurs de la période coloniale. Les migrations vers Madagascar se sont intensifiées à partir de la création de l'ensemble Madagascar et dépendances en 1912.

Au moment de l'indépendance tanzanienne en 1964 ont débuté les hostilités envers la communauté comorienne. Le vice-président a ordonné leur expulsion en 1966 « *pour n'avoir pas abandonné leurs allégeances françaises* ». Des familles ont alors brûlé leur passeport français pour rester. En 1968, les 2000 Comoriens restants sont expulsés. La plupart sont rentrées en Grande Comore où des terres leur ont été attribuées (dans le massif de la Grille situé au nord de Moroni).

Dans les années 1970, c'est à Madagascar que la situation des Comoriens s'est dégradée. En 1976, le massacre de Majunga⁴ a fait 1500 morts. Les 16 000 rescapés sont évacués par bateaux et par la compagnie aérienne belge Sabena. (Population toujours appelée les « Sabena »).

Les destinations traditionnelles devenant ainsi hostiles dans les années soixante-dix, l'immigration comorienne vers la France s'est alors développée. (8)

3.2-Migration comorienne au sein de l'archipel :

Pour les Anjouanais les destinations les plus proches sont privilégiées avec principalement une migration au sein de l'archipel. Ceci en raison de l'absence de réseaux à l'étranger alors que ces liens familiaux existent avec Mayotte, mais surtout à cause de la pauvreté de ses habitants.

La pression démographique et le manque de terres cultivables à Anjouan les font migrer vers Mohéli pour trouver des terres ou bien sur la Grande Comore ou Mayotte pour trouver un travail (chauffeur de taxi, employé agricole...).

Les grands Comoriens sont de plus en plus nombreux à migrer sur Mayotte (5000 de 1998 à 2003).

3.3-Migration comorienne vers la métropole :

⁴ Dans les années soixante Majunga comptait 27 600 comoriens soit plus d'habitants que la plus importante localité de l'archipel.

Lors de l'indépendance des Comores en 1975, ont suivi deux années durant lesquels les Comoriens ont pu demander à conserver la nationalité française sous condition d'être soit domiciliés sur le territoire français, soit enregistrés dans un consulat français.

On peut estimer la population comorienne de métropole à 200 000 personnes (sans compter les 60 000 Comoriens à Mayotte et 50 000 à la Réunion). 95% d'entre eux sont originaires de Grande Comore, la plupart possèdent la double nationalité.

Il y a eu deux périodes de migrations principales ; tout d'abord au XIXe siècle, l'arrivée des Comoriens travaillant dans les transports maritimes (ne représentant pas plus de 800 personnes en 1968) (9), puis à partir des années soixante-dix.

Cette population de nouveaux migrants a rapidement formé une communauté, et s'est regroupée en associations. Ce tissu associatif constitue toute l'importance de la diaspora pour les Comores en étant la première source d'apport financier au pays. Les transferts financiers actuels sont plutôt destinés à la consommation, aux dépenses liées aux Grands Mariages, à la santé, à l'éducation et à l'investissement immobilier. Ces transferts n'ont donc qu'un impact très faible sur la croissance économique des Comores, seulement 13 % des fonds envoyés sont destinés à l'investissement et à l'épargne. (10)

En juin 2013 se sont tenues à Paris et Marseille des réunions organisées par la Banque Mondiale en partenariat avec la Banque Centrale des Comores dont l'objectif était de tourner les transferts de fonds de la diaspora vers des projets créateurs de valeurs ajoutées pour le pays. (11)

Les transferts financiers de la diaspora comorienne représentent en 2012, selon les estimations de la Banque centrale : 100 millions d'euros.

- soit 25% du PIB des Comores (en 2008 : 78 millions d'euros soit 15% du PIB)
- 179% du budget de l'état
- 662% des investissements directs étrangers
- 365% des dons concernant des projets reçus en faveur des Comores.

Actuellement les Comoriens migrent majoritairement vers Mayotte, le nombre de départs pour la métropole est en diminution. De nouvelles destinations se développent également entre autres vers les Pays arabes qui constituent des partenaires économiques privilégiés et qui accueillent de plus en plus d'étudiants comoriens.

4- Une histoire sanitaire commune

4.1- L'annexion de Mayotte :

Les premiers médecins à exercer sur Mayotte font parties du corps de santé de la Marine. Ils s'installent sur le rocher de Dzaoudzi qui n'est alors pas encore relié à Petite Terre.⁵ L'hôpital sera construit en 1848. D'abord simple battisse de palmier, il est agrandi avec un étage destiné aux « Blancs » et un autre pour les « Noirs ». Mais l'hôpital est loin des habitants et colons de la Grande - Terre (qui devront attendre 1960 pour avoir leur hôpital). Le Dr Gelineau en poste à Dzaoudzi en 1858⁶ décrit dans sa thèse la solitude et les difficultés du rocher ; un confrère écrit sur les ravages dus aux maladies tropicales sur les Européens.⁷

Avant la signature de protectorat avec les autres îles des Comores, la présence de médecins y est inexistante.⁸ Ce sera ensuite le médecin résident de Mayotte qui nommera dans les autres îles un médecin de seconde catégorie pour un an ; mais les postes ne seront pas toujours pourvus.

Le médecin résident a diverses fonctions : service de l'hôpital de Dzaoudzi, soins aux fonctionnaires, arraisonement des navires dans le cadre de la police sanitaire et si nécessaire mise en quarantaine au lazaret de l'îlot M'Bouzi (lieu d'isolement des malades, bien plus tard cet îlot recueillera les lémuriens convalescents!), visite de la léproserie de M'tsamboro qui fonctionna jusque dans les années 1930 (15), visite aux infirmeries des plantations dispersées dans l'île et visite de la maison de repos sur les hauteurs de Mamoudzou (au lieu-dit actuel de la Convalescence).

4.2- L'assistance médicale indigène:

En 1897 est fondée l'école de médecine de Tananarive (deuxième école créée dans l'empire colonial français après l'école de Pondichéry en 1863) (16). Elle forme les médecins prenant part à l'Assistance médicale indigène (AMI). Madagascar est ainsi découpé en circonscriptions dont les

⁵ Le climat est alors insalubre sur le rocher, infesté de moustiques. L'administration navale tente en vain de négocier avec le sultan d'Anjouan pour y créer un centre de convalescence pour les malades de Mayotte. (12)

⁶ « *Cet îlot restera un triste séjour où le plus gai s'attriste, ou le plus ferme se décourage. Les hommes mutés à Mayotte sont d'une tristesse extrême, ils cherchent à s'étourdir et sont dans une ivresse continuelle (...) Toutes ces causes de découragement eussent été évitées si on avait fondé l'établissement sur la Grande - Terre aussi riche en verdure, en rivière et en fleurs que Dzaoudzi en est pauvre.* » (13)

⁷ « *Pas plus à Mayotte que dans les autres pays chauds où le paludisme existe à un degré élevé, l'européen ne peut songer à jouir longtemps de l'intégrité de sa santé. (...) Il n'y a pas un seul colon ou employé qui ne porte sur sa physionomie l'empreinte des affections viscérales consécutives aux fièvres répétées. (...) La première année se passe facilement, malgré les accès de fièvre souvent nombreux ; mais après cela, le sang s'appauvrit, l'intelligence s'use de la même manière que le corps ; les travaux sont pénibles, on est alourdi paresseux (...) un seul parti reste à prendre : la fuite, encore ne faut-il pas trop attendre, car les remèdes échapperaient devant une constitution ruinée.* » (14)

⁸ Sauf en 1860 où un médecin anglais installe pendant quelques années un dispensaire sur Domoni à Anjouan.

Comores font partis avec au sommet de la hiérarchie des médecins inspecteurs issus des troupes coloniales supervisant les « médecins indigènes de colonisation ».

Après un concours d'entrée, les études duraient 5 ans. Puis ces nouveaux médecins devaient dix ans de services, et partaient dans les provinces éloignées malgaches, ou pire aux Comores! Ensuite ils pouvaient s'installer à leur compte sans pour autant accéder au statut de docteur, la liste des médicaments prescriptibles restait contrôlée par l'administration.

Ce n'est qu'après le rattachement des Comores à Madagascar vers 1912 que l'assistance médicale indigène est mise en place sur l'archipel, la plupart des médecins envoyés étaient des Malgaches, mais leur intégration fut difficile.⁹

4.3- Du statut de TOM à l'indépendance des Comores :

L'archipel obtient l'autonomie par rapport à Madagascar en 1946, l'absence de formation locale de personnel de santé et les infrastructures encore rudimentaires expliquent le retard dans le domaine de la santé. Des fonds sont débloqués pour rééquilibrer les formations sanitaires par rapport à Mayotte. Les hôpitaux d'El Maarouf (Grande Comore) et Hombo (Anjouan) sont construits en 1954, celui de Mamoudzou en 1960.

Si les structures de santé s'améliorent, le manque de personnel médical est toujours criant : pour l'ensemble de l'archipel seulement dix médecins et une quarantaine d'infirmiers diplômés locaux dans les années cinquante. Des programmes de lutte contre les grandes endémies sont débutés : paludisme, filariose, tuberculose, syphilis...

Les années soixante voient la mise en place d'un service de santé mobile avec des médecins et agents itinérants. Ils effectuent des tournées d'inspection dans le but d'assurer la surveillance épidémiologique, le dépistage, la prophylaxie et le traitement des maladies endémiques ainsi que d'effectuer des campagnes de vaccinations.

Le transfert en 1962 de la capitale administrative de Dzaoudzi à Moroni entraîne une désertion de l'administration française, mais aussi médicale de Mayotte avec la réorganisation des investissements sanitaires.¹⁰

⁹ « Mes prédécesseurs ont maintes fois déploré la lourde servitude créée par l'obligation de recourir aux médecins malgaches pour étoffer le personnel. En effet l'antipathie du comorien pour le malgache crée ou exagère l'apathie du médecin malgache ; son dépaysement, plus moral que physique (...) la violence des accusations vraies ou fausses dont il est très souvent l'objet. Quant au personnel infirmier, son faible niveau d'instruction primaire et sa formation professionnelle confiée au temps, ont pour conséquence une lenteur de travail surprenante, le gaspillage de médicaments et de matériel par désordre et négligence. Ces auxiliaires, d'une nature docile, sont susceptibles d'être rééduqués, mais, les médecins inspecteurs astreints à des déplacements incessants pour contrôler organiser et rendre compte n'ont que peu d'instant à consacrer à cette tâche de longue haleine». (17)

¹⁰ Le Haut-Commissaire de la République aux Comores en 1968 : « L'hôpital El Maarouf est de loin, la formation hospitalière la plus importante du Territoire ; il convient donc, puisqu'il joue de plus en plus le rôle d'un hôpital principal, de lui donner les moyens en personnel et en équipement. La constitution d'un véritable service de chirurgie éviterait, d'autre part, le recours aux évacuations sanitaires sur l'hôpital Girard Robic de Tananarive »

Jusqu'aux indépendances, Moroni est le centre sanitaire de l'archipel et Madagascar le centre régional.¹¹ Pendant ce temps, la Réunion prend progressivement de l'importance du fait de l'ouverture d'une ligne directe Saint Denis-Paris permettant les évacuations de malades directement sur la métropole.

Après l'indépendance des Comores, des médecins coopérants français ont continué à travailler dans les services comoriens. En 2008, un médecin et une infirmière anesthésiste travaillaient encore comme coopérants à l'hôpital de Hombo (Anjouan), mais des troubles politiques mettent un terme à cet accord de coopération.

¹¹ Moyenne des évacuations sanitaires par an de 1968 à 1971: 104 évacuations internes à l'archipel vers Moroni et 86 évacuations secondaires de Moroni vers Madagascar.

III- Système de santé aux Comores et à Mayotte

1- Données épidémiologiques comparatives :

Tableau I : Données épidémiologiques comparatives, Comores- Mayotte- Métropole

(M.Gaussein, sources : Organisation Mondiale de la Santé, données 2013 (18), INSEE 2007)

	Comores	Mayotte	France Métropolitaine
Nombres d'habitants	782 000	213 000	63 126 000
Part des moins de 15 ans	43 %	46 %	18 %
Densité de population (habitants par km ²)	Mohéli : 99 Gde Comore : 240 Anjouan : 517	570	110
PIB (par an par habitant)	600	6500 euros	28 000 euros
Salaire moyen par mois	45 euros	- Français non mahorais : 1400 euros - Français mahorais : 290 euros	2 450 euros
Dépense de santé de l'état par an et par habitant	30 euros	740 euros	3 300 euros
Nombre de médecins pour 10 000 habitants	1	7	34
Taux de mortalité maternelle (décès pour 100 000 accouchements)	300 en moyenne 800 à Anjouan	50	8
Taux de mortalité infantile (décès avant l'âge de un an pour 1000 naissances vivantes)	80	14	4
Taux de mortalité adulte (probabilité de décès entre 15 et 60 ans pour 1 000 habitants)	275 Hommes 229 Femmes	-	113 Hommes 53 Femmes
Espérance de vie	62 ans	73 ans	82 ans

Ce tableau permet de comparer des données entre l'Union des Comores et Mayotte par rapport à la référence métropolitaine ; en termes d'habitants et de densité de population, de salaire et dépense de santé et enfin en termes de taux de mortalité aux différents âges et en espérance de vie.

On peut remarquer de grandes disparités en termes de santé entre les Comores et Mayotte, mais aussi entre Mayotte et la métropole. Les dépenses de santé par habitants sont 24 fois inférieures aux Comores, et la population médicale y est faible. La mortalité infantile et maternelle est six fois plus élevée aux Comores qu'à Mayotte, l'espérance de vie si elle s'améliore reste dix ans inférieurs.

2- La santé aux Comores :

2.1- Formation médicale et paramédicale aux Comores :

Il n'y a jamais eu de faculté de médecine sur les Comores. Dans les années quatre-vingt, des bourses d'état permettaient aux meilleurs élèves de partir étudier la médecine (le plus souvent dans la faculté historique de l'Océan Indien à Antananarivo).

Depuis vingt ans, le système des bourses est terminé, les financements sont donc personnels. Le *numerus clausus* ne peut donc pas être régulé par l'état, et les médecins formés n'ont plus d'obligation de retour au pays. Par contre, l'état finance la spécialisation des médecins généralistes par des partenariats avec entre autres des facultés en Afrique de l'Ouest.

En 2003 suite à l'élaboration du Plan National du Développement des Ressources Humaines (2001-2010) : un département de médecine est ouvert à l'Université de Moroni. Une école de formation pour sages-femmes et infirmiers est alors ouverte (la première année est un tronc commun). La formation de cadres de santé et infirmiers de bloc opératoire a débuté en 2013.

Actuellement un premier cycle de médecine aux Comores est en projet avec des conventions à définir pour la suite des études (avec l'Égypte, Madagascar et la Réunion ?).¹²

Une formation d'infirmiers anesthésistes est également en projet, mais il n'y a pas assez de blocs opératoires en Grande Comore, il faut donc également créer des conventions régionales.

Tableau II : Évolution des effectifs médicaux aux Comores.

(Source : Rapports ministère de la Santé des Comores)

Profession	1992	2001	2002	2004	2012
Médecins généralistes et spécialistes	26	68	109	115	197
Pharmaciens	0	13	15	15	29
Infirmiers	112	146	202	157	340
Sages-Femmes	61	92	77	107	240

NB : En 1992 il y a 20 médecins à Mayotte et en 2012 environ 180

¹² Entretien en juin 2013 à Moroni avec Mr Soudjay Mohamed: chef du département de médecine de l'Université Moroni.

2.2- Organisation du système de santé aux Comores :

Actuellement les Comores sont dotées d'un réseau sanitaire assez dense avec une accessibilité à un centre de santé dans un rayon de 5 km évalué à :

- 45 % à Grande Comore
- 70 % à Mohéli
- 74 % à Anjouan

Mais accessibilité n'est pas synonyme de qualité des soins. Bon nombre des postes de santé sont fermés faute de personnel et faute de paiements réguliers des salaires. Lorsque les services sont délivrés, ils sont souvent de mauvaise qualité et trop coûteux pour la population.

En moyenne, dans les pays en développement, les habitants ont un à deux contacts par an avec des structures sanitaires. Aux Comores, ce taux de fréquentation est de 0,1 soit un contact par personne tous les dix ans. Le taux d'occupation des lits est entre 20 et 60 % (en fonction des saisons mais aussi des structures de soins) ; 43 % des accouchements se font en dehors d'une structure médicalisée. Il y a en fait un abandon des structures sanitaires par les populations. (19)

De plus la répartition des effectifs médicaux est très hétérogène, avec 30 % des médecins travaillant pour le CHN à Moroni et seulement 21 % dans les nombreux districts de santé.

La ministre de la Santé aux Comores, lors d'une réunion avec les différents acteurs de la coopération française en 2012, décrit elle-même durement le système de santé comorien (20) :

« Je ne vous le cacherai pas : notre système sanitaire n'est pas à la hauteur des attentes de la population.

Les infrastructures sont vétustes et ont souffert d'un manque d'entretien, les équipements médicaux sont disparates et une grande partie est hors service.

Mais surtout, la gestion de nos structures est déficiente, faute de suivi des activités et d'élaboration de budgets prévisionnels. Les effectifs n'ont aucune base rationnelle et le personnel est pléthorique.

L'absence de motivation des personnels, médicaux notamment, pénalise lourdement le fonctionnement des services qui connaissent une désaffection de la part de la population, entretenant ce cercle vicieux : moins de malades, moins de recettes, moins de moyens de fonctionnement. Nous connaissons nos limites mais nous sommes animés d'une volonté forte pour que la situation que je viens de décrire ne soit pas une fatalité. »

2.2.1- Système de santé organisé par l'état :

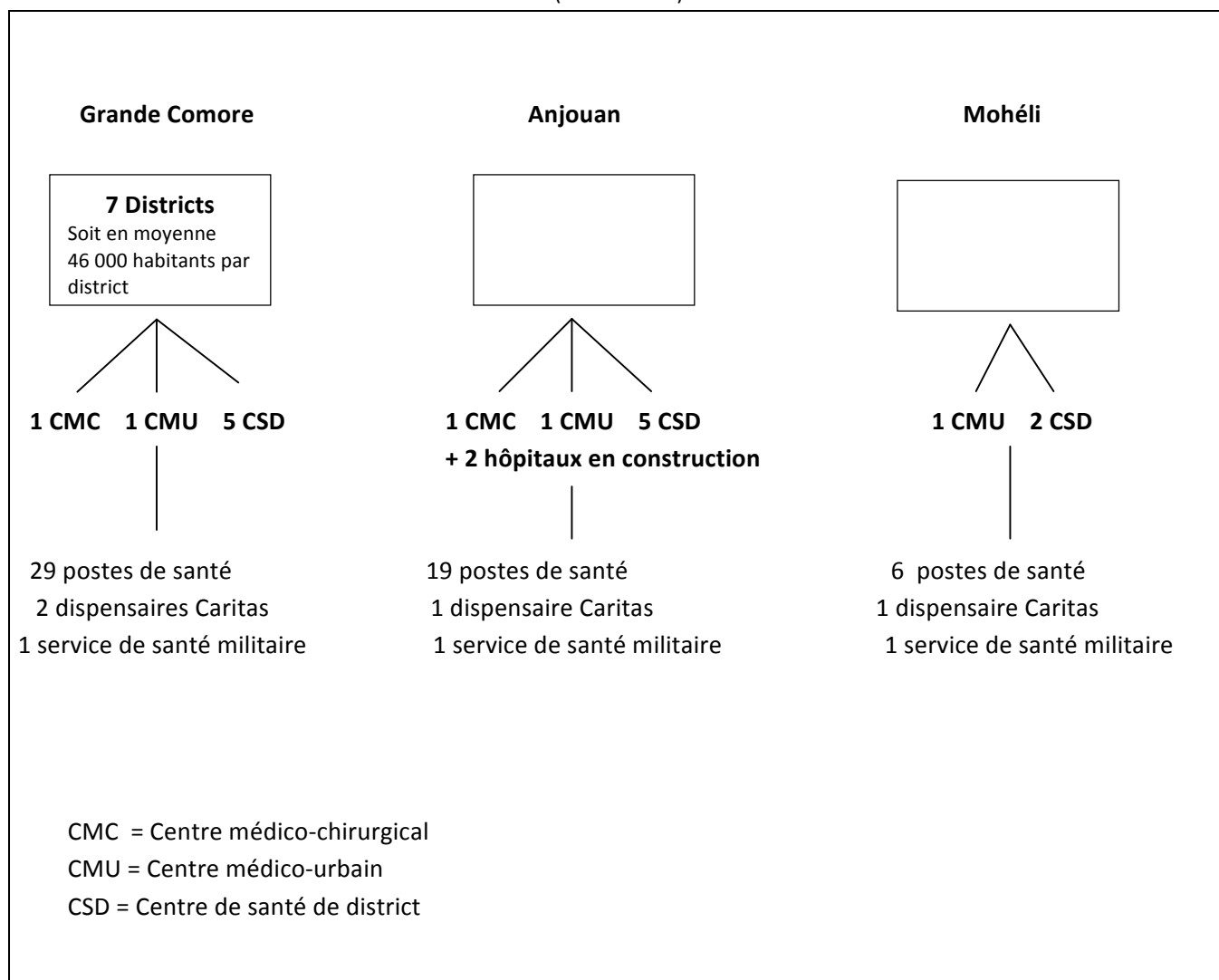
Une réforme en matière de santé a été entreprise à partir de 2001 en mettant l'accent sur la décentralisation par île dans la gestion des activités.

Le district sanitaire est défini comme la pièce maîtresse du développement sanitaire.

L'organisation du système de santé a une structure pyramidale sur trois niveaux : (21)

- Niveau central : - Centre Hospitalier National El Maarouf à Moroni (Grande Comore)
 - CAMUC (Centrale d'achat des médicaments essentiels de l'Union des Comores)
 - EMSP (École nationale de médecine et de santé publique).
- Niveau intermédiaire par île : Centre Hospitalier Régionaux : CH Hombo à Anjouan
CH Fomboni à Mohéli
- Niveau périphérique : découpage en 17 districts sanitaires avec au total 54 postes de santé répartis sur l'Union des Comores.

Tableau III : Organigramme de l'organisation du système de santé aux Comores au niveau périphérique.
(M.Gaussein)



2.2.2- Secteur privé à but lucratif :

Le secteur privé se développe, en 2009 il y avait quinze cabinets médicaux et cliniques privées. (22) Le niveau d'équipement de ces cliniques est faible et les médecins qui y exercent travaillent pour la plupart également à l'hôpital public.

Le seul scanner de l'archipel est situé sur Moroni dans le privé, les patients du CHN El Maarouf doivent payer le transport en ambulance et l'examen¹³.

Des médecins (souvent malgaches) répondent à l'appel de communautés villageoises, ils restent quelques mois et partent quand ils ne sont plus payés. D'autres médecins libéraux (essentiellement comoriens) s'installent dans des zones parfois très déficitaires à Anjouan, et peinent à vivre du fait du peu de patients venant les consulter.

2.2.3- Secteur privé à but non lucratif :

Construction sur Anjouan de deux hôpitaux par des fonds étrangers, mais absence de transparence sur leur rôle à venir et l'organisation de ces structures de soins. Ce serait à priori des fondations privées à but non lucratif.

- Construction d'un hôpital qatari à Mutsamudu avec les financements d'une fondation privée. Débutée en juin 2012, l'avancée des travaux dix-huit mois plus tard a pris du retard et n'en serait qu'à la moitié. (23)

- Construction par la coopération chinoise d'un hôpital à Bambao, d'une capacité de 100 lits, les clés devaient être remises au ministre de la Santé le 13 décembre 2013. Du retard a aussi été pris dans les travaux. La structure devrait se spécialiser dans la médecine traditionnelle chinoise.

Une note issue du Document Cadre de Partenariat « France-Union des Comores » 2006-2010 (24), résume ce manque de concertation et de vision à long terme des différentes coopérations :

« La coordination entre les bailleurs de fonds est généralement restée limitée, que ce soit au niveau des échanges d'informations ou de la création d'éventuelles synergies. Le manque de présence des partenaires sur le terrain et le fait que les partenaires non classiques ne s'inscrivaient pas nécessairement dans la démarche de la Déclaration de Paris¹⁴ sont des facteurs explicatifs. Par ailleurs, la partie comorienne n'a pas été en mesure d'assurer une réelle coordination et un pilotage sectoriel. »

Impressions qui étaient relayées par le médecin coordonnateur de la mission PASCO (Projet d'appui au secteur de la santé aux Comores)¹⁵. Il confirmait alors l'opacité des missions de coopérations chinoise et qatarie. La coopération française ne sait pas quels sont leurs objectifs et leurs moyens. Elle ne pouvait donc pas entamer une réflexion commune sur la santé et encore moins coordonner des projets.

¹³ A titre indicatif, le scanner cérébral non injecté coûte environ 130 euros, soit presque 3 fois le salaire moyen.

¹⁴ Déclaration de Paris de 2005 : texte cadre sur l'efficacité de l'aide au développement

¹⁵ Entretien réalisé à Moroni en juin 2013.

2.2.4- Organisations non gouvernementales (ONG) et secteur caritatif :

L'association ecclésiastique de Caritas Comores est implantée depuis 1983. Elle a un réseau de quatre postes de santé permanents sur l'ensemble des Comores, dont un centre plus important à Moroni (Centre qui prend en charge les brûlures non graves, il permettra à court terme de pratiquer également des greffes de peau pour des surfaces peu étendues, évitant ainsi de coûteux transferts) et 10 dispensaires ou sites d'intervention fixes non permanent en zone rurale de la Grande Comore. En moyenne 270 000 personnes consultent leurs services de santé par an, le secteur santé emploie 65 personnes. (25)

Une ONG égyptienne a entièrement financé et équipé un centre d'hémodialyse avec vingt postes de soin au sein de l'hôpital El Maarouf ; ce qui en fait le plus grand centre de l'Océan Indien. (26) L'ONG assure la formation de l'équipe médicale et technique. Lorsqu'il y a un suffisamment de patients prévus, un chirurgien vasculaire vient d'Egypte pour créer les fistules artério veineuses (27). Ce sont actuellement 27 patients qui sont traités.

Actuellement il n'y a plus d'ONG française implantée dans le secteur de la santé aux Comores. Par contre Médecins du monde a un centre pédiatrique de soins et d'orientation et une unité des soins mobiles sur Mayotte. Le centre est implanté en périphérie de Mamoudzou dans un quartier où la population clandestine est très élevée ; leur équipe tente par leur proximité de limiter les difficultés d'accès aux soins à des familles qui par peur des contrôles d'identités consultent peu.

2.3 - Les coopérations dans le secteur de la santé aux Comores :

2.3.1- La coopération internationale :

Les principaux partenaires multilatéraux du secteur de la santé sont les agences du système des Nations Unies (OMS, UNFPA, UNICEF, PNUD, FAO...), la France, la Chine, le Japon, les Émirats Arabes Unis et le Qatar. Ils interviennent dans l'appui technique, financier, la construction des infrastructures et la formation.

2.3.2- La coopération régionale française :

Les accords de coopération se font dans différents axes et sont surtout des échanges de formations et de compétences avec les hôpitaux de Mayotte (CHM) et de la Réunion (CHU) :

- Formation d'élèves infirmiers et de médecins sur le CHM et le CHU.
- Missions ORL et ophtalmologiques sur Anjouan par des spécialistes du CHM.
- Analyse anatomopathologique par le CHR de prélèvements faits au CHN.
- Lutte anti-vectorielle avec dons de matériel.
- Surveillance épidémiologique et veille sanitaire par des agents de l'ARS.

Le cas particulier du SAS sanitaire au CHN de Moroni :

Cette structure fait exception aux Comores par la gratuité des soins apportés sur place ainsi que la prise en charge du transfert médicalisé sur Mayotte (convention médicale dans la limite de 20 patients par an).

Les financements viennent du fond de coopération régionale (FCR) et du CHM dans le cadre de la coopération médicale.

Le SAS se trouve dans les locaux du service d'Urgences de Moroni, le matériel médical est fourni par le CHM, les astreintes des médecins sont financées par la coopération.

Les conditions pour accéder au SAS sont : surface corporelle brûlée supérieure à 20%, urgence vitale, polytraumatisé (si moins de 24 heures depuis l'accident et patient non infecté).

Un SAS sanitaire est également en construction au sein de l'hôpital de Hombo à Anjouan, les fonctions du SAS restent encore à définir permettant éventuellement d'accueillir et mettre en condition des patients pour transfert sur Moroni (27). Il n'y a pas de projet en cours pour Mohéli.

2.3.3- L'Agence Française du Développement (AFD) :

L'AFD est une organisation gouvernementale qui contribue au développement dans le cadre de la coopération française, elle intervient dans l'outremer.

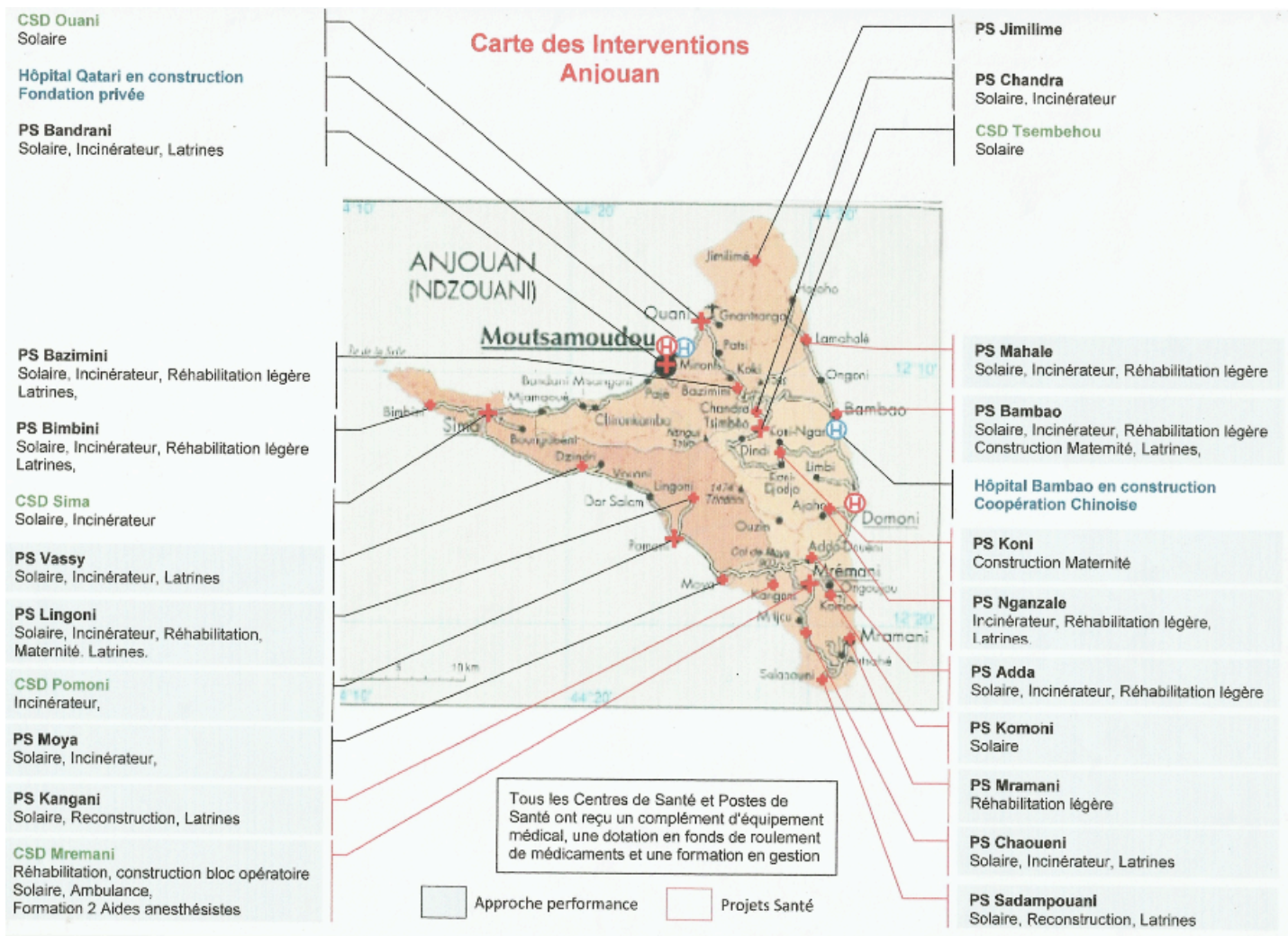
Aux Comores elle agit dans trois domaines d'interventions principaux : la santé, l'eau, et le secteur productif par un soutien à la micro finance.

Son action dans le domaine de la santé est représentée par le Projet d'appui au secteur de la santé aux Comores (PASCO). De 2009 à 2017, ce sont plus de dix-sept millions d'euros investis. Les principaux axes (en plus de ceux communs avec la coopération régionale) sont : (28)

- Appui à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé nationale.
- Soutien à l'association Caritas en Grande Comore, visant l'amélioration de la qualité des soins avec des formations continues, la dotation en équipements et en médicaments.
- Appui à la politique de planification familiale.
- Appui au développement des ressources humaines en améliorant la formation initiale des personnels paramédicaux de l'école de médecine, et en développant des filières de formations à l'étranger.
- Amélioration de la qualité de l'offre de soins en réhabilitant des structures de santé.
- Expérimentation d'un système de rémunération des structures de santé en fonction de la performance des établissements et des agents, en termes de quantité et de qualité des soins.
- Programme sur la santé maternelle pour la région du Nyumakele (région la plus proche de Mayotte, mais surtout la plus pauvre d'Anjouan) : réhabilitation de la maternité de Mrémani et la reconstruction de deux postes de santé du district.
- Financement du programme qui a permis d'étendre les systèmes de mutuelles de santé sur Anjouan et Mohéli et de mettre en place la Fédération Nationale des Mutuelles de Santé.

- Mise en place d'un Réseau de Surveillance et d'Investigation des Épidémies (RSIE), projet avec la Commission de l'Océan Indien et suivi par l'Agence AFD de Maurice.

Il faut noter que l'AFD a également des programmes dans les autres pays de la zone Océan Indien y compris sur Mayotte et la Réunion. Les financements attribués aux Comores sont de loin les moins importants. (29)



Carte 3 : Structures sanitaires à Anjouan et actions de rénovation en cours par l'Agence Française du Développement. (Source : projet PASCO de l'AFD)

PS = Poste de santé

CSD = Centre de santé de district

3- Le système de santé à Mayotte :

3.1- Organisation du système de soins :

3.1.1- Le secteur hospitalier :

Le secteur hospitalier est organisé autour du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) à Mamoudzou qui gère également les hôpitaux de références et dispensaires de l'île. Le CHM est un établissement public de santé doté d'une autonomie administrative et financière depuis 1997. L'Agence régionale d'hospitalisation de La Réunion et de Mayotte exerce les missions de contrôle et de tutelle sur l'hôpital.

Mayotte est découpée en cinq secteurs de santé, organisés sur trois niveaux : (30)

- Le site hospitalier de Mamoudzou : le CHM, hôpital central avec 370 lits d'hospitalisation. Il regroupe l'essentiel du plateau technique et assure les consultations spécialisées, les actes chirurgicaux et plus de la moitié des accouchements de l'île (6500 en 2012).
- Les hôpitaux de référence au nombre de quatre : L'antenne de Petite-Terre (Dzaoudzi), les hôpitaux du sud (M'Ramadoudou), du centre (Kahani) et du nord depuis 2010 (Dzoumogné). Ces sites intercommunaux de niveau intermédiaire, assurent une permanence médicale pour traiter les premières urgences 24 h/24. Ils fournissent des consultations de médecine générale et disposent de lits d'obstétrique et pour Petite Terre de médecine.
- Un réseau de treize dispensaires répartis sur l'île assure les soins primaires de proximité ainsi que les actions de prévention.
- Il faut noter également la présence au sein du CHM d'un IFSI (Institut de formation en soins infirmiers) qui forme une vingtaine d'étudiants infirmiers et aides-soignants par an.

3.1.2- Le Conseil général :

Le conseil général est impliqué dans le secteur de la santé, en gérant la direction de la santé et de la PMI qui regroupe quatre services :

- La PMI qui est un service de médecine préventive en direction des femmes en âge de procréer et des enfants de moins de 6 ans. Il y a sur Mayotte 22 centres, l'accès étant gratuit, ils permettent pour les enfants non affiliés à la sécurité sociale d'être vaccinés. Les courbes de croissance sont faites et permettent de dépister les cas de marasmes (fréquents sur Mayotte du fait de conditions socio-économiques difficiles).
- Le service des actions de santé qui a pour mission la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le Sida avec notamment un CDAG (centre de dépistage anonyme et gratuit).
- Les éducateurs de santé qui interviennent sur des thèmes de santé dans les villages et dans les établissements scolaires.
- Le COFAMIL (service-Conseil et d'Orientation Familiale) qui est un service d'éducation pour la santé dédié à la planification familiale.

3.1.3- Le secteur privé :

Le secteur privé se développe depuis l'instauration de la sécurité sociale. Actuellement une vingtaine de médecins libéraux sont répartis dans environ 12 cabinets. La densité médicale est de 46 généralistes pour 100 000 habitants à Mayotte (contre 162 en métropole), l'année 2013 a vu plus de départs que d'installations.

Cette situation préoccupante a entraîné une grève des médecins en septembre 2013, ils cherchaient à augmenter l'attractivité de Mayotte par des mesures financières incitatives avec entre autres des exonérations de charges. (31)

Un certain nombre de spécialités manquent également que ce soit en privé ou en libéral, pour y pallier le CHM fait venir régulièrement des spécialistes de la Réunion en mission (cardiologue, gastro-entérologue, chirurgie pédiatrique...).

3.1.4- La médecine traditionnelle :

La médecine traditionnelle fait partie de l'itinéraire de soins pour un grand nombre de patients et en constitue souvent la première étape.

Elle est issue d'un mélange entre l'Islam et des pratiques populaires magico-religieuses, la maladie peut être due à un mauvais sort, à la possession par un djinn (esprit)... C'est le *fundi wa madjini* (celui qui possède le savoir, maître des djinns) ou le *mwalimu* (savant guérisseur) qui sert de médiateur entre les esprits à l'origine de la maladie et le malade. (32)

Le travail du Docteur Roussin suggère (33), pour Mayotte, qu'à part trois maladies (lèpre, folie et épilepsie) qui sont attribuées à la volonté divine et peuvent donc être considérées comme chroniques, pour les autres le traitement doit être ponctuel et efficace. La persistance de la maladie équivaut donc à un échec et entraîne un certain fatalisme.

Ces considérations expliquent en partie les difficultés d'observance dans l'hypertension artérielle et le diabète (pathologies encore inconnues et non traitées il y a quelques années) ; les conditions sociales difficiles, les longues heures d'attente en dispensaire, le turn-over important des médecins et l'absence de filière pour les pathologies chroniques en sont d'autres facteurs. (34)

3.2- Instauration de la sécurité sociale :

3.2.1- Mise en place de la CSSM en 2004, mais toujours pas d'AME ni de CMU...

L'ordonnance du 12 juillet 2004 instaure l'assurance maladie à Mayotte et crée la CSSM (Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte). La gratuité des soins est maintenue pour les affiliés, par contre les non affiliés doivent désormais payer :

« le prix a été fixé à des niveaux supérieurs à ceux applicables à l'hôpital de Hombo à Anjouan, afin de limiter l'appel d'air que la fourniture de ces soins à Mayotte pourrait produire sur la population anjouanaise. » (35)

L'arrivée de la sécurité sociale crée un partage strict entre :

- le préventif restant gratuit pour tous (Protection maternelle et infantile financée par le conseil général)
- le curatif désormais payant (hôpital et dispensaires financés par la CSSM) (36)

L'AME (Aide Médicale Etat) et la CMU (Couverture Maladie Universelle) ne s'appliquent pas à Mayotte et ne sont pas au programme. Marisol Touraine (ministre des Affaires sociales et de la Santé) le dit clairement en novembre 2013 : *« il n'y a pas d'aide médicale d'État à Mayotte et il n'y a pas de projet d'extension de l'AME à Mayotte. » (37)*

Pour autant **la CSSM se substitue à la CMU** puisque les Mahorais non salariés sont également affiliés.

Pour pallier à l'AME¹⁶, certaines conditions permettent de rendre les soins gratuits pour les étrangers en situation irrégulière. Le code de santé publique prévoit la prise en charge par l'état des frais médicaux :

« Pour les personnes pour lesquelles le défaut de soins peut entraîner une altération grave et durable de l'état de santé et pour celles recevant des soins dans le cadre de la lutte contre les maladies transmissibles graves. »

La remise du bon AGD (Affection Grave et Durable) doit être évaluée par le médecin ou l'infirmière, pourtant il est souvent rapporté de la part des patients un filtrage et une pression exercée au niveau du bureau des entrées (une pression serait également faite en amont sur ces mêmes agents pour limiter le nombre de bons remis).

L'AME d'urgence est demandée lors des Evasan sur la Réunion.

On peut remarquer que la gratuité des soins a toujours existé depuis que la France est arrivée, cela permettait entre autres de rassembler les Mahorais autour de la médecine moderne.

¹⁶ L'AME permet l'accès aux soins en métropole à partir du moment où l'étranger en situation irrégulière justifie de plus de 3 mois sur le territoire, de son identité, et de certaines conditions de ressources.

3.2.2- Conséquences de la CSSM : trois catégories de patients exclus des soins :

- Tout d'abord la notion de non-affilié sécurité sociale n'est pas synonyme de clandestinité. Une partie des Mahorais n'a toujours pas fait les démarches nécessaires pour être affilié. C'est aussi le cas dans des couples mixtes franco-comoriens vivant séparés, lorsque l'enfant habite avec un des parents (souvent la mère d'origine comorienne), le père n'a pas forcément fait les démarches nécessaires pour cet enfant qui pourtant a accès à des droits sociaux (même s'il est plus difficile de faire dans ce cas les démarches, une paternité de complaisance étant suspectée pour chaque déclaration de naissance d'un couple mixte, voir *annexe 7*).
En 2008 la directrice de la DASS (remplacé par l'ARS) estimait le nombre de non assurés sociaux mahorais entre 20 et 30 000.(35)
- De même des familles vivent dans la clandestinité depuis des années, leur accessibilité aux soins est limitée depuis l'arrivée de la CSSM (et l'instauration de soins payants) mais surtout par le durcissement des contrôles d'identité et donc la peur d'être contrôlés lors des consultations en dispensaire. Ces familles présentent parfois depuis plus de dix ans sur le territoire n'ont que rarement fait des demandes de régularisation de leur séjour.
- Pour finir les patients que nous décrivons dans l'étude. Ils arrivent directement des Comores pour tenter d'accéder au système de santé de Mayotte. Pour des soins qu'ils n'ont pu recevoir, ou un diagnostic qui n'a pu être posé. Tenter de diagnostiquer cette pathologie qui dure depuis des mois ou des années ; ou bien simplement pouvoir accéder à un traitement tous les jours.

IV- L'immigration clandestine sur Mayotte :

Si la circulation entre les 4 îles a toujours existé du fait des liens historiques, culturels, familiaux et de la proximité géographique ; la décolonisation en 1975 crée une séparation politique entre Mayotte et le reste de l'archipel.

Cette frontière se matérialise en 1994, le gouvernement Balladur instaure à la demande des Mahorais¹⁷ un visa de circulation entre l'Union des Comores et Mayotte.

Actuellement, si la légitimité du visa n'est pas remise en question, le Haut-Conseil paritaire franco-comorien s'est engagé en novembre 2013 à prendre toutes les mesures pour mettre fin aux drames en mer.

Ces mesures visent à assouplir les conditions d'obtention du visa. Ces facilités seront réservées pour certaines catégories de personnes : hommes d'affaires, universitaires, artistes... ; sont également concernées les personnes amenées à recevoir des soins réguliers à Mayotte sous réserve qu'elles présentent des garanties financières et après examen individuel de la situation.

1- Données sur les migrants à Mayotte :

Le dernier recensement à Mayotte a été effectué en 2012, il concerne toutes les personnes sur le territoire, quelle que soient leur nationalité ou situation administrative.

La population actuelle selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Economiques) est de 212 600 habitants. (39)

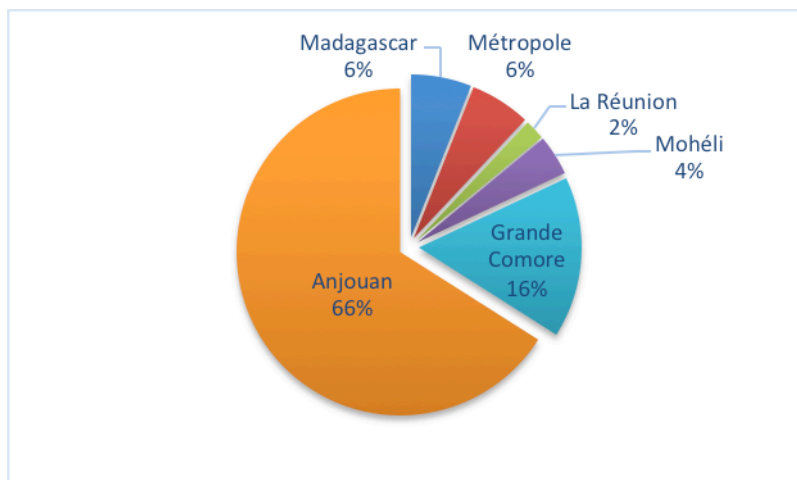
Le solde migratoire à Mayotte est négatif, ce qui signifie que l'émigration est supérieure à l'immigration¹⁸. (40) Ce résultat est évidemment lié aux reconduites à la frontière, mais le phénomène d'émigration massive des Mahorais ne peut être ignoré. Les départs se font pour la Réunion ou la métropole, ce sont pour les deux tiers des jeunes de moins de 25 ans qui partent poursuivre leurs études ou chercher du travail. Des familles partent également chercher une amélioration de la qualité de vie (permettant également pour certains d'avoir accès à des aides sociales non encore disponibles sur Mayotte).

¹⁷ « Alors que les premières grèves secouent l'île, les leaders politiques mahorais incapables de répondre aux attentes de la population agitent le chiffon rouge de l'immigration, qui devient pour la première fois l'explication de tous les maux. Ils réclament la mise en place d'un visa entre Maore et les autres îles de l'archipel. Des manifestations sont organisées pour faire pression sur les pouvoirs publics. De son côté, Edouard Balladur, alors Premier ministre et candidat à la présidentielle, escompte satisfaire à la demande des Mahorais pour gagner leurs suffrages. » (38)

¹⁸ Ce constat d'émigration massive était déjà fait en 2007 :

- entre 2002 et 2007 : 22 300 habitants avaient quitté l'île : 15 800 mahorais et 6500 métropolitains repartis.
- entre 2007 et 2012, 18 000 Mahorais auraient quitté Mayotte.

Les données du recensement de 2012 évaluent à 40 % la part d'étrangers résidant à Mayotte soit environ 85 000 personnes, 95 % d'entre eux sont d'origine comorienne. 75 % des étrangers seraient en situation irrégulière, soit plus de 60 000 personnes. (35,41)

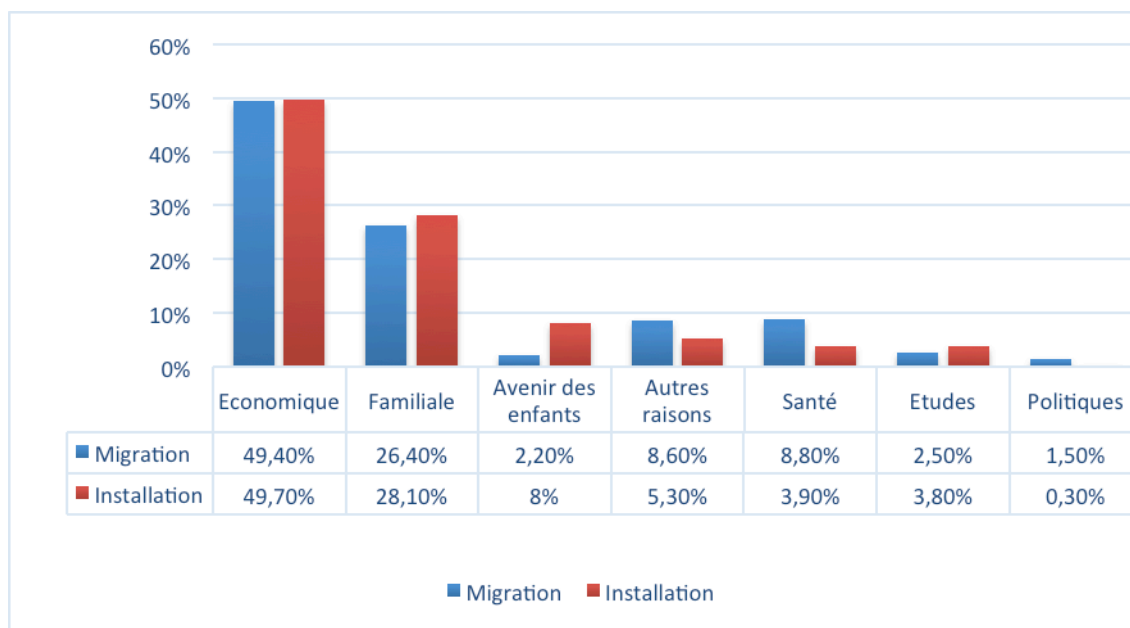


Graphique 1 : Répartition des lieux de naissance chez les habitants nés hors de Mayotte et résidant sur l'île en octobre 2007. (5)

2- Les motifs de migration :

La seule étude analysant les motifs migratoires à Mayotte date de 2007, elle a été réalisée par l'agence française du développement.

Un échantillon de 2 400 personnes a été tiré au sort parmi une population étrangère résidant à Mayotte depuis au moins 6 mois. (5)



Graphique 2 : Motivations de migration et d'installation des migrants nés à l'étranger (octobre 2007)

Ces résultats montrent que les motifs économiques et de rapprochement familial totalisent plus de 75 % des motifs de migration et d'installation à Mayotte. Les difficultés économiques associées à la forte densité de population à Anjouan font de Mayotte distante de seulement 70 km une terre d'espoir.

Le motif de migration médicale à Mayotte est cité en troisième (8,8 %), et seulement en cinquième pour ce qui est de l'installation. **La migration sanitaire ne représente donc qu'une minorité des mouvements migratoires.**

Les demandeurs d'asile sont cités en dernier (1,5 %). Les étrangers qui ont le moins de rejet pour accéder au statut de réfugié politique viennent de la région des Grands Lacs (République démocratique du Congo, Rwanda et Burundi). (Voir annexe n°3 sur les demandes d'asile)

3- Description des réseaux de passeurs :

L'extrême difficulté d'obtention du visa de circulation a fait se tourner les candidats à l'émigration vers des réseaux de passeurs. Ces réseaux prolifèrent et s'enrichissent de la misère des migrants.

Anjouan est le point de départ de tous les candidats à l'émigration, qu'ils soient originaires de l'Archipel ou bien d'Afrique. La traversée s'effectue en Kwassa-Kwassa, l'origine de ce nom vient d'une danse africaine qui signifie « *ça secoue ça secoue* ». Ce sont des barques de 7 mètres en résine, faites pour le transport d'environ 8 passagers.

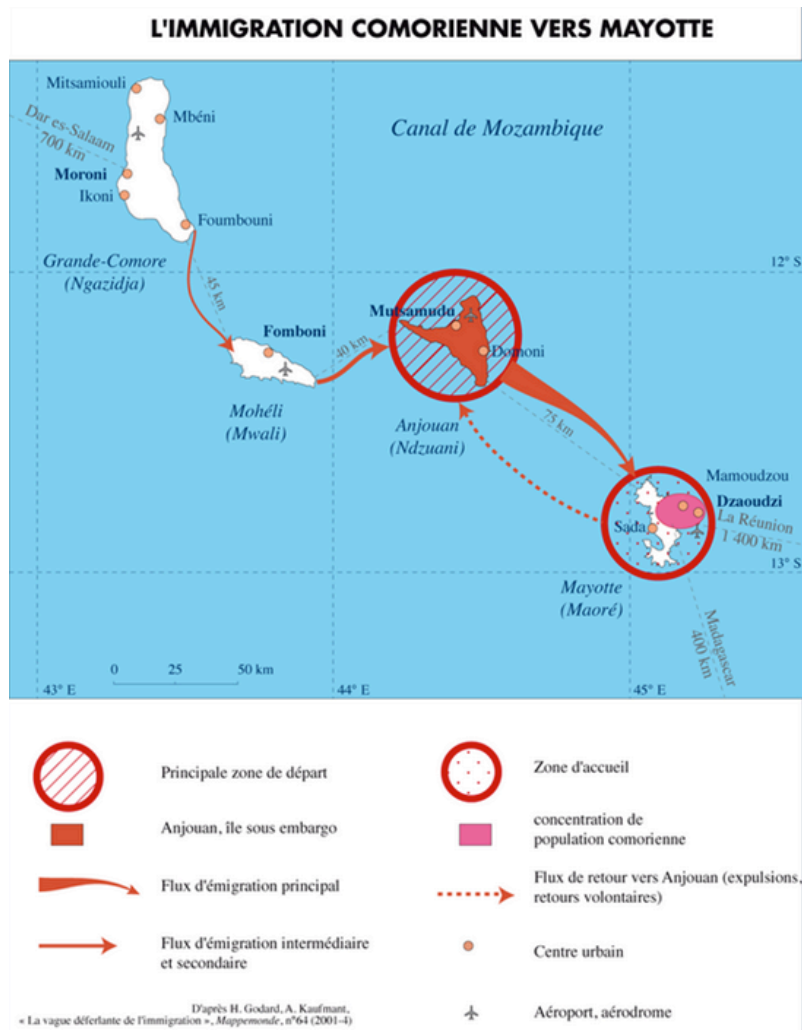
Pour rentabiliser le coût des traversées, les Kwassas sont surchargés ; ainsi même si les passagers sont arrêtés et l'embarcation détruite, le propriétaire arrive à faire des bénéfices. Les embarcations transportent en moyenne 23 passagers à bord (parfois plus de 45 personnes). Ces conditions d'entassement font que les barques naviguent parfois à la limite de la ligne de flottaison ; il suffit alors d'une vague, d'une déferlante en passant la barrière de corail mahoraise et le drame survient.

La traversée dure en moyenne 5 à 8 heures en fonction de la météo et des détours faits pour éviter de se faire repérer par la PAF, les passagers sont assis en fond de cale dans un mélange d'eau de mer et d'essence entraînant parfois de sévères brûlures.

Il est impossible d'avoir des données sur le nombre de migrants au départ d'Anjouan, mais les différents rapports estiment entre 7 000 et 10 000 morts depuis 1995. (35,42)

Une vingtaine de fabriques de Kwassa kwassa ont proliféré sur Anjouan, d'après la police 90 % de la production serait destinée à l'immigration.¹⁹

¹⁹ Interview du premier constructeur de barques dans l'archipel, il réagit aux images médiatisées de destruction des barques de passeurs par la PAF à Mayotte : "Pour nous, la destruction des barques est une bonne chose. C'est grâce à ça qu'on continue d'en vendre. Si elles n'étaient pas détruites, les passeurs utiliseraient toujours les mêmes. Là, ils sont obligés d'en acheter de nouvelles. Et je peux vous assurer qu'ils en ont les moyens !" (43)



Carte 4 : L'immigration comorienne (44)



Photo 2 : Plage de départ de Kwassas à Domoni à Anjouan

(Photographie personnelle janvier 2010)

4- La lutte contre l'immigration illégale :

Les moyens pour lutter contre l'immigration clandestine en mer sont constitués par la police aux frontières (PAF), la gendarmerie nationale, la douane et la marine nationale qui possèdent chacun plusieurs vedettes permettant les interceptions (la gendarmerie possède un hélicoptère, il sert également pour les interventions SMUR).

Quatre radars de surveillance maritime ont été installés depuis 2005.

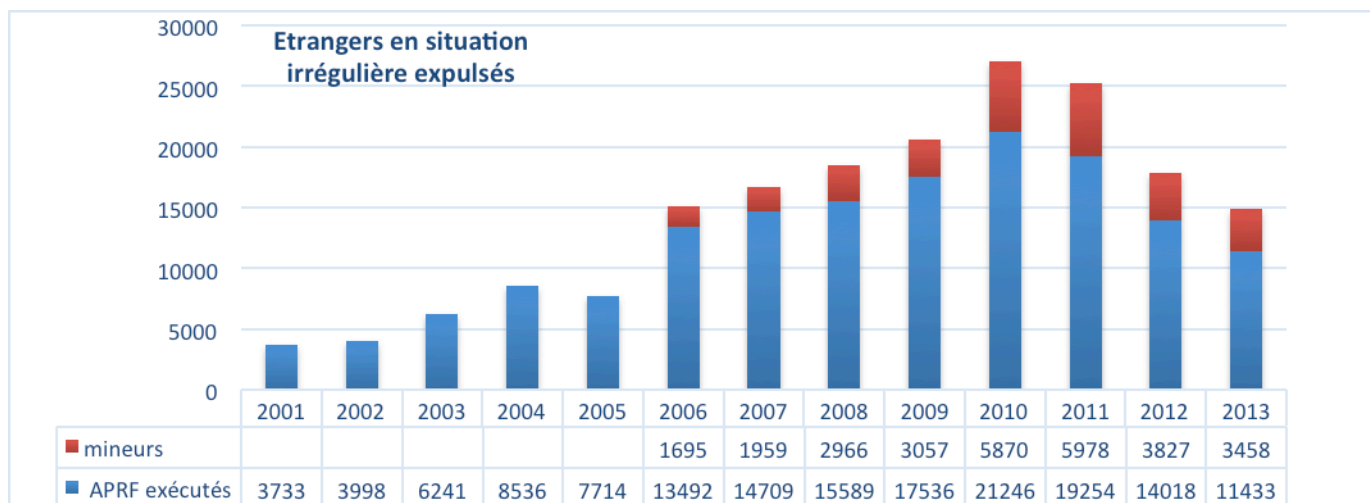
Au cours de l'année 2013, ce sont 476 embarcations qui ont été interceptées avec à leurs bords 10 610 passagers (chiffres stables sur les trois dernières années) (45).

Le haut conseil paritaire franco-comorien s'est réuni en novembre 2013, il a signé une convention d'entraide judiciaire et policière en particulier dans la lutte contre l'immigration irrégulière. Actuellement la législation comorienne ne considère pas comme illégal le passage d'une des îles des Comores vers Mayotte. Les départs d'Anjouan ne sont donc pas contrôlés, et les chefs de réseaux d'immigration ne sont pas inquiétés.



Photo 3 : Kwassas-kwassas effectuant la traversée Anjouan-Mayotte

(Source photographie : Gendarmerie de Mayotte)



Graphique 3 : Reconduites à la frontière de 2001 à novembre 2013 (46), comprenant les Étrangers en situation irrégulière (ESI) interceptés en mer et ceux arrêtés sur le territoire mahorais.

Un arrêté préfectoral de reconduite à la frontière (APRF) est notifié pour chaque personne majeure arrêtée, un ou plusieurs mineurs peuvent ensuite lui être rattachés. C'est pourquoi dans le graphique les mineurs sont additionnés au nombre établi d'APRF (données non connues pour le nombre de mineurs avant 2006).

L'année 2006 est charnière dans la lutte contre l'immigration clandestine. Le ministre de l'Intérieur Sarkozy veut faire passer le nombre d'expulsions à 12 000, cet objectif sera largement dépassé. La politique du chiffre entraînera de nombreux abus et outre passage de la loi de la part des forces de l'ordre et de la préfecture (rattachement d'un mineur à l'APRF d'un majeur avec lequel il n'est pas affilié, contrôle d'identité aux abords des structures de soins, délais d'expulsions raccourcis empêchant d'éventuels recours...).

Les abus sont régulièrement condamnés par les associations d'aide aux migrants mais également par la Cour européenne des droits de l'homme (notamment pour les conditions de détentions des migrants au CRA).

5- Parcours du migrant arrêté en mer :

5.1- Le centre de tri infirmier de Petite Terre :

Depuis fin 2012, l'hôpital de Dzaoudzi en Petite Terre héberge un centre de tri infirmier des étrangers en situation irrégulière (ESI). Les forces de l'ordre y amènent toutes personnes sans papiers interceptées en mer.

Un infirmier reçoit et prend les constantes de chaque ESI (tension artérielle, saturation, fréquence cardiaque, température, et si nécessaire dextro, bandelette urinaire ou test urinaire de grossesse). Ce poste est difficile, les infirmiers des Urgences de Dzaoudzi se relaient à cette fonction. Ils se trouvent en première ligne face au désespoir des personnes arrêtées, à la peur des enfants, aux plaintes réelles ou simulées ; il doit identifier les personnes nécessitant un transfert aux urgences de Dzaoudzi.

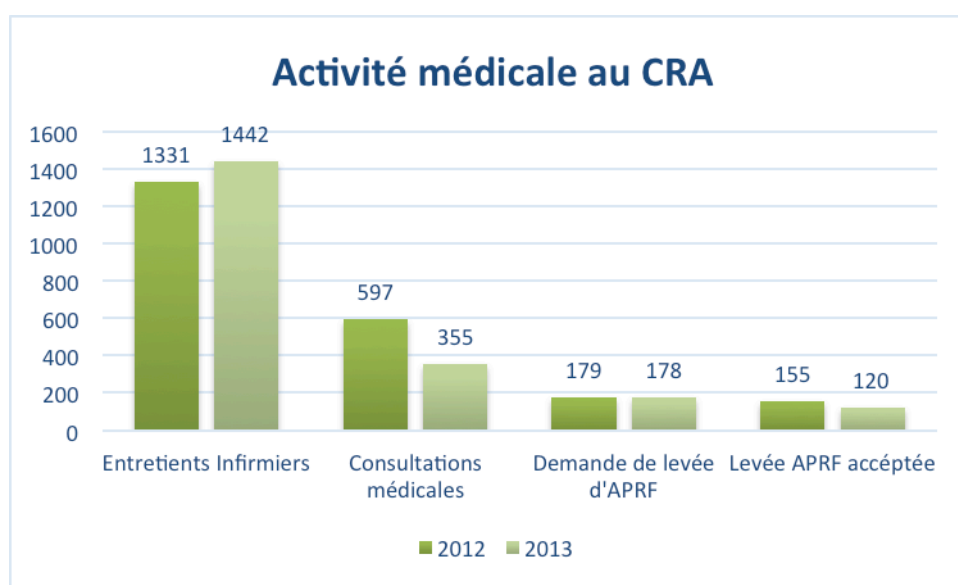
Le médecin statue ensuite si le patient doit être gardé pour soins ou alors renvoyé au CRA (Centre de rétention administratif).

De janvier à novembre 2013 ; 8000 étrangers en situation irrégulière ont été évalués dont 250 transférés aux urgences ou à la maternité de Dzaoudzi soit 3 % de patients reconnus par le tri comme nécessitant une évaluation par un médecin et pouvant donc venir pour raison sanitaire. (Voir annexe n°7 sur le centre de tri infirmier)

5.2- Le centre de rétention administrative :

Créé à Pamandzi en Petite Terre en 1995 lors de l'instauration du visa de circulation entre l'Union des Comores et Mayotte. Il ne sera officialisé comme centre de rétention administrative (CRA) qu'en 2004.

La loi prévoit une présence médicale au sein des CRA, mais il faudra attendre 2007 pour que les textes soient appliqués et qu'une convention avec l'hôpital soit signée. Depuis, un infirmier est présent la journée et un médecin vient cinq demi-journées par semaine. En cas d'urgences médicales, l'hôpital de référence de Dzaoudzi prend le relai la nuit et les week-ends.



Graphique 4 : L'activité médicale au CRA en 2012 et 2013.

Les expulsions à Mayotte obéissent à des règles et pratiques dérogatoires spécifiques. Le gouvernement justifie ce statut particulier par la pression migratoire plus élevée qu'en métropole. Ainsi, la faiblesse des garanties des droits des personnes et les pratiques d'expulsions expéditives expliquent l'ampleur des chiffres.

En métropole suite à un APRF, il y a un délai de 48 heures avant d'être présenté devant le juge des libertés et privations ; à Mayotte un étranger en situation irrégulière peut être reconduit à la frontière sans délai.

La rapidité d'exécution de ces mesures fait que certaines précautions ne sont pas prises, comme s'assurer de la présence d'enfants affiliés sur le territoire ; en 2013 plus de 3000 mineurs isolés ont été dénombrés à Mayotte.

V- Les mobilités thérapeutiques :

Au niveau mondial, les personnes migrantes sont majoritairement en bonne santé et partent pour chercher de meilleures conditions socio-économiques, fuir la guerre ou d'autres modes de répression.

L'immigration thérapeutique reste marginale dans les motifs principaux de départs comme le montrent de nombreuses études :

- D'après une étude du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire menée en France en 2002, seuls 9 % des étrangers séropositifs interrogés avaient été dépistés dans leur pays d'origine, sans d'ailleurs savoir combien sur ces 9 % ont émigré pour raison de soin. (47)
- Sur une enquête menée en 2008 par Médecins du Monde auprès de 1218 sans-papiers en Europe, seuls 6 % citent la santé comme l'un des motifs de migration²⁰. (48)
- En 2009, le Comede (Comité Médical pour les Exilés, qui assure la prise en charge médico-psychosociale de près de 5 000 patients exilés par an) relève que 77 % d'entre eux ont découvert leur maladie après leur arrivée en France, taux qui monte à 94 % pour ce qui concerne le VIH-sida et les hépatites.
- Pour Mayotte, comme vu précédemment avec l'étude de l'AFD réalisée en 2007 ; seulement 8,8 % ont migré pour raison de santé et 3,9 % se sont installés pour raison de santé. Ces

²⁰ 56 % des enquêtés disent avoir quitté leur pays pour des raisons économiques ou pour gagner leur vie et 26% ont émigré pour des raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle ou pour fuir la guerre.

chiffres sont relativement proches de ceux trouvés dans les études précédentes au niveau français et européen.

Différents déterminants font que les patients cherchent des soins dans un autre pays :

Une étude européenne (49) a cherché à caractériser en 2010 ces **raisons de migrations pour soins** en fonction de quatre critères définis, croisés ensuite avec le fait d'avoir une couverture santé ou pas :

- La disponibilité du service recherché
- Le caractère familial : même langue, distances proches, histoire et liens coloniaux
- La qualité perçue de l'offre de soin proposée
- L'accessibilité économique qui détermine la notion de tourisme médical

Pour le cas de la migration sanitaire des Comoriens, il est intéressant d'ajouter à ces critères la représentation de Juliette Sakoyan anthropologue ; qui a défini pour les Comores **une catégorie duelle de migration/circulation thérapeutique** autour de deux axes (50):

- Un axe « Sud-Nord » sur lequel les personnes migrent à défaut de pouvoir aller et venir librement à travers la frontière politique (Comores-Mayotte).
- Un axe « Sud-Sud » le long duquel les personnes circulent librement du fait de facilités administratives (Comores-Tanzanie-Madagascar).

1- Circulation thérapeutique :

Les patients empruntent des couloirs informels d'accès aux soins, il y a rarement des accords entre les médecins. Ces destinations sont fondées sur l'histoire migratoire avec les destinations historiques que constituaient Zanzibar et Madagascar (qui étaient également des destinations de soins traditionnels).

Les patients peuvent circuler car il n'y a pas de difficultés administratives particulières pour accéder à ces pays.

Ce type de déplacement semble être plutôt le fait de malades issus de la Grande Comore pour lesquels un soutien financier de la part de la diaspora a permis d'accéder à des soins payants à l'étranger.

La circulation se fait principalement dans la région Océan Indien, mais le recours à certaines destinations plus lointaines semble s'ouvrir comme avec l'Inde (7 visas sanitaire en 2010) et l'Égypte.

1.1- Madagascar :

C'était avec l'hôpital Girard et Robic d'Antananarivo, la référence en matière de soins dans l'Océan Indien. Entre 2002 et 2010, il y aurait eu de 430 à 1300 visas délivrés par an pour raison thérapeutique (chiffre à relativiser car prenant en compte les accompagnants, et certainement une certaine forme de fraude car ce motif de demande de visas permet de traiter plus rapidement les dossiers).

Mais la dégradation du système de soin entraîne à priori une diminution du recours aux soins malgaches.

1.2- Tanzanie :

Les ressortissants comoriens n'ont pas besoin de visa pour rentrer dans le pays. Bien que l'indice de développement humain soit peu supérieur à celui des Comores, le secteur privé de santé est assez dynamique avec la présence de médecins et de cliniques indiennes. La Tanzanie a un quota de transfert sanitaire vers l'Inde, certains malades comoriens se sont ainsi retrouvés pris en charge en Inde après un passage par l'Afrique de l'Est.

1.3- Maurice :

Importance du secteur privé avec une vingtaine de cliniques le plus souvent spécialisées dans la chirurgie (plastique, thoracique et odontologique). Ces structures proposent de nombreux services aux étrangers dans un effort de développement d'un tourisme dit médical. (51)

Un dispositif d'évacuation sanitaire entre les Comores et Maurice permet de faire partir cent patients par an. Le comité Evasan se tient à Moroni, de ce fait il y a peu de chance qu'un patient venant de Mohéli ou d'Anjouan puisse partir (les membres de ce comité sont différents de celui pour Mayotte). Les patients paient leur billet d'avion mais les soins sont pris en charge par l'état comorien. Les urgences médicales sont exclues de ce système d'évacuation. (52)

2- Migration médicale :

La migration par opposition à la circulation médicale est définie par une accessibilité difficile au système de soins, qui engendre un non-retour au pays (ou un départ pour soins qui peut durer des mois voire des années).

La migration sanitaire se décrit pour les patients comoriens qui vont se faire soigner sur Mayotte (puis si besoin la Réunion et la Métropole).

Cette migration peut être :

- **Légale dans le cadre des Évacuations sanitaires**

- **Irrégulière en arrivant sur Mayotte de manière clandestine en prenant un Kwassakwassa.**

2.1- Le système des évacuations sanitaires :

Le dispositif des Evasan est créé en 2000 dans le cadre d'une convention entre les centres hospitaliers des Comores et celui de Mayotte. Cet accord est unique sur le territoire français car jusqu'en 2012, les malades arrivant des Comores ne payaient que leur billet d'avion, mais par leurs soins. Depuis un changement de ligne directrice de l'ARS, les frais sont désormais intégralement à la charge du patient et le paiement la condition pour accéder à une évacuation sanitaire.

Comment accéder à une évacuation sanitaire ?

Tout d'abord aux Comores, le patient doit être vu par un spécialiste qui constitue un dossier en précisant l'indisponibilité technique et l'impossibilité de diagnostic ou de traitement. Le dossier est examiné par l'un des comités Evasan, présent dans l'hôpital principal de chaque île de l'Union des Comores, puis s'il est accepté le dossier est transféré au comité Evasan de Mayotte.

Le comité de Mayotte se réunit une fois par semaine sauf besoin d'évacuation en urgence. À ces réunions sont présents le président du comité qui est le médecin de la CSSM, le médecin de l'ARS, le chef de pôle Urgences/Réanimation/Evasan, un représentant de l'administration hospitalière.

Le comité donne un avis médical uniquement, il précise si le plateau technique du CHM est suffisant et la demande justifiée, puis le dossier est transmis au service concerné qui confirme la possibilité technique et fait une évaluation de la durée des soins. La condition de plateau technique est très importante car si les patients doivent être transférés secondairement sur la Réunion ou la Métropole, la demande est normalement rejetée.

Après avis du comité Evasan et du service receveur, la décision relève du directeur du CHM. Si l'accord est donné, la demande est transmise à l'ambassade de France aux Comores pour obtenir le visa sanitaire. La condition nécessaire pour acquérir le fameux visa dépend de l'avance des frais médicaux.

Demandes	Accords	Demandes	Accords	Demandes	Accords
134	59	115	45	54	29
153	79	41	19	41	16
60	36	11	3	12	12
128	97	76	35	36	22

475	271 (57 % des demandes faites à Anjouan)	243	67 (26 % des demandes faites à Mohéli)	143	57 (40 % des demandes faites à Gde Comore)
48	24 (50% d'avis favorable)	38	8 (21% d'avis favorable)	39	22 (56% d'avis favorable)

Tableau 4 : Bilan des Evasan Comores Mayotte par pays de demande de 2004 à 2007 et 2013

(Modifié par M.Gaussein d'après J.Sakoyan pour 2004-07 (52) et Service Evasan pour 2013, sources : service Evasan ; Vice-Présidence de l'Union des Comores chargée de la santé)

Ces données de 2004 à 2007 montrent contre toute attente que les patients d'Anjouan sont les plus nombreux à faire des demandes d'Evasan mais également les plus nombreux à recevoir un accord avec presque 60 % d'accords (contre 40 % pour les demandes des grands Comoriens et 26 % pour les mohéliens). De même les mohéliens, bien que dix fois moins nombreux que les grands Comoriens ont été plus nombreux à partir en Evasan à Mayotte.

En 2013 les demandes en provenance des Comores sont en diminution (deux fois moins qu'en 2007 et moins 16% par rapport à 2012), les accords rendus favorable sont également en diminution (moins 35% par rapport à 2012). (53)

Malgré un accord du comité, l'expérience montre que des patients arrivent quand même de manière illégale n'ayant pu faire l'avance des frais ou devant des formalités administratives pouvant durer des semaines. **Une étude faisant l'objet d'une thèse est actuellement en cours pour évaluer le devenir des patients ayant fait une demande d'Evasan.**

2.2- Migration sanitaire non légale :

Une étude réalisée à la demande d'Initiative Développement en 2001 sur Anjouan constatait la forte proportion de pathologies chroniques et de chirurgie dans les motifs de migration sur Mayotte. Elle identifiait également trois motifs de recours aux soins : l'échec thérapeutique, la cherté perçue des soins et l'attrait de la technicité. (54)

La proximité géographique, l'offre de soins disponibles et la qualité des soins perçus sont des facteurs évidents de migration pour raison de santé. Mais le contexte historique et les habitudes de soins ne sont pas à négliger, en effet jusqu'en 1995 les Comoriens pouvaient sans restriction aller et venir sur Mayotte et il n'était pas rare de profiter d'une visite à la famille pour consulter ; d'autant plus que jusqu'en 2005 les soins sont restés gratuits sans distinction de nationalité.

Mayotte présente comme on vient de le voir précédemment une forte immigration non légale, parmi ces migrants une partie seulement vient pour des raisons de santé.

La lenteur et les difficultés administratives, ainsi que les frais nécessaires pour accéder au visa sanitaire, semblent éloigner le système légal des Evasan du parcours de soins d'une partie des patients comoriens. Ainsi paradoxalement, prendre le Kwassa malgré les risques de la traversée semble rendre le système de soins mahorais plus accessible.

VI- Présentation de l'étude :

La mise en place de l'étude a été motivée par l'absence de données sociales et médicales sur les patients déclarants émigrer pour raisons médicales à Mayotte. Nous avons réalisé une étude prospective descriptive effectuée dans le service des Urgences du Centre Hospitalier de Mayotte.

L'objectif principal de ce travail est de faire un état des lieux sur la migration sanitaire en décrivant le profil épidémiologique des patients arrivants pour soins sur Mayotte.

Les objectifs secondaires sont :

- Evaluer le coût de la prise en charge à l'hôpital de ces patients migrants pour étudier la possibilité de coopération régionale.
- Décrire les difficultés pour accéder aux visas et aux évacuations sanitaires.
- Déterminer les filières de soins principales.

Réaliser cet état des lieux nous a paru un préalable indispensable, qui permettra de fournir des informations permettant de connaître les filières de soins principales à soutenir sur les Comores pour éviter ces « auto-évacuations sanitaires » et ainsi permettre aux patients une meilleure prise en charge médicale.



Photo 4 : Enfant pris en charge à son arrivée sur Mayotte.

(Photographie de A.L parue dans le journal Malango)

MATERIEL ET METHODE :

I- Lieu de l'étude :

Cette étude a été réalisée dans le service des Urgences du centre hospitalier de Mayotte à Mamoudzou sur une **période de six mois de juin à novembre 2013**.

Le service est composé de quatre secteurs :

- Le déchoquage adulte avec deux postes de prise en charge et un déchoquage pédiatrique.
- Un couloir - Adulte composé d'un box gynécologique, quatre box de consultations et un box de traumatologie.
 - Pédiatrique comprenant cinq box dont un destiné à la traumatologie.
- L'UHCD avec 6 lits de pédiatrie et 6 adultes, ainsi que 2 chambres d'isolement psychiatrique et 2 chambres police.
- Un bureau de consultation pour un médecin généraliste

Le service emploie 45 infirmiers, 29 médecins (les postes ne sont pas toujours pourvus avec en moyenne 15 à 17 médecins) et 5 internes.

Le service des urgences de Mamoudzou reçoit 30 000 patients par an.

II- Population étudiée :

L'étude est **prospective et observationnelle**.

La population de l'étude n'est pas définie par un nombre de patients à atteindre, l'objectif est d'être exhaustif sur les six mois définissant la période de l'étude.

1- Critères d'inclusion :

L'inclusion se fait aux **Urgences de Mamoudzou** pour des patients :

- arrivés sur **Mayotte depuis moins de quinze jours**
- **de manière illégale**
- dont le **motif de migration principal concerne la santé**.

L'étude se déroule aux urgences dans le but de cibler les malades migrants pour soins ayant les pathologies les plus graves et qui de ce fait auraient dû bénéficier d'un transfert médicalisé.

Les patients ont été inclus même si les urgences n'avaient pas constitué le premier recours aux soins, par exemple pour un patient transféré de dispensaire ou bien consultant quelques jours après une prise en charge en libérale ; ce tant que le critère de temps inférieur à quinze jours est respecté.

La période de quinze jours limitant l'inclusion à l'étude a été définie au préalable. Une consultation médicale plus de quinze jours après l'arrivée sur le territoire ne semble pas être le motif principal de migration.

L'arrivée de manière illégale permet de cibler des patients qui n'ont pas pu accéder à une évacuation sanitaire régulière des Comores à Mayotte du fait d'un refus de l'administration ou d'un manque de moyen pour payer les frais demandés. Par définition l'ensemble des patients n'a pas la nationalité française et n'est pas affilié à la sécurité sociale.

2- Critères d'exclusion :

Sont exclus les patients arrivés sur Mayotte depuis moins de quinze jours mais consultants pour une pathologie acquise pendant la traversée (noyade, déshydratation, brûlures par contact avec l'essence dans le fond du kwassa...) ou acquise depuis leur arrivée sur le territoire.

Sont exclus de l'étude les patients arrivant médicalisés dans le cadre d'une évacuation sanitaire régulière, ou bien arrivant de manière légale par leurs propres moyens avec un visa sanitaire.

Sont exclus les patients consultants plus de quinze jours après leur arrivée.

Il n'y a **pas de critère exclusif** sur la nationalité, le sexe ou l'âge pour rentrer dans l'étude.

III- Les données de l'étude :

1- Le questionnaire informatisé :

Nous avons créé un questionnaire inclus dans le logiciel médical DX CARE, qui est le logiciel utilisé aux urgences de Mamoudzou.

Dans chaque dossier patient de Dx Care, une case permet de valider l'inclusion, et ainsi accéder au questionnaire. Les infirmiers et les médecins y entrent par leur cession informatique personnelle, et remplissent ainsi le questionnaire. (*Voir Annexe 4*)

Le questionnaire est découpé en quatre parties distinctes dont voici les questions :

1.1- Épidémiologie :

- Parle français
- Feuille d'information remise
- Accord du patient d'entrer dans l'étude
- Référents si le patient est mineur
- Catégorie socioprofessionnelle du chef de famille
- Adresse hors Mayotte (avec comme choix multiple le nom des villes de référence de chaque district sanitaire des Comores, et la possibilité de compléter si réponse n'est pas proposée).

1.2- Conditions de transport :

- Décideur du départ (patient, famille, médecin, autre)
- Coût de la traversée
- Nombre de personnes dans le kwassa-kwassa
- Lieu d'arrivée à Mayotte (Grande Terre, Petite Terre, îlot, arraisonné en mer)
- Conditions d'arrivées à Mayotte (moyens personnels/famille, pompier/SMUR, PAF, gendarmerie)
- Pathologie acquise pendant la traversée
- Complément d'information sur l'histoire du patient
- Nombre de jours depuis l'arrivée.

1.3- Hors Mayotte :

- Pathologie initiale (qui correspond à la pathologie ayant motivé le transfert)
- Date de début de la pathologie initiale.
- Traitement débuté dans le pays d'origine (si oui : quoi ?)
- Hospitalisé dans le pays d'origine (si oui : préciser dans quel hôpital, dans quel service, à quelle date, pendant combien de temps, si des examens complémentaires ont eu lieu, le coût global des soins)
- Pathologie déjà soignée dans la zone Océan Indien (hors Mayotte et hors pays d'origine)
- Pathologie déjà soignée à Mayotte (si oui, pourquoi retour au pays ? retour volontaire ?).

1.4- Partie administrative :

- Une demande Evasan a-t-elle été faite aux Comores ? (Si oui, dans quel hôpital ? A-t-elle été acceptée ? Si oui pourquoi le patient est-il arrivé en kwassa ?)
- Une demande de visa a-t-elle été faite dans le pays d'origine ? (si oui préciser si demande de visa sanitaire ou visa de tourisme/affaires) Tous les patients inclus dans l'étude sont arrivés sur Mayotte de manière clandestine, ils n'ont pas pu accéder à un visa. La question est donc de savoir s'ils ont essayé d'en faire la demande.
- Une demande de titre de séjour pour raison médicale est-elle envisageable ? Cette question n'est pas habituellement de l'ordre de l'urgentiste, elle se pose dans les services lorsqu'un diagnostic est posé et quand la question de chronicité de la pathologie et de son suivi arrive.²¹ La question du titre de séjour est subjective car il n'y a pas de liste de pathologies pour lesquelles on peut l'appliquer. Chaque patient est un cas particulier pour lequel la sensibilité du médecin demandeur et de l'ARS influe. Il s'ajoute ensuite des formalités administratives demandant souvent de retourner aux Comores pour demander les papiers correspondants.
- Un avis ou un suivi psychologique est-il nécessaire ?

2- Données récupérées à postériori :

2.1- Dans le dossier patient DX Care :

- Âge et sexe du patient
- Cotation CCMU (classification clinique des malades aux urgences) :
 - o CCMU **1** : État clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. Examen clinique simple.
 - o CCMU **2** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire
 - o CCMU **3** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé pouvant s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
 - o CCMU **4** : Situation pathologique engageant le pronostic vital sans geste de réanimation immédiat.
 - o CCMU **5** : Pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
- Service et durée d'hospitalisation.
- Diagnostic de sortie et coût de l'hospitalisation selon la classification en groupe homogène de malades (GHM) pour le programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI MCO). Ces informations sont utilisées pour le financement des établissements de santé (tarification à l'activité) et pour l'organisation de l'offre de soins (planification).
Chaque GHM correspond à un tarif calculé, ces données sont accessibles dans le logiciel DX Care du CHM. Le coût de l'hospitalisation a ainsi été récupéré pour chaque patient de l'étude.

²¹ Une demande de titre de séjour pour raison médicale doit être faite par un médecin hospitalier avec :

- un certificat non circonstancié pour la préfecture
- un certificat circonstancié (en précisant la pathologie et la fréquence du suivi) pour le médecin de l'ARS
- une photocopie du passeport, un extrait d'acte de naissance original, une photographie d'identité...

2.2- Le patient aurait-il nécessité un transfert médicalisé ?

Données notées à postériori en fonction de la gravité de la pathologie et de la stabilité du patient à son arrivée aux urgences :

Le besoin de transfert médicalisé a été défini à partir des critères de TIIH (Transfert Infirmier Inter hospitalier) de la société française de médecine d'urgences.

Ces critères ont permis de classer de manière objective et reproductible les patients inclus dans l'étude et de définir 3 catégories de patients en fonction de l'état clinique et de la gravité de la pathologie à leur arrivée sur Mayotte :

- Transfert pouvant se faire de manière autonome, patient stable sans besoin de médicalisation ou de traitement particulier pendant le transport.
- Transfert nécessitant un infirmier d'après les critères du TIIH, pour des patients peu stables et qui auraient nécessité des soins lors du transfert.
- Transfert médicalisé, patient instable dont les critères dépassent ceux du TIIH, nécessitant la présence d'un médecin lors du transfert.

IV- Information du patient et recueil des données :

Les infirmiers de l'accueil et des box repèrent les patients correspondants aux critères d'inclusion à l'étude ; à tout moment de la prise en charge les médecins peuvent également inclure les patients. Il n'a pas été posé de questions spécifiques à tous les patients non affiliés pour savoir s'ils venaient d'arriver en kwassa. Le mode d'arrivée avec les pompiers ou la police permet de le savoir dès leurs transmissions ; ensuite, le contexte d'une pathologie non traitée évoluant depuis longtemps est souvent évocateur. De plus les patients ou la famille qui les accompagne cachent rarement le mode d'arrivée en racontant l'histoire de la maladie, enfin le médecin par son anamnèse et l'examen du carnet de santé peut en dernier recours reconnaître un patient à inclure.

La traduction si elle est nécessaire est réalisée par les aides-soignants du service.

Une **feuille d'information** (*voir annexe 3*) pour l'étude a été rédigée en français et en shimaoré, les patients ne sachant pas lire pour la plupart, elle a peu été utilisée. Cette fiche a servi de support aux infirmiers et aides-soignants pour les informations à donner au patient.

Le consentement du patient (ou de l'adulte référent dans le cas des mineurs) pour entrer dans l'étude était recueilli oralement. Les informations sont confidentielles et n'influencent en aucun cas la prise en charge médicale.

Comme vu précédemment le questionnaire est découpé en quatre pages distinctes, pour répartir le temps de remplissage des questionnaires, les deux premières parties sont remplies par les infirmiers, les deux dernières par les médecins (qui sont responsables du dossier et doivent si nécessaire compléter les réponses).

Le recueil des informations prend en moyenne une dizaine de minutes, pour faire gagner du temps aux médecins : la partie « pathologie hors Mayotte » est automatiquement basculée dans le dossier patient des urgences.

Le recueil des données auprès des patients a reçu l'accord du Chef de Service, du Président de la commission médicale de l'établissement (CME) et du Directeur du Centre Hospitalier de Mayotte.

Les données patients restent anonymes lors de l'extraction.

V-Extraction et analyse des données :

L'informaticien référent de la cellule Dossier Personnalisé Informatisé a créé le questionnaire et extrait les données à partir du logiciel DX CARE dans un tableur Excel.

L'analyse des données est réalisée avec le logiciel Excel.

RÉSULTATS :

I- Description de la population de l'étude :

1- Nombre de patients inclus :

301 patients ont été inclus sur 6 mois, sur lesquels **276 patients ont été retenus.**

25 patients ont été exclus pour trois motifs :

- Patients venant pour soins mais arrivés par avion avec un visa (sanitaire ou de travail), donc migration pour soin légal,
- Patients inclus mais arrivés par Evasan médicalisée des Comores,
- Pathologie acquise pendant la traversée ou depuis l'arrivée à Mayotte, la pathologie n'était donc pas le motif de migration.

2- Information sur l'étude et recueil du consentement :

2.1- Feuille d'information :

La feuille d'information a été remise pour 50 patients (18 %)

Non remise pour 118 patients (43 %) et réponse non communiquée dans 108 cas (39 %).

2.2- Consentement recueilli pour rentrer dans l'étude :

L'accord de participer à l'étude a été recueilli pour 256 patients (93 %)

Vingt patients ont refusé aux urgences de rentrer dans l'étude soit 7 % des patients répondant aux critères d'inclusion :

- Douze mineurs dont 7 n'étaient pas accompagnés de leurs parents, mais par un autre référent, certains avaient refusé en attendant de voir avec les parents et les données ont été récupérées dans les services d'hospitalisation
- Deux patients admis en réanimation, après passage au déchoquage.

3- Âge, sexe et langue parlée :

Moyenne d'âge 30,7 ans. La médiane est 28 ans.

Le patient le plus jeune avait 6 mois et le plus âgé 87 ans.

Nombre de patients relevant de la pédiatrie (âgés de seize ans maximum) :

- 89 enfants (soit 32 % des arrivées) avec comme moyenne d'âge : 8 ans pour une médiane de 7 ans.

Nombre de patients adultes : 187 avec comme moyenne d'âge 42 ans.

Sexe : Femmes 107

Hommes 169 soit 61 %

Le patient parle-t-il français ? :

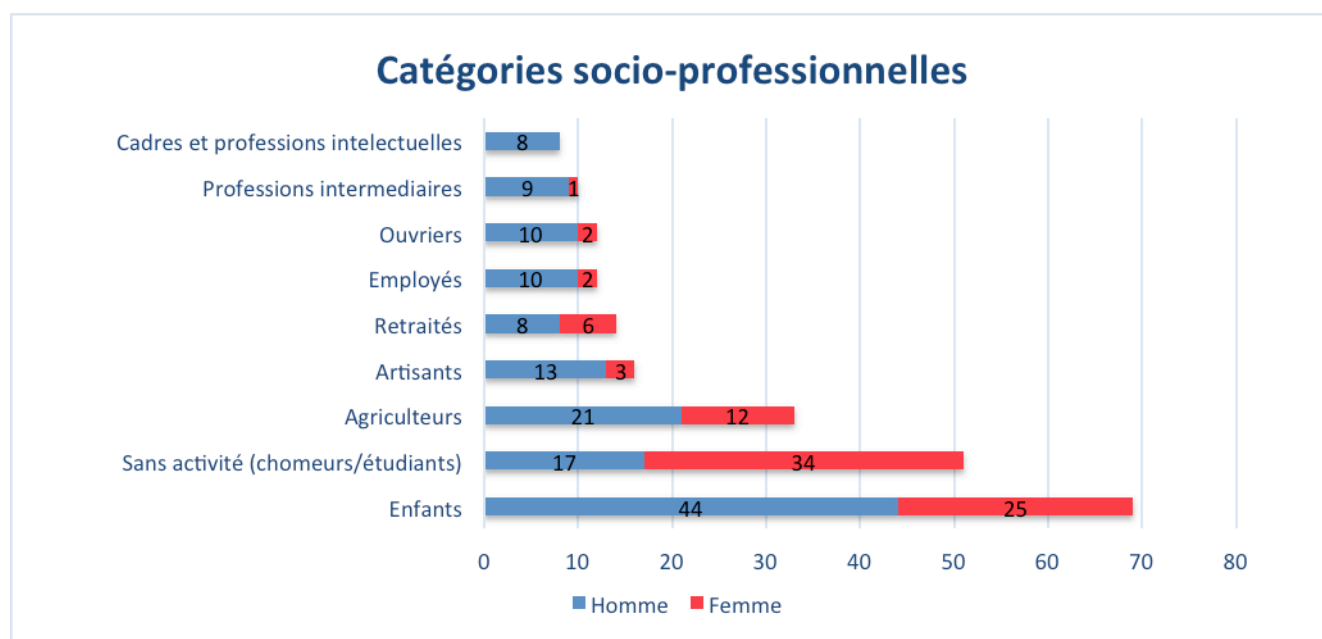
Sur 243 réponses faites soit 88 % des patients inclus.

174 patients ne parlaient pas français soit 72 % des réponses.

4- Catégories socio professionnelles :

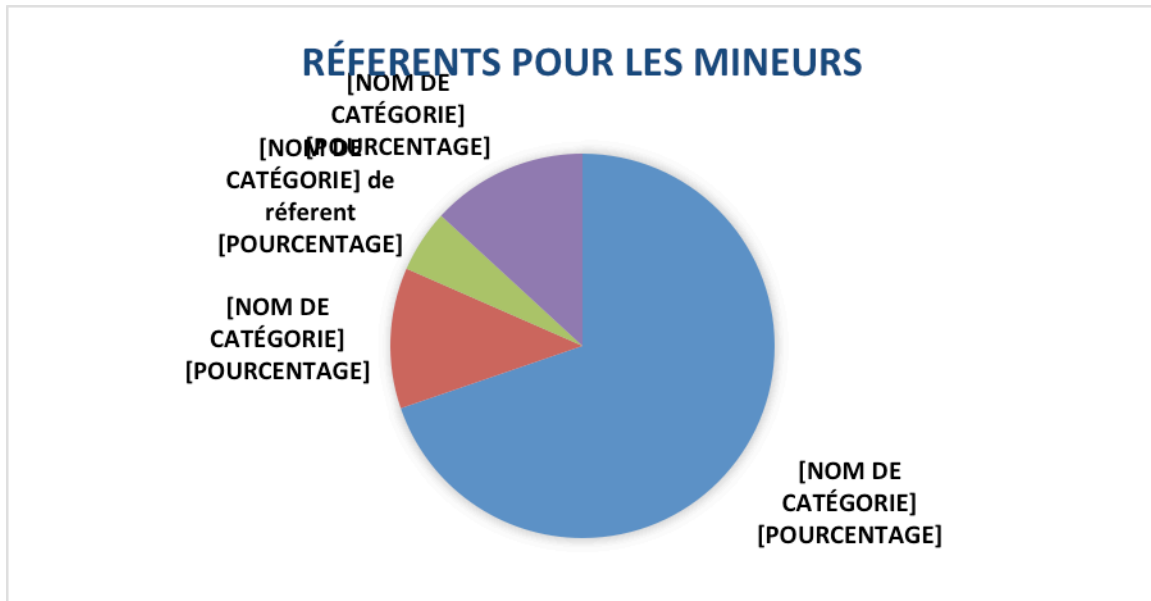
Les catégories sont définies d'après la classification des catégories socio professionnelles redéfinie en 2003, utilisée par l'INSEE.

225 réponses ont été enregistrées soit 82 % des patients inclus



Graphique 5 : Répartition des catégories socio professionnelles en fonction du sexe.

5- Personne référente pour les mineurs :



Graphique 6 : Personne référente pour les mineurs inclus à l'étude.

Une réponse a été donnée pour 78 mineurs sur les 94 inclus à l'étude soit 83 % de renseignés.

La réponse autre a été donnée dans 13 % des cas ; elle correspond à :

- sept frères et un cousin,
- un grand-père,
- un cas où c'est un ami de la famille qui a accompagné l'enfant,
- un cas où un passeur a été payé par la famille pour amener leur enfant de 8 ans à l'hôpital, le kwassa-kwassa a été arrêté en mer. L'homme est reconnu par les gendarmes pour avoir effectué plusieurs trajets en accompagnant à chaque fois des enfants. Il est retenu au CRA, pendant que l'enfant effectuait des examens en pédiatrie. Une semaine plus tard avec l'accord de la famille restée aux Comores, l'enfant accompagné de son passeur est expulsé pour son retour sur Anjouan.

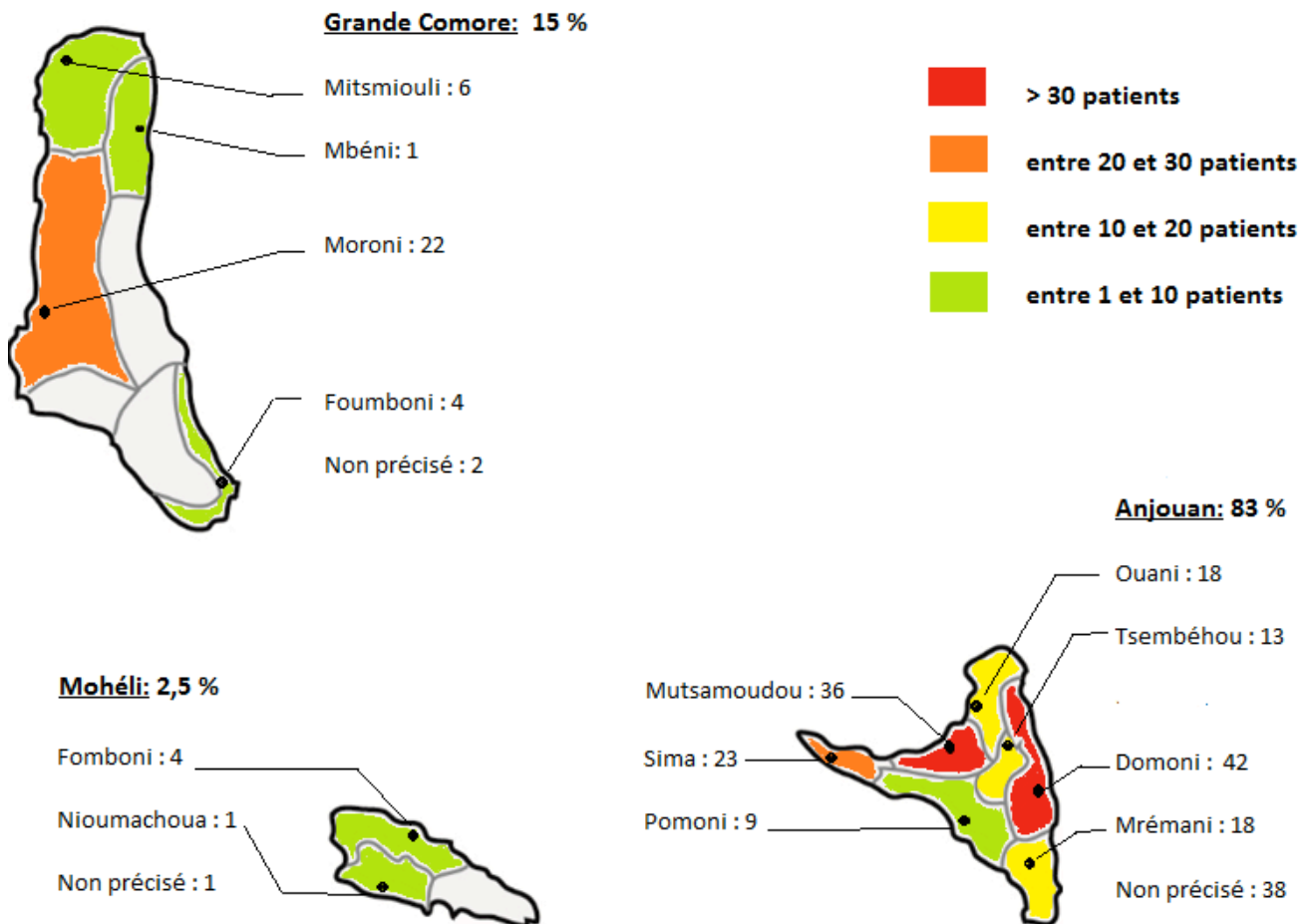
Les quatre enfants arrivés seuls avaient tous 15 ans.

6- Adresse hors Mayotte :

Sur 238 réponses faites soit 85 % des patients inclus

Tableau IV: Pays et aires de santé dont sont originaires les patients inclus.

Domoni	42 patients
Mutsamudu	36
Sima	23
Ouani	18
Mrémani	18
Tsembéou	13
Pomoni	9
Non précisé	38
Moroni	25
Mitsamiouli	6
Foumbouni	4
Mbéni	1
Non précisé	2
Fomboni	4
Nioumachoua	1
Non précisé	1



Carte 5 : Origine géographique des patients aux Comores (carte découpée selon les aires de santé).
(Dessin assisté par ordinateur M.Gaussein)

II- Description des conditions de venues sur Mayotte :

1- Décideur du départ pour Mayotte :

Sur 206 réponses faites soit 73 % des patients inclus.

Départ conseillé par l'équipe soignante aux Comores : 20 réponses soit 10 % des patients ayant répondu.

Décision de la famille : 90 soit 44 %

Décision du patient : 96 soit 46 %

2- Coût du transport :

135 réponses soit 49 % des personnes incluses ; 22 des patients ayant répondu ne connaissaient pas le prix (8 %), un seul ne souhaitait pas en parler.

Sur les 111 réponses chiffrées restantes, la moyenne de prix pour la traversée est de 390 euros par adulte, pour les enfants les tarifs se situent autour des **100 euros**.

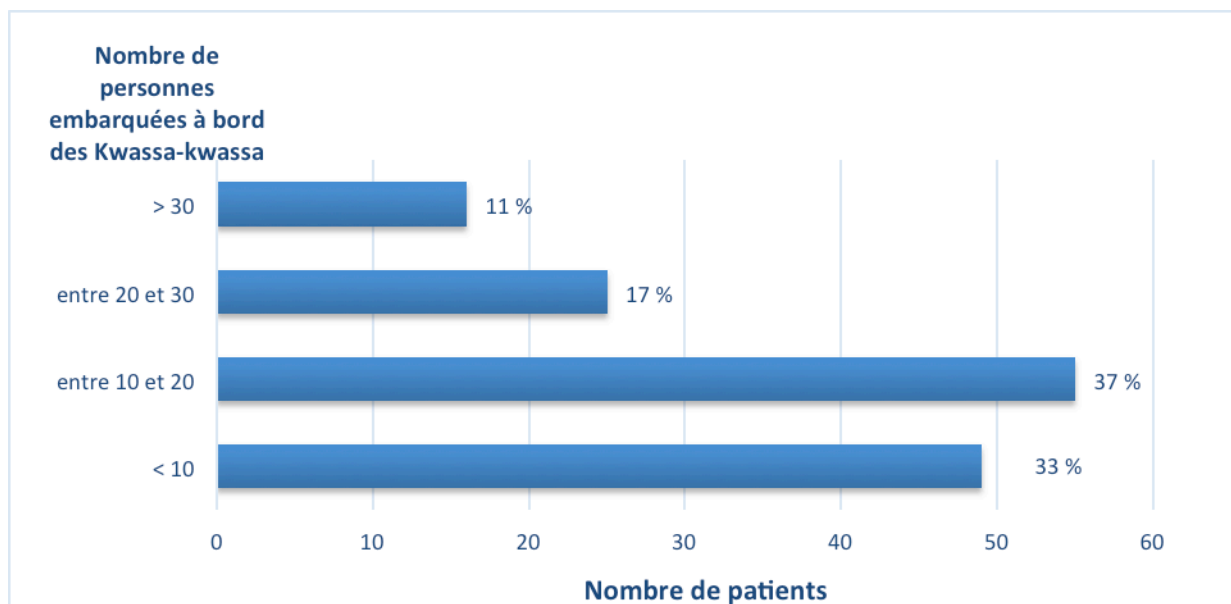
Avec des extrêmes :

- Deux personnes n'avaient pas payé car elles connaissaient le passeur,
- Un seul patient dit avoir payé moins cher (100 euros) car il était malade.
- Huit personnes ont payé plus de 1000 euros la traversée, et jusqu'à 1500 euros. Ces tarifs correspondent à des Kwassas-kwassas peu chargés (moins de 10 personnes). Certains étaient seuls avec le passeur (cas par exemple d'un patient tuberculeux)

Les patients venant de Grande Comore ont rejoint Anjouan soit par bateau (environ 30 euros) soit par avion (environ 70 euros).

3- Nombre de personnes embarquées à bord du Kwassa kwassa :

Sur 148 réponses faites soit 52 % des patients inclus :



Graphique 7 : Nombre de personnes embarquées à bord des Kwassa-Kwassa transportant les patients inclus à l'étude.

4- Conditions d'arrivées :

Cette question décrit l'arrivée des patients en Kwassa kwassa sur Mayotte.

211 réponses soit 76 % des patients inclus :

- 80 patients récupérés par leur famille ou moyens personnels soit 38 % des réponses.
- 79 patients ont eu recours aux pompiers ou au SMUR soit 37,5 %.
- 52 ont été interceptés en mer par les forces de l'ordre (PAF, gendarmerie, ou marine nationale) soit 24,5 %. 42 de ces patients sont passés par le centre de tri infirmier de Petite Terre avant d'être transférés secondairement aux Urgences de Mamoudzou, les 10 derniers ont été régulés par le SAMU qui a fait accoster directement le bateau d'interception au quai de Mamoudzou.

5- Lieu d'arrivée sur Mayotte :

190 réponses soit 69 % des patients inclus :

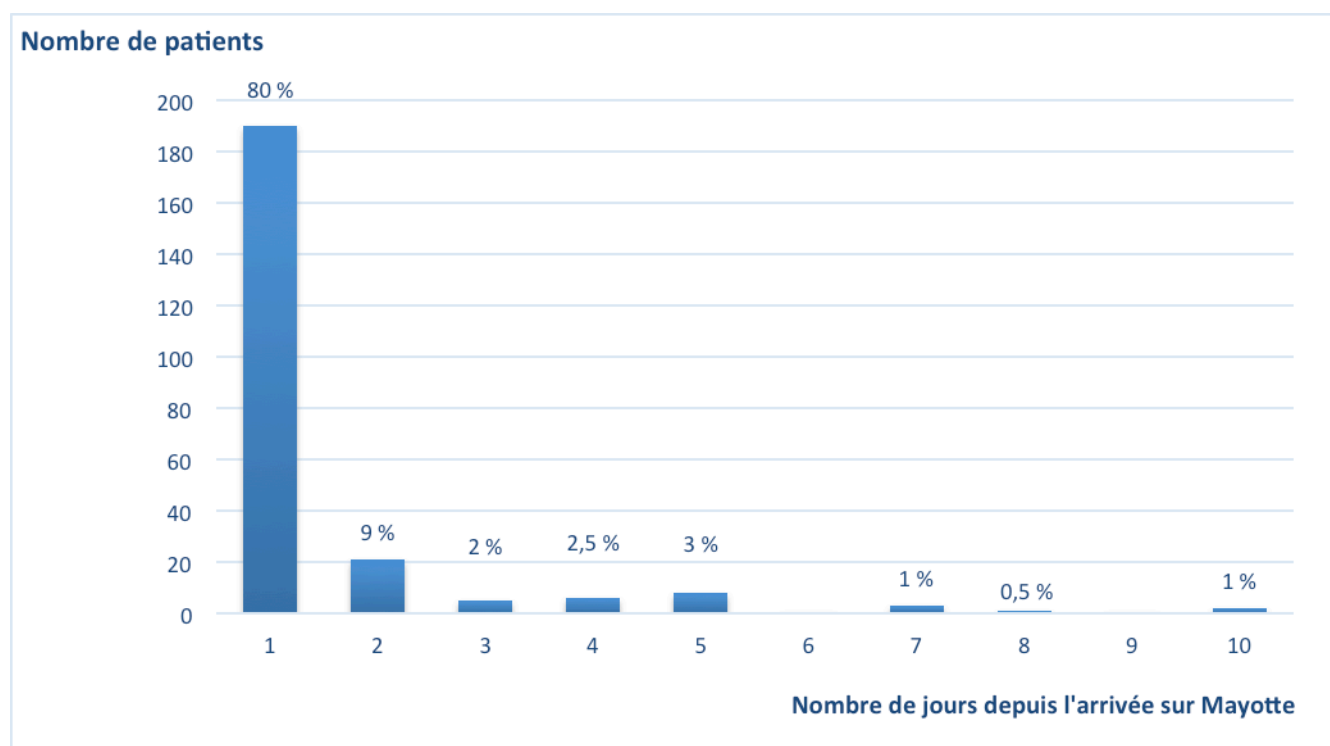
- Grande Terre : 64 patients (soit 33 %)
- Arraonnés en mer : 52 patients (soit 27 %)
- Sur l'îlot Mtsamboro (le plus proche d'Anjouan situé à 6 kilomètres de Grande Terre : 38 patients (soit 20 %)
- Sur Petite Terre : 38 patients (soit 20 %)

6- Nombre de jours entre arrivée et consultation :

235 réponses soit 85 % des patients inclus :

190 patients ont eu recours aux urgences de Mamoudzou dès leur premier jour sur le territoire mahorais (soit environ 80 %).

Le critère d'inclusion de temps maximum était de 15 jours maximum, il n'y a pas eu de réponses données au-dessus de 10 jours.

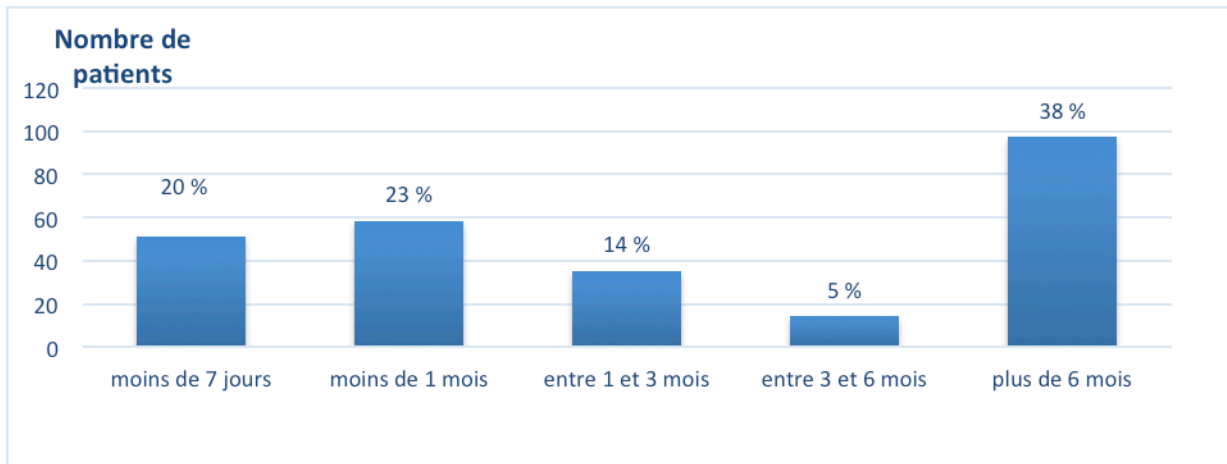


Graphique 8 : Nombre de jours entre l'arrivée sur Mayotte et la consultation aux Urgences du CHM

III- Description des pathologies ayant motivé la migration sur Mayotte :

1- Date de début de la pathologie initiale :

255 réponses soit 92 % des patients inclus :



Graphique 9 : Intervalle de temps entre le début de la pathologie et la consultation au CHM.

144 patients ont une pathologie qui évolue depuis moins de trois mois dont 50% relèvent de l'orthopédie.

111 patients (soit 43,5% des réponses) avaient une pathologie qui évolue depuis plus de trois mois, pouvant pour la plupart être considérée comme chroniques.

Les principales pathologies considérées comme chroniques sont:

- Diabète : 26 patients
- Cardiologie/HTA : 16 patients
- Oncologie : 15 patients
- Neurologie : 12 patients dont 6 enfants pour convulsions
- Néphrologie : 8 patients dont 5 insuffisants rénaux terminaux
- Urologie : 4 patients avec une hypertrophie bénigne de la prostate
- Gynécologie : 4 pathologies chirurgicales (kyste ovaire de plus de 20cm, prolapsus, fibrome)
- Dénutrition/marasme : 4 enfants
- Drépanocytose : 3 enfants

2- Un traitement a-t-il été initié aux Comores ? :

237 réponses soit 86 % des patients inclus :

- **Oui pour 178 patients soit 75 % des réponses**
- Non pour 59 patients soit 25 %

3- Le patient a-t-il été hospitalisé dans le pays d'origine ?

210 réponses soit 76 % des patients inclus :

- **Oui pour 111 patients (soit 53 %)**
- Non pour 99 patients (soit 47 %)

Il faut noter que certains comptes rendus d'hospitalisation ou traitements ont été notés en chinois.

3.1- Durée d'hospitalisation :

Sur les 111 patients hospitalisés aux Comores, il y a eu 61 réponses concernant la durée d'hospitalisation avec comme limites 1 et 90 jours.

La moyenne de durée d'hospitalisation est de 17, 5 jours.

À leur arrivée sur Mayotte les 111 patients déjà hospitalisés aux Comores l'ont été également dans 75 % des cas (avec comme durée moyenne 19,5 jours).

Sur les 99 patients qui n'avaient pas été hospitalisés aux Comores, 64 % l'ont été sur Mayotte (durée moyenne de 13,8 jours).

3.2- Etablissement et service d'hospitalisation :

L'établissement d'hospitalisation est connu pour 73 personnes soit 66 % des hospitalisés.

- Sur Anjouan : 49 à l'hôpital de Hombo et 10 à Domoni,
- Sur la Grande Comore : 10 patients au CHN El Maarouf et 2 en cliniques privées à Moroni,
- Sur Mohéli : 2 patients à l'hôpital de Foubouni.

Le service d'hospitalisation est connu pour seulement 44 % des patients hospitalisés :

- 20 en Médecine
- 14 en Chirurgie
- 8 en UHCD (Unité d'hospitalisation de courte durée) aux Urgences
- 4 en Pédiatrie
- 3 en Réanimation

3.3- Coût de l'hospitalisation :

Sur les 111 patients hospitalisés 25 réponses chiffrées sont connues :

Les coûts sont entre 10 et 1000 euros, avec une moyenne de 240 euros par hospitalisation.

4- La pathologie a-t-elle été traitée dans l'Océan Indien :

4.1- Maurice :

- Un patient parti sur Maurice pour mise en place d'une fistule artério veineuse ; puis retour à Moroni pour dialyse.
- Une Evasan prévue pour chirurgie cardiaque d'une valvulopathie post rhumatisme articulaire aigu, est finalement annulée devant la non faisabilité de l'opération sur place.

4.2- Madagascar :

- Cinq patients sont partis pour soins :
 - Deux nourrissons pour des bilans étiologiques de convulsions,
 - Un patient diabétique de 53 ans compliqué d'un mal perforant plantaire.
 - Un hémophile de 35 ans, il arrive anémié à Mayotte pour un saignement post opératoire à Anjouan.
 - Un homme pour hypertrophie bénigne de la prostate a eu une résection trans-urétérale. Il arrive plusieurs mois plus tard à Mayotte, il présente en fait un cancer de la prostate.
- Une Evasan prévue pour mise en place d'une fistule artério veineuse est annulée, le patient a préféré venir se soigner sur Mayotte où il a de la famille.

5- La pathologie a-t-elle déjà été traitée sur Mayotte ?

11 patients avaient déjà été traités sur Mayotte par le passé, quatre d'entre eux sont rentrés volontairement, cinq avaient été expulsés et pour deux patients le mode de retour n'était pas précisé :

5.1- Retour volontaire : 4 patients :

- Patiente de 22 ans née à Mayotte et qui y a vécu 17 ans. Elle était suivie pour drépanocytose homozygote, puis est repartie volontairement sur Anjouan par peur de la PAF. Revenue en juin 2013 sur Mayotte, elle a présenté un accident vasculaire cérébral et a été hospitalisée en réanimation en décembre 2013, complication de sa drépanocytose non suivie.
- Patient de 40 ans, traité pour une fracture par fixateur externe il y a trois ans à Mayotte. Il revient pour enlever les broches toujours en place.
- Patiente de 53 ans, suivie auparavant pour diabète et insuffisance cardiaque. Elle est rentrée aux Comores pour se rapprocher de sa famille, et revient sur Mayotte car elle n'a pas pu poursuivre ses traitements.
- Diabétique de 77 ans qui revient en rupture thérapeutique depuis plusieurs mois.

5.2- Expulsions : 5 patients :

- Enfant de huit ans suivi en pédiatrie en 2008 pour crise convulsive.
- Enfant de cinq ans avec des rétractions tendineuses sans diagnostic, suivie en pédiatrie en 2011.
- Enfant de 11 ans suivi pour une polyarthrite, revient devant la persistance de ses douleurs.
- Patient de 34 ans avec des hémorroïdes qui devaient être opérées, il est expulsé avant la chirurgie. Il est revenu pour se faire traiter mais a dû être transfusé au préalable.
- Patiente diabétique de 64 ans, après son expulsion, elle est restée quatre mois sur Anjouan sans pouvoir suivre un traitement optimal. Elle revient pour reprendre son suivi.

5.3- Non précisé : 2 patients :

- Un patient de 29 ans suivi pour une insuffisance rénale et une patiente diabétique de 64 ans pour lesquels il n'est pas précisé si leur retour sur les Comores a été volontaire.

IV- Description des demandes administratives :

1- Une demande d'Evasan pour Mayotte a-t-elle été faite ?

Une demande Evasan a été faite au CHM par le comité des Comores pour 11 des patients arrivés de manière illégale sur Mayotte

1.1- *Lieu de la demande :*

- Deux demandes faites à El Maarouf, hôpital national de Grande Comore
- Neuf à Hombo hôpital d'Anjouan.

1.2- *Réponse du comité Evasan de Mayotte :*

Demande acceptée pour un patient :

- Homme de 23 ans souffrant de douleurs neuropathiques post amputation, il n'a pas pu faire l'avance des frais de 4000 euros pour accéder au visa sanitaire et donc à son Evasan.

Demande refusée pour plateau technique insuffisant à Mayotte : 4 patients :

- Enfant de 6 ans, demande faite pour explorer une épilepsie. Demande refusée devant l'absence d'électro-encéphalogramme disponible à Mayotte, réitérer la demande à distance quand l'appareil sera à nouveau disponible. L'enfant une fois arrivé est resté hospitalisé 16 jours en pédiatrie dont 5 en réanimation.
- Jeune de 19 ans pour lequel il a été fait une demande pour pose de fistule artério veineuse au CHM. Il a passé 19 jours en réanimation pour dialyse avant de partir en Evasan sur la Réunion.
- Femme de 39 ans souffrant d'un cancer de l'ovaire, après être restée 23 jours hospitalisée en gynécologie elle est désormais suivie en médecine ambulatoire pour sa chimiothérapie.
- Homme de 75 ans atteint d'un cancer de la prostate. Il arrive en Kwassa et est arrêté en mer. Il porte une sonde urinaire, après le passage au centre de tri infirmier de Petite Terre est adressé aux Urgences du CHM. Ce patient est maintenant suivi en médecine ambulatoire.

Demande refusée devant un plateau technique estimé suffisant aux Comores : 3 patients :

- Enfant de 2 ans avec suspicion de drépanocytose. Le comité Evasan a demandé d'envoyer un tube sanguin pour faire les analyses. Il est finalement arrivé sur Mayotte et est suivi en pédiatrie.
- Enfant de 2 ans, pesant 5 kg, demande faite pour exploration du retard staturo-pondéral. Il sera hospitalisé pendant 21 jours en pédiatrie.
- Patient de 19 ans opéré à Anjouan d'une perforation digestive probablement sur une typhoïde (le compte rendu opératoire était rédigé en chinois). Le patient sera revu en consultation externe de chirurgie digestive pour éducation au changement des poches de stomies. Puis de nouveau hospitalisé pendant 10 jours à Mayotte pour rétablissement de la continuité digestive à trois mois post opératoire.

Demandes non abouties, suite à des problèmes administratifs ? : 3 patients :

- Enfant de 3 ans avec une ostéogenèse imparfaite, les parents sont venus en Kwassa car absence de réponse à leurs demandes débutées à la naissance de l'enfant.
- Jeune fille de 14 ans opérée à Anjouan d'une fracture pathologique avec pose d'un clou centromédullaire, elle reste hospitalisée pendant 2 mois avant de faire la traversée seule en Kwassa. Deux demandes auraient été faites au CHM, mais pas de traces de son dossier ou bien refusé pour plateau technique insuffisant ? Elle sera envoyée sur la réunion pour prise en charge en oncologie avant de revenir en pédiatrie à Mayotte en soins palliatifs.
- Patiente de 22 ans drépanocytaire (vue page 56 car rentrée volontairement à Anjouan). La demande Evasan est faite en avril 2013, en attente de l'avis du médecin référent. Elle arrive par Kwassa en juin.

2- Une demande de visa a-t-elle été faite aux Comores ?

213 réponses ont été renseignées.

202 patients ont répondu non, soit 95 % des réponses.

Seulement 11 patients ont essayé de faire une demande de visa à titre médical

Deux avaient également fait une demande d'Evasan (une refusée et une pour laquelle le patient ne pouvait faire l'avance des frais).

3- Un titre de séjour est-il envisageable pour le patient ?

230 réponses soit 83 % des patients inclus.

Le médecin a estimé qu'un titre de séjour n'était pas envisageable pour 110 patients soit 48 % des patients. (Dont 54 patients relevant d'une prise en charge orthopédique, 23 % des réponses)

D'après l'appréciation du médecin urgentiste, un titre de séjour pourrait être envisagé pour 120 patients soit 52 % des arrivants.

4- Un avis ou un suivi psychologique semble-t-il nécessaire ?

220 réponses renseignées soit 80 % des patients inclus.

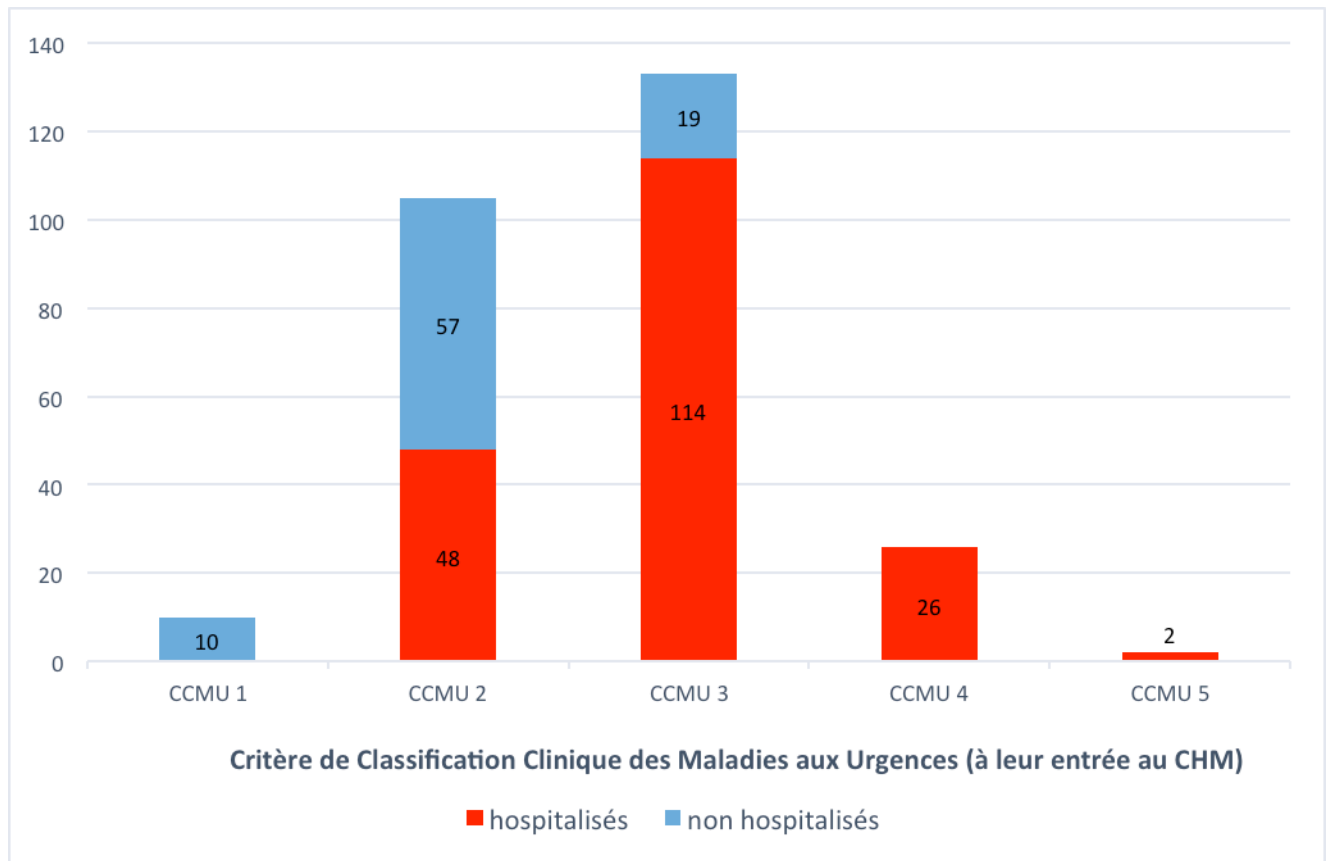
Un suivi n'a pas été estimé nécessaire pour 81 patients soit 37 % des patients.

Pour 139 patients le médecin receveur aurait souhaité qu'un entretien psychologique soit réalisé ; soit pour 63 % des patients inclus.

V- Devenir des patients après leur passage aux urgences :

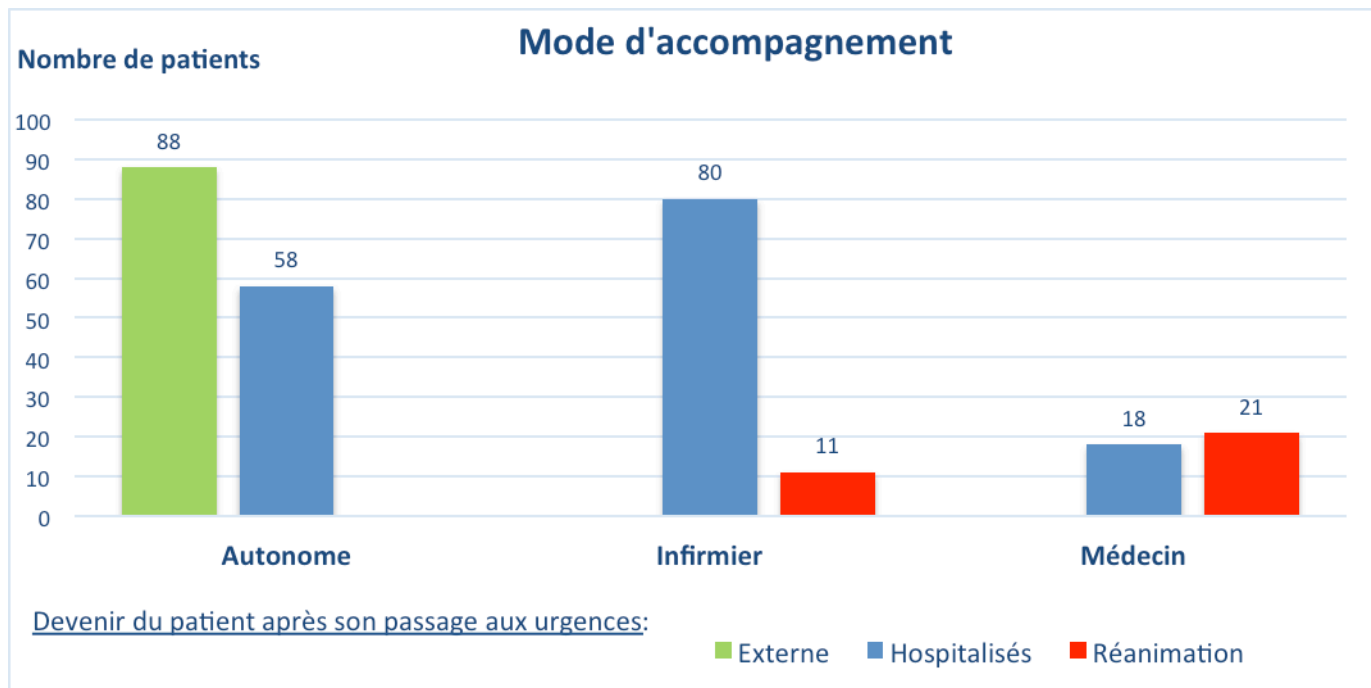
1- Classification clinique des patients à leur arrivée aux urgences du CHM :

Les données CCMU ont été récupérées à posteriori pour chaque patient inclus dans l'étude.
Le graphique suivant croise les données CCMU avec l'hospitalisation ou non du patient :



Graphique 10 : Hospitalisation ou non des patients inclus, en fonction du critère CCMU.

2- Mode de transfert qui aurait été le plus adapté en fonction de l'état clinique du patient, classé à partir des critères de transfert infirmier inter hospitalier (TIH) :



Graphique 11 : Mode de transfert qui aurait été le plus adapté en fonction de l'état clinique du patient, classé à partir des critères de TIH.

Les critères TIH ont permis de différencier trois modes d'arrivée qui aurait été adapté pour les patients, si une prise en charge par un service d'Evasan avait été faite (autonome, accompagné par un infirmier ou accompagné par un médecin) :

- 146 patients auraient pu venir de manière autonome sur Mayotte pour bénéficier ensuite de soins. La **moyenne des CCMU est de 2,3**.
- 91 patients auraient nécessité un transfert infirmier, 11 patients sont passés par la réanimation après leur admission aux urgences. La **moyenne CCMU est de 2,8**.
- 39 patients auraient dû être transférés par un médecin, 22 patients sont passés en réanimation par la suite. La **moyenne CCMU est de 3,6**.

3- Orientation des patients après leur passage aux urgences :

3.1- Patients non hospitalisés après consultation aux urgences :

88 sont sortis de l'hôpital après consultation aux urgences soit 32 % des patients inclus :

- **21 patients seront hospitalisés dans les 3 mois suivant** leur arrivée, dont 10 pour une chirurgie programmée.

- **60 patients sont sortis avec un rendez-vous programmé :**

- 23 en consultation d'orthopédie,
- 21 en consultation spécialisée (ORL, ophtalmo, médecine, pédiatrie...),
- 16 devaient être revus en dispensaire.

- **7 patients sont sortis sans consignes particulières.**

3.2- Patients hospitalisés après consultation aux urgences

188 patients ont été hospitalisés, soit 68 % des patients inclus :

- Durée totale de **3 320 jours** soit 17,7 jours en moyenne par patient.
- Coût total de **1 300 000 euros** soit en moyenne 6 900 euros par patient.

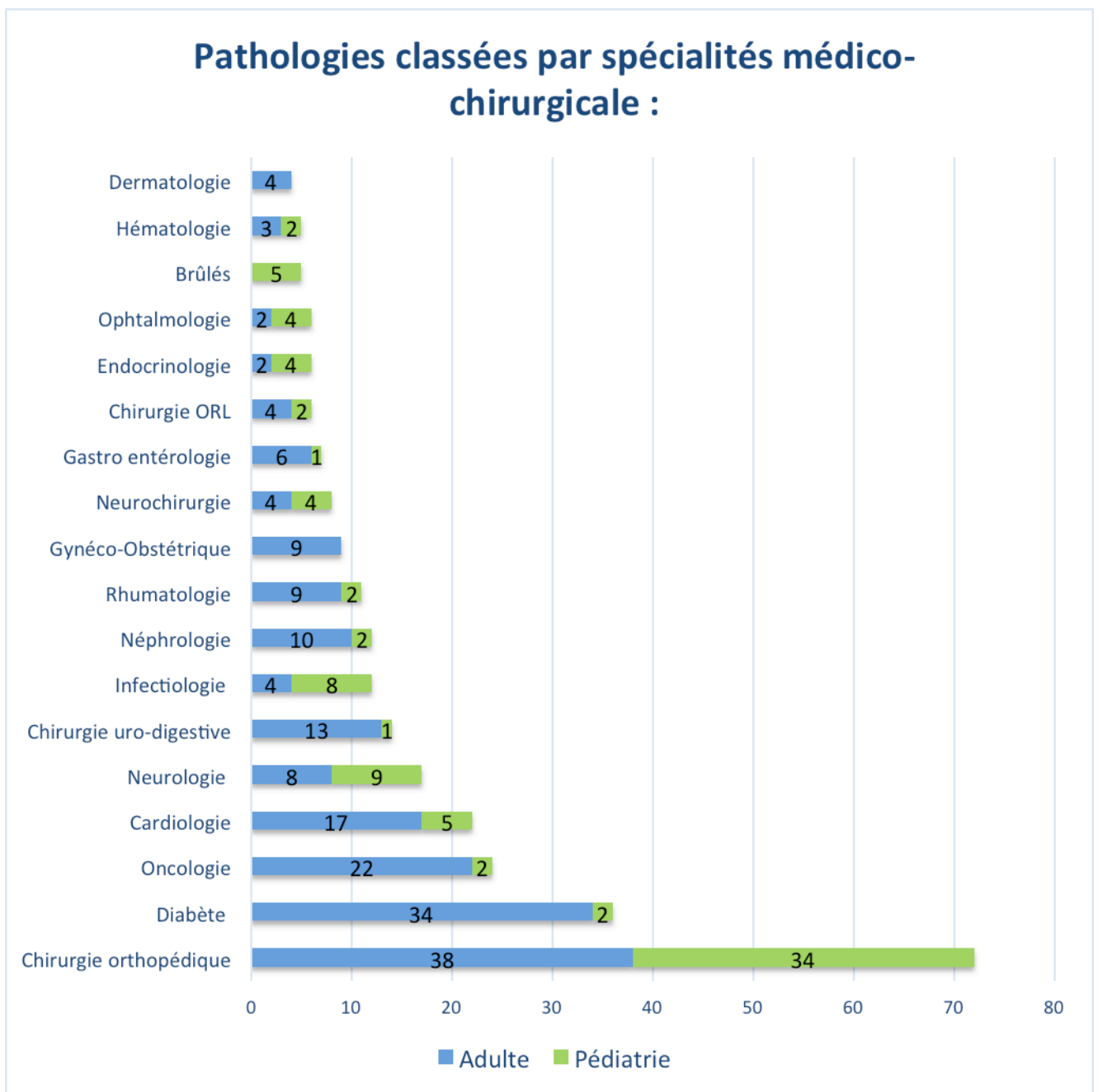
Tableau V : Durée moyenne et coût du séjour en fonction des services d'hospitalisation.

<u>87</u>	138	1,6	391 000	4 500
69	<u>1317</u>	19	514 000	7 400
54	802	15	300 000	5660
32	413	12,9	<u>600 000</u>	18 800
26	224	8,6	388 000	14 900
6	189	<u>31,5</u>	212 000	<u>35 300</u>
27	596	22	282 500	10 500
6	44	7,3	26000	4 300
6	43	7,2	32 000	5 300

Le nombre total de patients est supérieur au nombre d'hospitalisés. Certains sont passés dans plusieurs services : leur durée d'hospitalisation est comptée séparément dans chaque service.

Le coût total par patient correspond au coût global de l'hospitalisation (donc parfois la somme de plusieurs services), c'est pourquoi la somme totale des hospitalisations est supérieure à 1 300 000 euros.

VI- Description des principales filières de soins :



Graphique 12 : Nombre de patients en fonction de la spécialité de prise en charge et du secteur adulte ou pédiatrique.

(Attention : 14 diabétiques compliqués de mal performant plantaire et ayant été traités en chirurgie orthopédique sont comptés dans la partie diabète mais pas en orthopédie pour éviter des doublons.)

D'après ce graphique nous avons déterminé cinq principales filières de soins, que nous allons détailler :

- La chirurgie orthopédique, la pédiatrie et l'oncologie.
- La réanimation n'est pas représentée dans ce graphique mais représente 32 patients qu'il est essentiel de décrire du fait de la gravité de leur état de santé à leur arrivée.
- Les maladies chroniques : diabète et HTA

1- Chirurgie orthopédique : 72 patients, plus 14 diabétiques :

86 patients ont nécessité une prise en charge par un chirurgien orthopédiste, que ce soit en consultation externe, au bloc opératoire et en hospitalisation.

Soit 31 % des patients inclus dans l'étude.

Aucune demande d'Evasan n'avait été demandée pour ces patients,
Deux avaient tenté d'obtenir un visa médical.

La durée écoulée entre le traumatisme et la venue sur Mayotte était variable :

- Moins de 7 jours : 36 % des patients
- Entre 7 jours et 1 mois : 41 %
- Entre 1 et 3 mois : 5 %
- Supérieure à 3 mois : 18 % correspondant aux patients diabétiques avec complications.

1.1- 39 patients avaient une fracture, traitée non chirurgicalement sur Mayotte :

Six patients ont été hospitalisés dont 4 pour surveillance dans le cas de fractures cervicales,

- La durée d'hospitalisation moyenne de ces 6 patients était de 8 jours.
- Le coût global est estimé à 16 500 euros soit 2 750 euros par patient.

Trois patients ont été pris en charge à distance en chirurgie ambulatoire

Les 30 patients restants ont été revus en consultation d'orthopédie après leur passage aux urgences.

- Douze d'entre eux étaient déjà plâtrés aux Comores (plâtres enlevés aux urgences du CHM et refaits après la radio)
- Cinq avaient déjà été opérés avec mise en place de vis, plaque ou fixateur externe.

1.2- 26 patients avaient une fracture qui a nécessité une prise en charge chirurgicale sur Mayotte :

Cinq de ces patients présentaient une fracture ouverte et un patient avait une infection sur matériel d'ostéosynthèse posé à Anjouan.

Pour 18 d'entre eux, il y avait eu un recours au système de soins comorien :

- Onze avaient une attelle mise en place
- Sept avaient reçu des soins locaux et/ou des traitements antalgiques

Douze de ces 18 patients ont été hospitalisés, tous sur Anjouan (11 à Mutsamudu et 1 à Domoni). La durée moyenne est de 3,5 jours pour un coût de 100 euros par journée d'hospitalisation.

Ces 26 patients ont tous été hospitalisés en chirurgie orthopédique au CHM :

- pour une durée totale de 310 jours soit 12 jours en moyenne,
- un coût de 110 000 euros soit 4 230 euros par patient.

1.3- 14 patients avec un diabète non équilibré compliqué d'un mal perforant plantaire :

Ces patients ne sont pas décrits en orthopédie mais dans la filière diabétique.

1.4- 6 patients présentaient des plaies sévères et 1 des abcès :

Trois d'entre eux ont été hospitalisés en chirurgie orthopédique au CHM, pour un pied nécrotique post fracture, une plaie articulaire, une surinfection de plaie:

- Durée totale d'hospitalisation de ces trois patients à Mayotte : 73 jours soit 24,3 jours par patient.
- Coût de la prise en charge: 27 700 euros soit 9 230 euros par patient

Le patient avec un abcès a été hospitalisé pendant 2 jours.

Tableau VI : Résumé des différentes pathologies orthopédiques en fonction de la durée et du coût d'hospitalisation moyen.

Patients hospitalisés en orthopédie

	310	110 000
<u>26</u>	12	4 230
14	613	180 000
	<u>44</u>	<u>12 800</u>
6	48	16 500
	8	2 750
	73	27 700
3	24,3	9 230

2- Patients pris en charge en Réanimation : 32 patients

2.1- Insuffisance rénale terminale au stade de dialyse : 6 patients :

Moyenne d'âge de ces patients : 41 ans

Ces patients sont ceux restés hospitalisés en moyenne 31,5 jours (un des dialysés est resté 120 jours dans le service de réanimation).

Le coût global a été de 212 000 euros soit une moyenne de 35 300 euros par patients.

Tous avaient au préalable été pris en charge par le centre de dialyse de Moroni en Grande Comore depuis 2 mois minimum et jusque 2 ans.

Mise en place des fistules artério-veineuse :

- Un patient était parti sur Maurice et a poursuivi sa dialyse à Moroni.
- Un patient avait organisé son départ sur Madagascar, mais a finalement décidé de se rapprocher de sa famille à Mayotte
- Un patient avait fait une demande pour Mayotte, refusée pour plateau technique insuffisant.
- Un patient a eu sa fistule faite par un chirurgien égyptien en mission aux Comores.

Devenir de ces patients :

- Quatre sont partis en Evasan sur la Réunion pour poursuivre la dialyse
- Deux sont pris en charge par le centre de dialyse semi-privé Maydia situé dans l'enceinte du CHM.

Complément d'information :

Deux patients ont précisé être venus sur Mayotte car ils n'avaient plus d'argent pour payer la dialyse aux Comores

Un des patients arrivés le vendredi au CRA a passé le week-end sans voir de médecin, il a dû attendre le lundi pour être transféré à Mamoudzou et faire une séance de dialyse en urgence.

2.2- Pathologies autres : 26 patients :

Pathologies cardiaques : 5 patients

- Quatre patients insuffisants cardiaques sévères dont un post rhumatisme articulaire aigu.
- Un patient trisomique 21 de 9 mois avec cardiopathie, hospitalisé pendant 77 jours en pédiatrie, dont 33 en unité de soins continus (coût global : 28 000 euros).

Tous avaient déjà été hospitalisés aux Comores et recevaient des traitements.

Oncologie : 4 patients

- Un patient de 61 ans avec un syndrome de lyse sur une leucémie. Sa pathologie évoluait depuis plus de 6 mois, et une de ses adénopathies avait été traitée comme un abcès à Anjouan. Il est parti en Evasan à la Réunion après 2 jours en réanimation.
- Une patiente de 50 ans avec un cancer du sein opéré à Anjouan avec curage axillaire.
- Un patient de 30 ans avec un cancer du testicule.
- Un patient de 26 ans avec un cancer hépatique.

Aucun de ces patients n'a fait de demande de visa sanitaire ou d'Evasan.
Ils étaient tous originaires d'Anjouan.

Accidents de la voie publique : 4 patients

- Un patient ayant présenté une fracture du pancréas secondairement évacué à la Réunion
- Deux patients avec des traumatismes crâniens graves dont un évacué à la Réunion.
- Septicémie avec multiples localisations secondaires dans les suites d'une chute de cocotier remontant à un mois.

Maladie infectieuse : 3 patients

- Un patient de 21 ans arrivant d'Anjouan avec une tuberculose évolutive compliquée de pneumothorax qui a nécessité 11 jours d'hospitalisation en réanimation.
- Un cas de myosite tropicale compliquée d'embolies septiques chez un enfant de 14 ans, il avait été hospitalisé et traité à Moroni, mais devant l'absence d'amélioration la famille l'amène en Kwassa 10 jours plus tard.
- Une hépatite sévère

Diabète : 3 patients

- Deux patients sont hospitalisés sur sepsis compliquant un mal perforant plantaire qui nécessitera dans les deux cas une amputation
- Un patient diabétique compliqué d'acido-cétose à la sortie du Kwassa.

Autres :

- Un patient avec cirrhose biliaire est décédé dans le service de réanimation alors que son transfert pour transplantation hépatique était organisé à Paris.
- Une patiente de 32 ans est césarisée le jour de son arrivée en kwassa pour pré éclampsie, elle sera secondairement hospitalisée en réanimation pour aggravation de son tableau d'anasarque.
- Un hémophile opéré à Anjouan, qui depuis continue de saigner
- Une patiente drépanocytaire qui dont l'état se complique d'un accident vasculaire cérébral.
- Un enfant de 8 ans drépanocytaire qui arrive avec une anémie à 2,9 g/dl
- Un enfant de 6 ans en état de mal épileptique qui semble convulser quotidiennement malgré les traitements instaurés à Anjouan depuis l'âge de un an.

3- Service de pédiatrie : 27 patients

27 enfants ont été hospitalisés dans le service de pédiatrie, dont 6 sont passés en réanimation ou en unité de soins continus (situé dans le service de pédiatrie).

La durée totale d'hospitalisation a été de 600 jours soit 22 jours en moyenne par patient (soit 4 fois plus que la population générale en pédiatrie, sources rapport DIM 2012), le coût moyen était de 10 500 euros.

Infectiologie : 7 enfants

- Deux enfants atteints de myosite tropicale, 1 avec une ostéomyélite, 1 enfant atteint d'ostéo-arthrite, 1 avec une tuberculose ganglionnaire, 1 cas de méningite compliquant une embarrure du crâne, et un enfant avec une gingivo stomatite.

Neurologie : 5 enfants

- Deux cas d'enfants épileptiques, un enfant avec une hydrocéphalie, un patient souffrant d'encéphalopathie, une fille avec des rétractions tendineuses.

Nutrition : 4 enfants

- Le diagnostic de marasme a été retenu pour 4 enfants

Cardiologie : avec 2 enfants atteints de cardiopathie

Oncologie : deux enfants

- Un enfant atteint d'ostéosarcome et un de myosarcome.

Diabète : deux enfants de 11 et 15 ans.

Ophtalmologie : un enfant avec une plaie oculaire.

Ostéogénèse imparfaite : un enfant

Néphrologie : un enfant avec un syndrome néphrotique.

Hématologie : un enfant drépanocytaire

Rhumatologie : un enfant atteint de polyarthrite

4- Oncologie : 24 patients

4.1- Urologique et digestif : 10 patients

- Trois patients atteints de cancer digestif,
- Trois patients atteints de cancer hépatique,
- Quatre patients avec un cancer de prostate, dont la moyenne d'âge est 67 ans.
Les symptômes évoluaient depuis plus de 6 mois et ils sont tous arrivés en Kwassa avec une sonde urinaire à demeure.
Un patient avait fait une demande d'Evasan refusée, un autre avait fait une résection de prostate plusieurs mois auparavant à Madagascar.

4.2- Gynécologie : 5 patientes :

- Trois patientes atteintes de cancers du col de l'utérus (deux d'entre elles ont été transfusées dès leur arrivée aux urgences)
- Une patiente atteinte de cancer du sein
- Une patiente atteinte de cancer de l'ovaire (un autre avait été évoqué à l'arrivée aux urgences devant une volumineuse ascite, mais après exploration chirurgicale s'est révélée être une torsion de l'annexe avec saignement évoluant depuis plusieurs mois)

Trois patientes avaient été hospitalisées dont deux opérées : un curage axillaire réalisé pour la patiente avec le cancer du sein et une chirurgie exploratrice dans le cas de la patiente avec cancer de l'ovaire.

4.3- Autres spécialités :

- Deux patients ont eu des cancers de la peau : un carcinome spinocellulaire et une tumeur labiale
- Deux cancers des tissus conjonctifs chez des enfants : un ostéosarcome et un myo-sarcome
- Deux cancers hématologiques : un patient atteint de myélome et un faisant un syndrome de lyse tumoral sur probable leucémie (patient évacué sur la Réunion)
- Un patient atteint de cancer pulmonaire avec métastases cérébrales
- Un patient atteint de cancer testiculaire
- Un patient atteint de cancer de la thyroïde

5- Diabète : 36 patients inclus plus 14 hospitalisés à Dzaoudzi

Le diabète est présenté en dernier car bien que représentant le deuxième motif de venue pour raison sanitaire après l'orthopédie, le diabète est une pathologie trans-disciplinaire.

36 patients ont été inclus dans l'étude pour diabète, **mais c'est un total de 50 patients arrivés sur Mayotte pendant les 6 mois d'inclusion et hospitalisés pour diabète**. Il faut évoquer **14 patients** qui ont été hospitalisés directement dans le service de médecine à Petite Terre. Ils ont été interceptés en mer et hospitalisés après leur passage par le centre de tri infirmier et les urgences de Dzaoudzi (*Voir annexe 6*). Ces patients n'ont pas été inclus car ils ne sont pas passés par les urgences de Mamoudzou.

Les 36 patients inclus à l'étude se répartissent en :

- 22 patients qui n'ont pas nécessité de chirurgie, avec parmi eux 2 enfants de 11 et 15 ans :
 - Hospitalisés pour un total de 315 jours soit 14,5 jours en moyenne.
 - Coût global de 77 000 soit 3 500 euros par patient.
 - 8 patients avaient un diabète décompensé sans autre complication.
4 étaient décompensés avec un érysipèle et 1 avec un mal perforant plantaire non chirurgical.
9 étaient non décompensés.
 - 18 avaient déjà débuté un traitement aux Comores, 10 avaient déjà été hospitalisés

- 14 patients ont d'abord été hospitalisés en chirurgie orthopédique pour prise en charge d'un mal perforant plantaire. Tous ont été traités chirurgicalement dont 12 sanctionnés par une amputation, deux d'entre eux ont dû être surveillés en réanimation. Ces patients sont tous passés ensuite en médecine pour équilibrage du diabète. Ils totalisent :
 - 613 jours d'hospitalisation (soit **44 jours en moyenne, dont 31 en orthopédie**), correspondant à la catégorie de patients hospitalisés le plus longtemps en moyenne dans cette étude.
 - 180 000 euros (soit **12 800 euros par patient**)
 - Ils sont tous originaires d'Anjouan. Pour 8 d'entre eux un traitement diabétique avait été initié, 4 avaient déjà été hospitalisés pour le diabète et un en chirurgie pour prise en charge de sa plaie.

- La durée moyenne de séjour des patients diabétiques tous services et complications confondus est de 21 jours.

6- Cardiologie : 22 patients

La prévalence de l'hypertension artérielle est importante avec 18 patients

- 9 patients au stade d'insuffisance cardiaque
- 4 patients pour HTA simple, il était également précisé pour
- 5 patients diabétiques pour lesquelles l'hypertension était notée comme comorbidité

Deux patients avaient une cardiopathie post rhumatisme articulaire aiguë.

Un nourrisson trisomique a été évacué sur Paris pour prise en charge chirurgicale de sa cardiopathie.

DISCUSSION :

Au sein de l'hôpital, nous pouvons connaître les pathologies, les durées et les coûts d'hospitalisation des patients non affiliés à la sécurité sociale. Mais cette population regroupe des situations sociales différentes qu'il ne faut pas confondre, ces chiffres restent donc à interpréter prudemment. Les pathologies et leurs retards de prise en charge seront différents suivant que le patient soit non affilié (mais mahorais avec la nationalité française), clandestin habitant sur le territoire depuis déjà plusieurs années, ou bien patient clandestin venant d'être déposé sur la plage après une traversée en Kwassa.

L'histoire de deux enfants arrivés à une semaine d'intervalle aux urgences de Mayotte a motivé la réalisation de cette étude. Le premier de ces enfants avait trois ans, il est arrivé en avion dans le cadre d'une évacuation sanitaire acceptée par le CHM pour le bilan d'une spina bifida. Aux urgences il marchait normalement, le courrier du médecin des Comores demandait juste un scanner (aucune anomalie clinique et radiologique n'ont été retrouvées). L'autre enfant de huit ans est arrivé en Kwassa une semaine après une fracture complexe du coude comprimant son artère radiale. Son bras était le siège d'une gangrène gazeuse extensive que les chirurgiens et les réanimateurs n'ont pu contrôler, cet enfant est décédé le lendemain de son arrivée clandestine. Ces incompréhensions médicales mais aussi éthiques nous imposaient de comprendre le parcours de soins des patients aux Comores. C'est cette population de clandestins venant au péril de leur vie chercher à se soigner à Mayotte que nous avons voulu décrire.

Cette étude permet de clarifier la connaissance des pathologies poussant les patients à venir. Les données analysées nous ont permis de revoir certaines idées reçues ; comme celle de vagues de patients débarquant sur nos plages, mais aussi l'arrivée massive de femmes enceintes venant accoucher sur le territoire mahorais pour que leur enfant devienne français. Cette vision est loin de la réalité, que ce soit en termes de chiffres mais également de droits français (*voir annexe 7*).

Les résultats que nous avons extraits sur les pathologies principales nous ont permis de différencier cinq filières principales de migration. Ces filières pourraient à l'avenir définir des axes de soins à prioriser dans le cadre d'une coopération médicale régionale.

I- Résultats principaux :

1- Information des patients et inclusion à l'étude :

La feuille d'information a rarement été distribuée aux patients. Seulement 28% des patients parlaient français, on ne sait pas combien savaient lire. Les informations ont été données de manière orale par le biais d'un traducteur.

L'accord du patient pour rentrer dans l'étude a été recueilli pour 93% des patients, 7 % avaient refusé à l'arrivée aux urgences.

Les conditions difficiles de la traversée et l'état de santé dégradé des patients expliquent le refus de répondre au questionnaire. Prendre du temps pour avoir des informations autres que sur leur état de santé a pu paraître déplacé. Des adultes référents de mineurs ont également préféré demander l'autorisation des parents aux Comores avant de répondre aux questions.

Les patients ou les référents qui ont refusé initialement ont pu être retrouvés dans les services. Une fois le problème aigu soulagé et le stress de la traversée diminués, l'intérêt de l'étude a pu être expliqué dans un contexte plus calme. Ce qui a permis d'obtenir l'accord de tous les patients.

2- Description de la population

L'intégralité des patients inclus dans l'étude est originaire des Comores.

Deux patients arrivants du Congo ont été exclus, car les pathologies présentées à leur arrivée aux urgences n'étaient pas le motif de leur migration. Les ressortissants des pays de la région des Grands Lacs migrent pour raison politique et demandent l'asile à Mayotte (*voir annexe 2*)²².

83 % des patients inclus étaient originaires d'Anjouan. Les deux principales régions de départ sont Domoni et Mutsamudu (avec 42 et 36 patients inclus), villes les plus peuplées d'Anjouan où sont installés les hôpitaux. La région du Nioumakélé (district de santé de Mrémani) est la plus pauvre et la plus peuplée des Comores, s'est aussi la plus proche de Mayotte. Elle n'est pourtant que la cinquième région de départ pour motifs sanitaire.

Pour les malades originaires de Grande Comore, il n'y avait pas de pathologie prédominante ayant motivé le transfert, hormis les patients insuffisants rénaux au stade de dialyse qui étaient tous passés par le centre de Moroni (seulement deux sur les six sont Grands Comoriens). Le faible taux de malades inclus à l'étude pour une population pourtant équivalente à celle d'Anjouan est en partie lié aux services de santé de meilleures qualités. On ne peut pourtant ignorer la part de circulation thérapeutique dans les pays de la zone Océan Indien (Tanzanie, Maurice et Madagascar) qui est possible grâce aux transferts de devises faits par la diaspora grand comorienne ; les Comoriens binationaux peuvent recourir également aux soins en métropole.

Les patients de Mohéli ne représentent que 2,5% des inclusions. Ils semblent emprunter plus fréquemment les voies légales avec plus de patients partis en évacuation sanitaire (entre 2004 et 2007) que ceux issus de Grande Comores pour une population pourtant presque dix fois moindre

²² Un des patients était un nourrisson de 19 jours, la mère ayant accouché sur le Kwassa reliant la Tanzanie à la Grande Comore.

(voir tableau 4 page 41). Ces données seront à actualiser avec la thèse en cours sur les évacuations sanitaires.

La population pédiatrique est sous-représentée dans un pays où les moins de 15 ans regroupent 43 % de la population, ils sont 32 % à être inclus dans l'étude. Aux Comores, le nouveau-né n'a pas un nom définitif dès la naissance, ceci est dû au fort taux de mortalité infantile. Le nom et la date de son attribution sont décidés en fonction du foundi (médecin traditionnel). L'acceptation de la grande fragilité des plus jeunes dans un pays avec une mortalité infantile importante ainsi que la rapidité de l'évolution des pathologies, peut expliquer qu'il y a moins souvent des transferts pour soins. Les enfants de moins d'un an inclus présentaient pour quatre d'entre eux (sur six) des malformations congénitales, le dernier avait une hydrocéphalie. C'était en majorité des pathologies chroniques et visibles.

Pour 70 % des mineurs, un des parents accompagnait l'enfant. Le questionnaire ne faisait pas préciser si un ou les deux parents étaient là, mais d'expérience seulement un d'entre eux prend le Kwassa, l'autre parent restant aux Comores pour s'occuper de la famille. Hormis le cas particulier d'un passeur rémunéré faisant office d'accompagnant, les autres mineurs étaient tous accompagnés par un membre de la famille proche²³. Les quatre mineurs arrivés seuls en Kwassa étaient tous des garçons et avaient 15 ans. Aux Comores les garçons pré adolescents quittent le foyer familial dès l'âge de 12-13 ans pour s'installer en périphérie des villages dans de petites habitations en terre appelées bangas. Il n'est pas surprenant de voir des garçons de 15 ans arriver seuls, ils sont en effet pour la plupart déjà autonomes et considérés comme des hommes

La part de la population féminine aux Comores représente 50,4 % de la population globale. Dans l'étude les hommes sont plus représentés et comptent plus de 60 % des patients inclus que ce soit chez les enfants ou les adultes. (55) Il faut savoir que 40 % des foyers sont monoparentaux et gérés par la mère (52 % des cas à Anjouan), les responsabilités familiales ainsi qu'une place moins importante dans la société peuvent expliquer le fait que les femmes migrent moins pour se soigner.

La répartition des catégories socio professionnelles permet de remarquer que des cadres et des personnes ayant des professions dites intermédiaires, ont eu recours aux Kwassas pour venir à Mayotte. Parmi eux un seul avait fait une demande d'Evasan et de visas, les deux ayant été refusés. On peut également noter un taux important de personne se déclarant sans activité dont les deux tiers sont des femmes. D'après une étude aux Comores (55), elles se déclarent ménagères, il s'agit donc d'activités non rémunérées. Elles sont également très présentes dans l'agriculture notamment dans la production maraîchère.

²³ Même si la notion d'oncle et de tante est parfois à pondérer, reflétant plutôt une filiation de confiance et pouvant être une personne du même village, mais considérée comme faisant partie de la famille.

3- Descriptions du parcours de soins aux Comores :

La durée entre le début de la pathologie initiale et la consultation aux urgences du CHM nous a permis de différencier :

- Les **pathologies chroniques** définies par une évolution supérieure à plus de trois mois. Elles sont représentées en premier dans l'étude par **le diabète puis l'hypertension artérielle**. Ces pathologies sont pourvoyeuses de nombreuses complications en termes de morbi-mortalité comme le montre la forte représentation de maux perforants plantaires ayant nécessité une amputation (33% des diabétiques inclus à l'étude).
- Les **pathologies aiguës** représentées à 50% par des **motifs orthopédiques**.

Les patients inclus ont pour 75% d'entre eux consultés et reçus un traitement aux Comores. Même si pour les patients nécessitant des traitements chroniques il a été mentionné des ruptures régulières de soins.

Un patient sur deux a été hospitalisé aux Comores. La répartition par île de ces malades hospitalisés est proportionnelle au nombre de patients inclus à l'étude par île (81% des hospitalisés étaient originaire d'Anjouan, 16,5 % de Grande Comore et 2,5% de Mohéli). La durée moyenne d'hospitalisation était de 17,5 jours et le coût moyen de 240 euros (soit cinq fois le salaire mensuel moyen aux Comores).

Par contre les patients non hospitalisés aux Comores l'ont été dans 65% des cas dès leur arrivée sur Mayotte. Ceci permet de nous interroger sur le retard de prise en charge aux Comores et sur l'aggravation de l'état de santé probable dû à la traversée entraînant une décompensation de la pathologie existante.

Six malades ont reçu des soins à Madagascar et à Maurice. Ces informations confirment la circulation thérapeutique dans l'Océan Indien. Ces patients étaient originaires d'Anjouan et ne faisaient pas partie des catégories socio professionnelles élevées.

Onze patients avaient été traités sur Mayotte : Cinq d'entre eux sont partis suite à une expulsion. Leurs pathologies auraient dû à priori permettre d'accéder à un titre de séjour.

Le parcours de soins aux Comores comprend pour certains de ces patients une demande d'évacuation sanitaire en règle. Les informations recueillies sur ces demandes sont déclaratives, 11 patients auraient fait une demande mais une seule a été acceptée (ce patient est venu illégalement, car il n'a pas pu faire l'avance des frais). Les données sur le nombre de demandes issues des Comores sont difficiles à obtenir. Que ce soit au service Evasan, à l'ARS ou à la direction du CHM les listes des patients demandeurs diffèrent et sont toutes incomplètes. Il n'y a pas de suivi permettant de savoir si pour une demande accordée le patient arrive bien en évacuation sanitaire sur le CHM. Une thèse est en cours pour pallier aux carences de l'administration. L'objectif est de réaliser un suivi sur les demandes d'Evasan acceptées, et savoir si ces patients arrivent médicalisés sur Mayotte.

Le motif de refus principal des demandes au comité Evasan de Mayotte est que le plateau technique du CHM est insuffisant. La première condition pour être soigné sur Mayotte est d'avoir les compétences médicales et techniques disponibles sur l'île, sinon la demande est refusée sans être transmise à la Réunion. Cette situation est peut être une incitation à venir illégalement sur Mayotte, les patients savent qu'une fois sur le territoire ils sont hospitalisés puis, si nécessaire, transférés en Evasan à la Réunion.

Les patients relevant de l'oncologie rentrent dans cette problématique. Leur demande d'évacuation sanitaire étant presque toujours refusée, ils arrivent par des voies illégales. Ils sont ensuite transférés en oncologie à la Réunion avec le risque de mourir loin de leur famille (*voir annexe 5*). Ces patients peuvent également rester des semaines en soins palliatifs sur Mayotte, il faut alors trouver une solution au cas par cas lorsqu'un retour au pays est souhaité. Le médecin référent doit trouver un accord soit avec l'administration hospitalière pour prendre en charge le billet retour du patient (en faisant valoir qu'une journée d'hospitalisation coûte plus cher qu'un billet retour), soit le commandement de la PAF est informé qu'un patient lui est adressé, celui-ci rentre alors dans les quotas de clandestins expulsés.

La deuxième condition pour accéder aux soins à Mayotte est le paiement du devis estimé des soins. L'arrivée de la CCSM a rendu les soins payants pour les patients non affiliés déjà présents à Mayotte, mais a également modifié les règles des évacuations sanitaires. Si avant 2012 les patients ne payaient que leur transfert sur Mayotte, il leur faut désormais payer à l'avance l'intégralité du coût de l'hospitalisation. C'est la condition nécessaire pour accéder à un visa sanitaire délivré par l'ambassade de France aux Comores (qui malgré tout peut encore refuser sa délivrance). Les sommes demandées se comptent rapidement en milliers d'euros. Par exemple le seul patient accepté pour évacuation sanitaire inclus dans l'étude, n'ayant pu payer cette somme est arrivé en Kwassa (il avait été demandé 4 000 euros soit plus de sept années du salaire moyen aux Comores).

Ce système de paiement de l'avance des frais entraîne un système d'évacuation sanitaire à deux vitesses : les familles qui ont de l'influence et de l'argent ont accès aux Evasan pour des pathologies parfois peu graves ; alors que d'un autre côté des familles avec peu de ressources se retrouvent à faire partir sur un Kwassa un patient nécessitant dès son arrivée des manœuvres de réanimation.

La direction du CHM, l'ARS et la CSSM ont voulu contrôler leurs dépenses et la venue de patients des Comores en leur faisant payer l'intégralité des soins. **Mais les malades récusés ou qui n'ont pas les moyens de payer finissent par arriver à Mayotte.** Les patients arrivent alors avec des pathologies à des stades compliqués, et restent donc hospitalisés plus longtemps. **Cette démarche en plus d'être dramatique sur le plan humain, n'est donc pas économiquement rentable.**

Une demande de visa n'a été faite (et refusée) que par 5% des patients de l'étude. Les malades et leur famille expliquaient que faire ces démarches est inutile, il faut « être quelqu'un » comme ils l'ont souvent répété pour pouvoir accéder à un visa. Mais en plus d'avoir un réseau de connaissances, il faut aussi de l'argent souvent à donner en sous-main. Le système des Evasan aux Comores ne semble pas non plus à l'écart de la corruption.

4- Conditions de transport en Kwassas:

Les données recueillies permettent de préciser les modes de fonctionnement de la migration clandestine sur Mayotte.

Le coût moyen de la traversée revient pour un adulte à près de neuf fois le salaire moyen aux Comores et deux fois le salaire pour un enfant. Le prix est directement lié au nombre de personnes embarquées à bord. Le nombre de passagers retrouvé est inférieur à la moyenne des bateaux interceptés par la PAF qui est de 23 passagers par bateau (45). Dans l'étude on retrouve 70 % des bateaux avec moins de 20 passagers à bord (dont 33 % avec moins de 10). Le moindre surchargement des bateaux peut expliquer qu'ils ont été moins interceptés par la PAF. Seulement un quart des patients ont été arraisonnés en mer, les autres sont arrivés soit par leurs propres moyens soit avec les pompiers.

Lors de la traversée d'Anjouan à Mayotte, une des techniques des passeurs est de faire partir plusieurs Kwassas en même temps pour tenter de submerger les forces d'interception²⁴. Puis pour diminuer leur risque d'arrestation, les passeurs déposent de plus en plus les migrants sur l'îlot M'Tsambooro situé au nord de l'île qui est la terre mahoraise la plus proche d'Anjouan. Lors de leur arrivée sur Mayotte 14 % des clandestins ont été laissés sur ces plages. Ils doivent alors trouver un moyen pour atteindre la Grande Terre, et sont à la merci d'autres passeurs. Les prix semblent être autour de 200 euros pour traverser les 6 kilomètres de mer restants. Les personnes affaiblies ou malades ont de ce fait de plus en plus recours aux pompiers qui interviennent alors en bateau, voire avec l'équipe SMUR amenée par hélicoptère.²⁵

On a pu remarquer au cours de l'étude un effet saisonnier sur la migration dû à la période de vent des alisés. Le nombre de candidats à l'immigration diminue et passe de 280 personnes interceptées en juin à 1080 en octobre (maximum sur la période correspondant à l'étude, soit au maximum 3,8 fois plus ; voir annexe 6). Le nombre de patients arrivants pour soins est moins soumis aux variations météorologiques avec entre 34 et 60 patients inclus par mois (soit 1,8 fois plus au maximum). La nécessité de soins semble prendre le pas sur les dangers d'une traversée pendant les alisés.

Il faut noter que le nombre d'interceptions faites en mer par la PAF ne permet que de faire une approximation du flux de migrants sur Mayotte. Le départ n'étant pas contrôlé à Anjouan, et les

²⁴ Par exemple : le dernier week-end de juillet dix embarcations ont été interceptées transportant à leur bord près de 240 passagers (entre 9 et 43 par bateau, sources : Centre de tri infirmier de Dzaoudzi). Il faut noter que ce week-end end du 27-28 juillet est en pleine saison des alisés (vent soufflant du mois d'avril à août). Durant cette période les conditions de mer sont difficiles avec des vagues et un vent fort, surtout pour des bateaux surchargés. Cette arrivée massive de clandestins est en fait expliquée par une fenêtre météorologique favorable pour les départs (avec une moyenne de 5 nœuds de vents contre 16 nœuds la semaine précédente). (56)

²⁵ Interventions pompiers sur l'année 2013 : (Sources : Brigade intervention en mer pompiers de Mamoudzou)

- 56 interventions sur l'îlot Mtsambooro, ayant permis la prise en charge de 130 patients (En 2012 : 45 interventions pour 97 patients).
- Quatre sorties pour recherche de personnes suite à des naufrages de Kwassas.

Intervention SMUR sur l'année 2013 : (Source : Service des urgences de Mamoudzou)

- Sept sorties en hélicoptère pour récupérer 22 patients.
- Une sortie en bateau pour récupérer 10 naufragés (sur les 47 passagers au départ).

arrestations non exhaustives à l'arrivée sur Mayotte, il est impossible de connaître le nombre exact de candidats à l'immigration. Tout comme il est impossible de connaître le nombre de naufrages par an. En 2013, le Secmar (secours maritime) et la gendarmerie ne font état d'aucun mort retrouvé lié à un passage maritime entre Anjouan et Mayotte, ce qui ne signifie pas l'absence de naufrage, 55 migrants sont portés disparus (57). Pourtant en dix jours début décembre 2013, il y avait eu deux décès sur les Kwassas, un nourrisson venant pour gêne respiratoire et une femme âgée pour douleur abdominale, ils n'ont pas survécu à une traversée non médicalisée.

On ne peut donc pas calculer avec certitude la part de patients migrants pour soins par rapport au nombre total de personnes ayant migré de manière illégale.

Une estimation est néanmoins possible :

- De juin à novembre 2013 : 4592 étrangers en situations irrégulières ont été arraisonnés en mer lors de leur arrivée sur Mayotte.
- Pendant la même période, 276 patients ont été inclus à l'étude aux Urgences du CHM, auxquels on doit ajouter les patients consultés par le médecin de Dzaoudzi après le tri infirmier²⁶ soit 327 patients au total.

⇒ Sur la période des six mois de l'étude, le croisement des données de l'hôpital et de la gendarmerie permet **d'estimer le nombre de migrants pour raison sanitaire à 7,1%.**

Ce chiffre de migrants venant pour raison de santé à Mayotte constaté par l'étude est donc proche des 8,8% de patients migrant pour raison sanitaire trouvés par l'étude de l'AFD à Mayotte en 2007 (5) et comparable à différents résultats trouvés en Europe et en France (46, 47).



Photos 5 : Le lourd bilan des naufrages :

a- Naufrage de Kwassa-kwassa en 2009. L'embarcation surnage encore, mais il ne reste plus que des hommes à bord. (Photographie Gendarmerie de Mayotte)

b- Couverture du journal France Mayotte Matin du 9 septembre 2012.

²⁶ Voir annexe 6 : 23 patients ont été hospitalisés en Petite Terre, 26 ont été adressés en consultations, 2 femmes enceintes présentaient une grossesse pathologique.

5- Les patients aux urgences de Mamoudzou:

La décision de migrer a été conseillée par l'équipe soignante aux Comores pour seulement 10% des patients. Ces malades sont alors arrivés avec des courriers de leur médecin ou un mot dans le carnet de santé expliquant les examens déjà effectués et l'impossibilité de poursuivre les démarches diagnostiques. Mais pour 90% des malades, c'est une décision personnelle ou familiale. Il y a rarement de concertation entre le médecin et la famille pour décider de partir se faire soigner sur Mayotte. Certains récits de patients racontent que la famille est venue les chercher le soir à l'hôpital pour les amener directement sur la plage de départ à Anjouan. L'équipe soignante n'étant pas informée de ce départ.

Les patients une fois arrivés sur Mayotte ont consulté dès le premier jour dans 80 % des cas. Dès le deuxième jour, ce sont 90% des patients qui étaient inclus. Le critère de 15 jours limitant le délai d'inclusion semble donc pertinent même s'il aurait pu être diminué à 10 voire 5 jours.

À leur arrivée aux urgences, le degré de gravité des patients a été évalué par la classification CCMU²⁷ :

- 48% des patients étaient classés CCMU 3, c'est-à-dire présentant une pathologie à risque d'aggravation.
- 10% des patients étaient classés CCMU 4 et 5, c'est-à-dire présentant une pathologie engageant le pronostic vital et donc nécessitent des manœuvres de réanimation immédiate.

11,5% des patients inclus à l'étude ont nécessité un transfert dans le service de réanimation. 24 patients étaient hospitalisés en réanimation dès le premier jour soit **12,8% des patients hospitalisés de l'étude** (en 2012, 5% de la population générale des patients hospitalisés à partir des urgences ont été transféré en réanimation ce qui montre un état de gravité supérieur des patients arrivant par Kwassa, source : rapport DIM 2012). Les 8 autres patients ont été transférés en réanimation après 1 à 2 jours d'hospitalisation à l'UHCD ou en Médecine.

Cet état de gravité des patients est également évalué par la classification de Transfert infirmier inter hospitalier (TIIH). Ce classement permet de définir objectivement le mode d'accompagnement d'un patient entre deux établissements hospitaliers. Il est utilisé par les médecins régulateurs du SAMU pour savoir si un infirmier peut accompagner un patient, par extension il peut également servir à définir le mode d'accompagnement d'un patient lors d'une évacuation sanitaire.

D'après cette classification **ce sont 47% des patients inclus à l'étude qui auraient nécessité un transfert accompagné par un soignant** (91 patients accompagnés par un infirmier [soit 33%] et 39 patients accompagnés par un médecin [soit 14%]). Ce qui confirme l'état de gravité de ces patients arrivants à un stade de maladie décompensé et à risque d'aggravation.

²⁷ Les personnes interceptées par la PAF auraient pu constituer un biais en se déclarant malade à leur arrivée, mais le centre de tri infirmier de Dzaoudzi puis le médecin des urgences du même dispensaire permettent de filtrer les demandes. On peut noter que la moyenne des CCMU à l'arrivée aux urgences des patients interceptés par la PAF était comparable à celle des autres patients inclus dans l'étude (2,7 Versus 2,6).

Un tiers des patients inclus sont sortis après la consultation aux urgences (7,5% ont été hospitalisés dans les 3 mois suivants, 22% ont eu une consultation de programmée et seulement 2,5% n'ont pas été réorienté ou convoqué).

Deux tiers des patients ont quant à eux été hospitalisés dans les services du CHM. La durée moyenne d'hospitalisation est de 17,7 jours par patients.

Par rapport à la population générale du CHM, les patients de l'étude sont restés hospitalisés deux fois plus longtemps en réanimation et en médecine et quatre fois plus longtemps en pédiatrie (données DIM 2012). Cette différence importante de durée de séjour est due à un retard de prise en charge sur des pathologies évoluées, mais aussi à des difficultés sociales importantes avec notamment l'absence de soins à domicile possible qui retardent très souvent la sortie.

La cotation effectuée à partir de la classification en groupement homogène de maladies (GHM) est celle utilisée pour la facturation des assurés sociaux à l'Assurance Maladie. (58) Ces tarifs sont moins onéreux que le paiement au tarif journalier qui est pourtant la méthode de facturation pour les étrangers hospitalisés.

La somme de 1 300 000 euros basée sur la classification en GHM sous-estime ainsi largement les coûts réels de soins, la population de l'étude restant hospitalisée entre 2 et 4 fois plus longtemps (la tarification GHM se base sur la prise en charge d'une pathologie et non sur une durée de séjour). L'intérêt d'avoir une approximation des coûts n'est pas de stigmatiser cette population malade, mais simplement d'évaluer le coût global pour entamer une réflexion sur comment utiliser cet argent pour mieux soigner ces patients.

Nous nous sommes interrogés sur la nécessité d'un soutien psychologique pour les patients consultants aux urgences suite à une arrivée en Kwassa. Le simple fait d'effectuer la traversée Anjouan-Mayotte de manière clandestine nous paraît être une épreuve traumatisante et justifier de voir un psychologue. Les patients migrants pour soins ont dû en plus des difficultés de la traversée endurer les conditions d'un transfert non médicalisé. Une partie d'entre eux s'est retrouvée au fond de l'embarcation, ils étaient souvent tellement malades qu'à l'arrivée aux urgences ils ne savaient pas répondre combien de personnes les accompagnaient dans le Kwassa. Il faut également ajouter aux difficultés de la traversée, l'annonce aux urgences d'une pathologie souvent méconnue et potentiellement grave.

Les médecins qui ont reçu les patients de l'étude ont quant à eux estimé qu'un entretien avec un psychologue aurait été nécessaire dans plus de 60% des cas.

Les soignants de Mayotte ont parfois un rôle ambigu face aux patients. En effet, on leur attribue un rôle de tri sanitaire. C'est le cas pour les infirmiers du centre de tri des étrangers en situation irrégulière, les sages-femmes de la maternité de Dzaoudzi ou bien les médecins des urgences de Dzaoudzi (les médecins titulaires font également des vacances au centre de rétention administrative).

Les soignants se retrouvent face à des décisions pour lesquelles ils ne sont pas préparés, on leur demande de décider qui semble être suffisamment malade pour accéder aux premiers soins ; puis si la pathologie est grave et durable, les médecins (souvent dans les services d'hospitalisation) feront une demande de titre de séjour pour raison médicale.

D'après l'appréciation du médecin urgentiste, un titre de séjour pourrait être envisagé pour la moitié des patients arrivants. En attendant la réponse à la demande de titre qui revient au

médecin de l'ARS, les médecins dans les services voire aux urgences peuvent rédiger des certificats dits « anti PAF ». Ils précisent qu'un patient a encore besoin de soins ou alors qu'il a un rendez-vous de programmé avec un spécialiste nécessitant qu'il reste sur le territoire. Ces certificats n'ont pas de valeur légale et sont régulièrement déchirés par les forces de l'ordre.

Alors que trois mois sur le territoire métropolitain permettent d'accéder à la CMU, un patient qui pourrait accéder à Mayotte à un titre de séjour pour raison médicale tombe dans une spirale administrative. Il est difficile d'accéder à un titre de séjour et souvent nécessaire de réitérer des démarches tous les six mois ou un an pour des pathologies qui pourtant ne peuvent être traitées aux Comores et nécessitent de rester à Mayotte.

Pour être affilié à la sécurité sociale, il faut désormais présenter un relevé d'identité bancaire, ce qui n'est normalement pas une pièce obligatoire. À Mayotte pour les patients vivants dans des conditions économiques difficiles ceci constitue un obstacle supplémentaire pour accéder à leurs droits. Le manque d'assistantes sociales, la surcharge de travail à l'ARS et la mauvaise volonté de la préfecture ne font qu'ajouter des difficultés à ce parcours.



Photo : Kwassas-kwassas effectuant la traversée Anjouan-Mayotte
(Photographie : Gendarmerie de Mayotte)

II- Les forces et les limites de l'étude :

1- Les points forts de l'étude :

Lors de la présentation de l'étude aux équipes des urgences, certaines questions ont paru intrusives et difficiles à poser ; surtout celles concernant la traversée en Kwassa et les prix demandés. On a pu se rendre compte rapidement que ces questions ne heurtaient que nos seuls tabous. Les patients et les familles ont toujours répondu aux questions de manière franche et libérée. Leur permettant finalement de dénoncer le racket et les profits des passeurs, mais aussi leurs difficultés d'accès aux soins.

Ce questionnaire a permis aux malades et à leur famille de verbaliser les difficultés de la traversée et faire ainsi une sorte de débriefing. Les soignants se sont quant à eux rapprochés des patients en comprenant mieux leur trajectoire et en les replaçant dans un itinéraire de soins souvent chaotique. Les patients et les familles nous ont souvent remerciés pour l'intérêt que nous portions à leurs difficultés.

Ces données sont les premières à l'hôpital de Mayotte elles servent déjà d'indicateurs pour la coopération. Elles pourront servir à l'avenir de base de comparaison pour de nouvelles études, permettant ainsi de poursuivre l'identification des problèmes de santé aux Comores en fonction des réponses apportées par la coopération.

2- Les différents biais de l'étude :

Biais de sélection :

Choisir le service des Urgences comme mode d'entrée dans l'étude, constitue un biais de sélection. Tous les clandestins n'ont pas forcément recours au service des Urgences pour une première consultation médicale. Il est même fréquent de recevoir en dispensaire des patients venant d'arriver sur le territoire qui souhaitent débiter ou reprendre un suivi médical. Il n'est pas toujours nécessaire de les transférer sur l'hôpital, la suite de la prise en charge avec des consultations spécialisées et des examens complémentaires se fait à l'hôpital en externe et donc hors du champ de l'étude.

Les patients ayant des pathologies non urgentes et non décompensées sont donc sous représentés.

Biais d'inclusion :

L'étude s'est déroulée sur une période de six mois. Les difficultés de recrutement sur Mayotte font que de nombreux postes sont tenus par des médecins remplaçants venant travailler entre un et trois mois. Il a donc été nécessaire d'informer régulièrement les nouveaux arrivants sur l'étude et le mode de remplissage du questionnaire informatisé. Certaines données ont ainsi été probablement oubliées lors de ces périodes de transition.

Tous les patients n'ont peut-être pas pu être identifiés comme arrivant depuis moins de quinze jours pour raison médicale. Les plus graves consultent dès leur arrivée à Mayotte, ils sont plus

facilement identifiables, car arrivant avec les pompiers ou la police, les affaires et le carnet de santé sont souvent mouillés, la pathologie est grave et montre l'absence de soins adaptés depuis longtemps. Ceux consultants plus à distance, sont peut être sous représentés, car la pathologie est moins sévère ou moins décompensée. Le fait qu'ils viennent d'arriver sur Mayotte est alors moins souvent mis en avant par le contexte de consultation mais aussi par la famille, la lecture du carnet de santé peut parfois permettre de savoir depuis quand ils sont sur l'île.

La surcharge de travail a pu certains jours faire oublier l'inclusion de migrants. Les patients hospitalisés en réanimation après un passage au déchoquage des Urgences avaient plus de risque de ne pas être inclus devant l'urgence de leurs prises en charge, et l'impossibilité pour certains de répondre aux questions. Il était important de ne pas méconnaître ces patients pour l'étude, leur état de santé s'étant aggravé pendant le transport en Kwassa, la gravité de leur état aurait dû relever d'un transfert médicalisé.

Pour diminuer ce biais, nous avons créé en réanimation, en pédiatrie, en médecine et en chirurgie orthopédique un registre de patients arrivés en Kwassa ce qui a permis :

- De retrouver des patients non inclus à leur arrivée aux urgences en récupérant à posteriori des données dans le dossier informatisé des Urgences, et en complétant le questionnaire avec le patient tant qu'il était toujours hospitalisé.
- De faire connaître l'étude se déroulant aux Urgences en rencontrant les équipes des différents services.

Biais de mémorisation :

L'ensemble des réponses sur la pathologie aux Comores, les demandes d'Evasan et les conditions de transport sont des informations déclaratives et donc soumises aux connaissances du patient sur sa pathologie et ses traitements (parfois aidé par un membre de la famille l'accompagnant).

Pour le cas des conditions de transport, l'état de santé dégradé des patients ou leur position au fond de l'embarcation fait qu'ils ne savaient pas toujours combien de personnes étaient dans le bateau où à quel endroit ils ont débarqués. De même, pour les questions sur le paiement du trajet ou sur les coûts d'hospitalisation, le patient n'est pas toujours informé, car le règlement est souvent effectué par une tierce personne.

Biais de traduction :

Un traducteur a été nécessaire pour 72% des patients inclus. Malgré les besoins dans les services, il n'y a pas à l'hôpital de poste dédié à la traduction. Les aides-soignantes ont dans leurs fiches descriptives de poste un rôle d'aide à la traduction en plus de leurs fonctions habituelles. Mais il n'y a pas de formation spécifique pour assurer cette aide. La transmission de données médicales entre deux cultures différentes entraîne souvent une interprétation de la plainte et des difficultés pour reconstituer l'histoire de la maladie du patient.

Le besoin de traduction supplémentaire aux besoins habituels a parfois fait défaut au remplissage exhaustif des questionnaires.

III- Description des principales filières de soins et propositions pour l'avenir :

Les propositions de filières de soins ont été définies par la fréquence des pathologies retrouvées dans l'étude. Il faut se rappeler que les patients pour qui une Evasan est refusée, ou bien acceptée, mais qui n'ont pas les moyens de faire l'avance des frais, se retrouveront pour une grande partie dans les lits du centre hospitalier de Mayotte après une arrivée en Kwassa. Leur pathologie est alors à un stade plus avancé voir décompensé, leur état de santé très dégradé entraîne des soins plus lourds et plus longs, ce qui génère probablement des évacuations sanitaires supplémentaires sur la Réunion.

1- La chirurgie orthopédique :

La filière motivant le plus de venues sur Mayotte est de loin la chirurgie orthopédique qui représente 85 patients soit 31% des inclus (en comptant les patients diabétiques opérés).

Pourtant 33 patients n'ont pas nécessité de chirurgie et n'ont pas été hospitalisés, 12 été déjà immobilisés et 5 déjà opérés. Leur prise en charge à Mayotte n'a consisté qu'à faire une radio de contrôle et une immobilisation, puis une consultation chirurgicale à distance. Ainsi 40% des patients de la filière orthopédique auraient pu être traités et suivi à Anjouan. Est-ce un manque de confiance dans la prise en charge aux Comores qui les a fait venir consulter à Mayotte ?

Il est également surprenant de constater qu'à l'inverse sur les 26 patients opérés à Mayotte 12 avaient été également hospitalisés à Anjouan pendant en moyenne 3,5 jours sans qu'une chirurgie ait été pratiquée.

Il faudrait pouvoir préciser pour ces patients le motif de la venue sur Mayotte. Est-ce le coût de l'intervention qui les a fait partir, en se disant que la prise en charge initiale et le suivi à Mayotte est finalement moins chers une fois la traversée effectuée ? Ou alors l'impossibilité technique du chirurgien de réaliser le geste ?

La réalisation d'une mission d'évaluation des besoins et des difficultés rencontrés en chirurgie orthopédique permettrait de définir une stratégie régionale de soutien. Il serait alors possible de définir des axes dans la coopération régionale, avec un appui en termes de logistique et de formation, voire à la réalisation de missions spécialisées sur les Comores.

2- Patients nécessitant une prise en charge en réanimation :

Place des SAS sanitaire :

Le CHN de Moroni possède un SAS sanitaire, son rôle est de prendre en charge les brûlés de plus de 20% de surface corporelle. Les patients y sont médicalisés avant une évacuation sanitaire dans le service des brûlés de Mayotte. En 2013, 16 grands brûlés ont ainsi été pris en charge dans le cadre de la convention de coopération entre le CHM et les Comores. Cette filière de soins est efficace, il n'y a pas eu dans les six mois de l'étude de patient brûlé à plus de 20% inclus, cinq enfants brûlés sur une surface moindre ont été inclus. Ce système de SAS est la première filière de soins créée par la coopération et encore pour l'instant une expérience isolée. Ce dispositif a amélioré de manière indéniable la qualité de la prise en charge médicale des brûlés aux Comores et reste donc un modèle à poursuivre dans la définition de nouvelles filières. D'ici la fin de l'année, un SAS à l'hôpital de Hombo à Anjouan pourrait également être ouvert.

13% des patients hospitalisés de l'étude ont été transférés dès leur arrivée dans le service de réanimation (soit 2,5 fois plus que la population générale des urgences), ces patients n'étaient pas médicalisés et venaient d'effectuer une traversée de dix heures en mer. La convention du SAS comprend également la prise en charge des urgences vitales et des polytraumatisés, mais ces catégories de patients ne semblent pas avoir eu accès au SAS. Le nombre de patients pris en charge par la convention semble donc trop limitant pour le nombre de demandes potentielles. Un élargissement des critères d'admission au SAS et aux évacuations sanitaire vers la réanimation pourrait permettre de diminuer la durée et les coûts d'hospitalisation de ces malades. Une fois en réanimation les patients de l'étude sont restés hospitalisés deux fois plus longtemps que la moyenne.

Insuffisants rénaux au stade de dialyse :

La problématique de la dialyse est importante à souligner, car au cours de l'année 2013, 11 patients nécessitant une prise en charge en dialyse sont arrivés à Mayotte clandestinement (dont six pendant les six mois de l'étude).

Ces malades nécessitent des séances de dialyse tous les 2 à 3 jours à vie. Du fait de leurs situations irrégulières, mais aussi des particularités techniques avec des abords vasculaires à risque d'infections (lorsque la fistule artério veineuse n'est pas en place), ils ne peuvent quitter l'hôpital²⁸. Ces arrivées ont donc eu des répercussions à travers l'Océan Indien, en bloquant des lits de réanimation sur Mayotte, mais également à la Réunion où les postes de dialyses en néphrologies et en réanimation sont saturés. Des solutions locales à Mayotte par des subventions exceptionnelles ont permis de faire accéder deux patients au centre de dialyse semi-privé Maydia. De leur côté, les autorités sanitaires comoriennes ont demandé fin 2013 à l'ambassade de France un appui de l'ARS pour la mise en place d'une coopération régionale concernant la dialyse. (27)

²⁸ Ces patients ont des durées d'hospitalisation moyenne d'un mois dans le service de réanimation de Mayotte, le plus souvent en attendant d'avoir une place libre en néphrologie et donc de pouvoir être transféré sur la Réunion. Le coût moyen de ces hospitalisations est de 35 000 euros.

Le CHN de Moroni possède 20 postes de dialyse ce qui en fait le plus grand centre de l'Océan Indien, il traite actuellement 27 patients. Il pourrait prendre en charge jusqu'à 80 patients si les moyens en personnel et en approvisionnement sont assurés. L'ONG égyptienne est toujours en place et participe pour 90% du financement du centre, elle assure la gratuité des soins pour les patients en situation précaire. Plusieurs raisons semblent pousser les patients comoriens à continuer de venir sur Mayotte malgré un centre de dialyse de qualité. Tout d'abord des difficultés pour la pose des fistules artério veineuse (les patients arrivants n'en ont pas eu, ou alors plus fonctionnelle), mais aussi les difficultés pour les patients d'Anjouan d'avoir accès au centre et de rester vivre en Grande Comore (80% des patients du centre sont originaires de Grande Comore, quatre des six patients inclus à l'étude venaient d'Anjouan).

Le CHM et le CHU souhaitent établir un partenariat pour pérenniser les activités déjà en place, notamment en participant à la formation du personnel de santé et en coopérant pour la prise en charge des abords vasculaires. L'augmentation des places de dialyse pourrait ainsi permettre le retour de patients comoriens dialysés à la Réunion. Une piste de subventionnement par la caisse d'assurance maladie est en cours de discussions, en effet des patients Français de la diaspora comorienne viennent parfois pendant un mois et se font dialyser. Le paiement de ces séances de dialyse par la caisse de sécurité sociale permettrait de reverser des subventions à l'ONG.

3- Pédiatrie :

Les pathologies relevant du service de pédiatrie sont issues de spécialités médicales diverses. Il n'y a pas sur Mayotte de pédiatres spécialisés, ils sont polyvalents avec chacun des domaines préférentiels de compétences.

La France est le deuxième pays signataire de la convention internationale des droits de l'enfant de l'UNICEF²⁹ et se doit d'apporter son soutien aux enfants. Le projet d'appui au secteur de la santé aux Comores de l'AFD est un acteur y contribuant.

Il serait important de poursuivre l'élaboration de missions spécialisées comme cela a pu être le cas lors d'une convention avec le CHU de Marseille pour une mission de chirurgie sur les fentes palatines (16 opérations sur Mayotte, dont 4 enfants venus des Comores avec un visa sanitaire pour la durée des soins). Un projet similaire dans le cadre de la chirurgie cardiaque infantile semblerait pertinent du fait de l'incidence élevée du rhumatisme articulaire aigu dans la région.

La définition de médecins référents en pédiatrie aux Comores permettrait d'avoir des interlocuteurs privilégiés lors des demandes d'évacuations sanitaires.

²⁹ « Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation, (...) s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation de droit reconnu dans cet article. A cet égard il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement. »

4- Oncologie :

La filière oncologie représente 24 patients inclus à l'étude, les étiologies les plus fréquentes sont les cancers de la prostate et du col de l'utérus.

Les évacuations sanitaires de patients atteints de cancer sont pour la plupart refusées à Mayotte du fait d'un plateau technique insuffisant. Seuls les traitements par chimiothérapie sont possibles à Mayotte. Des réunions de concertation pluridisciplinaire se tiennent chaque semaine par visioconférence entre Mayotte et la Réunion, il serait possible d'envisager la même chose avec les Comores.

Une Coopération est déjà en place pour envoyer des analyses anatomopathologiques entre le CHN et le CHU. Il serait intéressant de développer ce réseau aux autres îles et de coupler les résultats de biopsie avec une imagerie, par exemple échographique faite par télé-médecine. Ces données permettraient alors de faire des réunions pluridisciplinaires entre les Comores et la Réunion, avec des résultats anatomo-cliniques fiables permettant des décisions éclairées. Le but serait de sélectionner les patients à un stade curatif, et d'éviter de faire partir des patients au stade de soins palliatifs.

Des missions d'oncologie aux Comores pourraient permettre de former des médecins référents dans cette spécialité, mais aussi en soins palliatifs. Un réseau de soins donnant l'assurance d'avoir accès à des antalgiques adaptés pour une fin de vie dans la dignité permettrait à certains patients comoriens en soins palliatifs un retour au pays. (*Lire l'annexe 5*)

5- Diabétique et Hypertendus:

La population diabétique est la deuxième plus nombreuse de l'étude. Ils sont 36 patients inclus à l'étude et 50 hospitalisés au total sur les 6 mois (en comptant le service de médecine en Petite Terre).

Les diabétiques opérés sur mal perforant plantaire sont les patients de l'étude ayant la durée moyenne de séjour la plus longue avec 44 jours au total (dont 31 jours en moyenne en orthopédie).

Ces patients connaissaient leur pathologie et pour la plupart avaient reçu des traitements par anti diabétique oraux ou insuline aux Comores. Mais la plupart sont arrivés à un stade très décompensé avec des complications. On imagine bien la difficulté d'accéder quotidiennement au traitement pour une maladie chronique comme le diabète. Les patients doivent faire face au coût du traitement, aux ruptures de stock, mais aussi à la difficulté de conservation de l'insuline et au besoin d'un suivi pour l'adaptation des posologies. Il faut également rappeler la difficulté culturelle de concevoir une maladie chronique d'autant plus qu'elles sont au début peu symptomatique.

Les 50 patients ne reflètent probablement pas l'intégralité de la population diabétique arrivée à Mayotte pendant les six mois de l'étude. Les patients les moins décompensés ont pu être traités et équilibrés en ambulatoire par les médecins de dispensaires.

L'incidence des diabétiques pourrait par extension représenter plus de 100 nouveaux patients par an. L'hypertension artérielle a également une incidence importante. Ces deux pathologies chroniques semblent donc un axe de soutien à définir en priorité. Il pourrait être intéressant que la coopération participe à une campagne de santé publique aux Comores, en informant sur les règles hygiéno-diététiques et sur le dépistage. Un soutien financier pour diminuer le coût des traitements voir aider à l'approvisionnement en médicaments serait également souhaitable. La mise en place de missions ophtalmologiques et cardiologiques pour dépister les complications de ces pathologies serait opportune.

6- Propositions pour l'avenir :

D'une manière générale, définir des médecins responsables de filières permettrait un renforcement de leurs compétences avec des formations professionnelles ciblées. Les inclure ensuite dans une démarche de soin régionale, leur permettrait de renforcer leur capacité diagnostic avec une coopération par exemple sur l'anatomopathologie et la biologie, voire l'imagerie échographique notamment grâce à la télémédecine.

La création de maisons médicales de coopération sanitaire pourrait être au centre de ce dispositif de coopération médicale. Permettant de faire les réunions de concertation pluridisciplinaire pour les décisions médicales, faire de la télémédecine, centraliser les dossiers des patients inclus dans les missions de coopération, permettre d'avoir des locaux et du matériel lors de missions de médecins spécialistes.

Cette approche régionale de la santé permettrait d'améliorer la confiance des patients dans leurs soignants et leur système de santé. Il faudrait montrer que la médecine d'Anjouan et plus généralement des Comores se rapproche de celle de Mayotte et de la Réunion, que les décisions médicales sont prises collégalement. Si besoin les patients sont inscrits soit sur une liste de missions spécialisées venant aux Comores soit partent en évacuation sanitaire. Cette clarification du parcours de soins des patients, ainsi qu'une garantie d'éthique et d'égalité dans le dispositif des Evasan, permettrait de dissuader les patients dans un état de santé précaire d'embarquer au péril de leur vie sur les Kwassas.

Pour compléter nos connaissances et permettre de mieux comprendre la migration sanitaire, des études complémentaires seraient nécessaires, avec par exemple:

Étude sur les femmes enceintes venant sur Mayotte :

Le centre de tri infirmier reçoit les ESI et oriente les femmes enceintes à la maternité de Dzaoudzi. Des informations sur les patientes et le terme sont déjà recueillies ; il serait intéressant de coupler ces données avec un interrogatoire sociologique : origine géographique, enfant les accompagnants, famille restée aux Comores, viennent elles à Mayotte pour accoucher dans de bonnes conditions médicales ?, connaissance du droit du sol.....

Étude dans les dispensaires à Mayotte :

Les dispensaires sont également un mode de recrutement de patients venant d'arriver sur le territoire. Une étude sur les diabétiques et/ou hypertendus qui sont dans les motifs de recours les plus fréquents des patients inclus à l'étude serait ainsi intéressante. Surtout, car cette population est souvent suivie en dispensaire sans avoir eu besoin de passer par les urgences. Cela permettrait également d'évaluer le biais dans le recrutement des patients inclus à notre étude.

Étude aux Comores sur la chirurgie orthopédique :

La chirurgie orthopédique étant le motif de migration le plus important, une mission d'évaluation, permettrait de connaître les besoins et de comprendre ces départs si fréquents de patients finalement déjà pris en charge.

Une étude similaire à la nôtre pourrait être refaite d'ici un ou deux ans aux urgences du CHM.

Elle permettrait d'évaluer si les modifications engagées dans la coopération médicale ont entraîné une diminution dans le flux de migrants pour soins, et si les pathologies les plus représentées ont évolué.

CONCLUSION :

Depuis les années soixante, les patients de l'archipel des Comores ont plusieurs fois changé d'hôpital de référence. D'abord Dzaoudzi à Mayotte, puis El Maarouf en Grande Comore ; les patients graves étaient encore dans les années soixante-dix évacués de l'archipel sur Madagascar. Depuis la décolonisation et l'instabilité chronique des Comores, le système de santé s'y est progressivement dégradé. Pendant ce temps, l'hôpital de la Réunion désormais CHU est devenu la référence médicale de l'Océan Indien. Mais pour les patients comoriens, faute de conventions médicales il est rare de pouvoir y être évacués pour raison de santé ; à moins de se trouver déjà sur le territoire mahorais...

Quand la circulation entre les îles de l'archipel n'était pas encore régulée, les Comoriens profitaient de visiter la famille à Mayotte ou de venir pour affaires, pour consulter un médecin. En 1995 est instauré un visa de circulation ; l'extrême difficulté pour un Comorien qui n'a que peu d'argent et pas de relation à obtenir ce sésame a entraîné la création de voies détournées. Les réseaux de passeurs sont ainsi les premiers à profiter de la fermeture des frontières. Ils surchargent les bateaux et ces traversées qui étaient peu risquées sont devenues sources de naufrages ; causant en vingt ans plusieurs milliers de morts.

L'étude réalisée permet de décrire ce phénomène de migration médicale et ainsi relativiser cette vague de migration sanitaire telle quelle est parfois décrite (54). L'étude montre la gravité de l'état de santé de ces patients arrivant non médicalisés sur Mayotte et définit les principales pathologies poussant les patients à tenter la traversée. Ce sont des données nécessaires pour coordonner des actions de coopération avec les Comores.

Le traité de Paris de juin 2013 signé entre les présidents français et comorien a pour vœux d'essayer d'« *intégrer le passé dans une dynamique constructive pour (...) une relation renouvelée tournée vers l'avenir* ». Cette volonté passe par un approfondissement de la coopération entre les deux pays.

Le but de la coopération n'est pas de se substituer au système de santé aux Comores, mais au contraire de l'accompagner et le soutenir dans son amélioration. Pour cela il faut participer à la formation des équipes médicales, permettre des partenariats ciblés en fonction de besoins de santé identifiés par filières (avec des missions médicales régionales du CHM et du CHU de la Réunion).

Il serait également intéressant de redéfinir le système des évacuations sanitaires entre les Comores et Mayotte voir avec la Réunion. Le renforcement des compétences et des capacités locales par le biais du SAS sanitaire déjà en place, voire de maisons de coopération sanitaire, permettrait un choix plus éclairé et équitable des patients à transférer médicalisés.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Roland Barraux. Du corail au volcan, l'histoire des îles Comores. Komedit. 2009. 276 p.
2. Michel Charpentier. Mayotte 1841-1843, histoire du rattachement à la France. Les archives départementales de Mayotte; 2007.
3. Forest. L'immigration du travail à Mayotte durant la période sucrière, 1847-1900; 2002.
4. François Taglioni. L'île d'Anjouan figure de la balkanisation des Comores [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://echogeo.revues.org/7223#toc>
5. Sophie Florence, Jacques Lebas, Pierre Chauvin. Migration, santé et soins médicaux à Mayotte. Document de travail n°90, Agence Française du développement [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/RECHERCHE/Scientifiques/Document_s-de-travail/090-document-travail.pdf
6. Caminade P. Comores-Mayotte: une histoire néo coloniale. Agone. 2010. 220 p.
7. Relations internationale France-Comores [Internet]. Disponible sur: <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/comores/la-france-et-les-comores/presentation-21257/>
8. Vivier Geraldine. Les Migrations Comorienne en France: Histoire de migrations coutumières [Internet]. 1996. Disponible sur: http://www.ceped.org/cdrom/integral_publication_1988_2002/dossier/pdf/dossiers_cpd_35.pdf
9. Recensement français de 1968, 1975 et 1982.
10. Agence française du developpement BA du developpement. Réduire le coût des transferts d'argent des migrants et optimiser leur impact sur le developpement. 2012.
11. Des focus group sont organisés à Paris et Marseille autour des transferts financiers de la diaspora [Internet]. Banque centrale des Comores; 2013. Disponible sur: <http://www.banque-comores.km/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=3&cntnt01origid=15&cntnt01returnid=114>
12. Blanchy S, Jilvez J. Le paludisme dans les îles de l'archipel des Comores. Bull Soc Pathol Exot. 1988;81:847-53.
13. Gélinau. Aperçu médical sur l'île de Mayotte [Thèse de médecine]. Montpellier; 1858.
14. Daullé I. Cinq années d'observations médicales dans les établissements français de Madagascar. [Thèse de médecine]. Montpellier; 1857.
15. Kermorgant A. Note sur la lèpre dans nos diverses possessions coloniales. Annales d'hygiène et de médecine coloniale. 1905.
16. Patrick Boissel. Médecine et santé à Mayotte et dans sa région du XIXe siècle à nos jours. Archives départementale de Mayotte. 2013.
17. Marseille archive de l'IMTSSA. Boite 144 Comores. Rapport Médical annuel du service de santé du territoire des Comores. 1947.
18. Organisation mondiale de la santé. Statistiques sanitaires mondiales 2013 [Internet]. 2013. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82056/1/9789242564587_fre.pdf?ua=1

19. Projet d'appui au secteur de la santé aux Comores [Internet]. Disponible sur: <http://www.id-ong.org/comores>
20. Ambassade de France. Stratégie de coopération santé Mayotte Comores 2009-2012 [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.ambafrance-km.org/IMG/pdf/2012_03_20_JSFC_synthese_p2-29.pdf
21. Politique nationale de santé aux Comores [Internet]. 2005. Disponible sur: http://www.km.one.un.org/pages/documentation/documentation/nationaux/doc/pns/pns_2005.pdf
22. Ouledi A, Toyb M, Aubry P, Gaüzere B-A. Histoire sanitaire et enjeux sanitaires de l'Union des Comores en 2012. *Médecine Santé Trop.* 22(4):346-354.
23. SM. Ndzuwani: grève temporaire au chantier de l'hôpital Jassim. Al-Watwan. 9 janvier 2014.
24. Ministère des affaires étrangères et européennes. Evaluation du Document Cadre de Partenariat « France-Union des Comores » (2006-2010) [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Evaluation_DCP-Comores_Rapport_final_Complet_Sept_2012_cle817616.pdf
25. Myra. Caritas Comoros [Internet]. Caritas Internationalis. [cité 10 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.caritas.org/fr/ou-nous-trouver/afrique/comoros/>
26. Site présidence de l'Union des Comores. Le Pays a enfin son premier centre de dialyse. 15 juill 2010; Disponible sur: http://www.beit-salam.km/article.php3?id_article=1076
27. Agence régionale de santé Océan Indien. Rapport de la mission d'appui technique à la coopération régionale en santé. (21 au 24 janvier, Moroni en Grande Comores). 2014.
28. PASCO II : 4 milliards de KMF pour le soutien à la santé aux Comores - La France en Union des Comores [Internet]. [cité 11 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.ambafrance-km.org/PASCO-II-4-milliards-de-KMF-pour>
29. Agence Française du développement. Séminaire des directeurs AFD de l'Océan Indien. Atelier sur la coopération sanitaire régionale. 2012.
30. Hôpitaux de Mayotte. Fédération Hosp Fr [Internet]. févr 2014; Disponible sur: <http://etablissements.fhf.fr/annuaire/hopital-fiche.php?id=2655>
31. MAYOTTE : Grève des médecins - Outre-mer [Internet]. mayotte. [cité 14 févr 2014]. Disponible sur: <http://mayotte.la1ere.fr/2013/09/30/mayotte-greve-des-medecins-73415.html>
32. Blanchy S, Cheikh M. Thérapies traditionnelles aux Comores. *Cah Sci Hum.* 1993;29:763-790.
33. Lartigau-Roussin C. Les représentations de la maladie et les recours thérapeutiques à Mayotte. , Besançon, 2003. [Mémoire de D.E.A. méthodologies et techniques nouvelles en sciences humaines et sociales]. [Besançon]; 2003.
34. Pansard S. Evaluation et analyse de l'observance thérapeutique des adultes suivis pour des pathologies chroniques en dispensaire à Mayotte. [Thèse de médecine]. 2014.
35. Torre, Henri. Rapport d'information fait au nom de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation sur l'immigration clandestine à Mayotte. Rapport n°461 du Sénat; 2008.

36. Sakoyan, Juliette. Les effets sanitaires d'une réforme administrative. La mise en place de la sécurité sociale à Mayotte. Bulletin d'Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et à la Santé (Amades); 2006.
37. Pas d'aide médical état pour Mayotte. Malongo. 15 nov 2013;
38. RC. Migrations: au-delà des mythes. Kashkasi. sept 2007;
39. INSEE première: Mayotte le département le plus jeune de France. N°1488; 2014.
40. Antoine Math. Mayotte, terre d'émigration massive. Premiers enseignement du recensement.
41. Collectif Migrants Mayotte. Contre-rapport sur la réalité de ce que dissimule le terme d'« immigration clandestine » à Mayotte. 2008.
42. Balarello, José. Rapport fait au nom de la commission des Lois constitutionnelles sur le projet de loi adopté par l'assemblée nationale relatif à Mayotte. 2001.
43. À Ndzuanu le marché florissant des kwassa kwassa. Kashkasi. avr 2008;
44. H.Godard, A.Kaufmant. La vague déferlante de l'immigration. Mappemonde n°64; 2004.
45. Préfecture de Mayotte. Sécurité intérieure à Mayotte. Bilan 2013. [Internet]. Disponible sur: <http://www.mayotte.pref.gouv.fr/Salle-de-presse/Communiqués/SECURITE-INTERIEURE-BILAN-2013>
46. Préfecture de Mayotte service de l'immigration et de l'intégration. Données chiffrées sur l'asile, les titres de séjour, les visas, les éloignements et contentieux à Mayotte [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.migrantsoutremer.org/IMG/pdf/PPTPref_chiffres_activites_13-12-04.pdf
47. Lot, Florence, Larsen,Christine. Parcours socio-médical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prise en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France en 2002. Bulletin epidemiologique hebdomadaire; 2004.
48. Observatoire européen de l'accès aux soins de médecin du monde. L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe. 2009.
49. Irene A. Glinos, Rita Baeten, Matthias Helble, Hans Maarse. A typology of cross-border patient mobility. Elsevier Masson. aout 2010;1145-1155.
50. Sakoyan J. Les mobilités thérapeutiques. Bilan et perspectives depuis les Comores. [Internet]. Anthropologie et santé.; 2012. Disponible sur: <http://anthropologiesante.revues.org/1035>
51. Ribet N. Comparaison des systèmes de santé et actions de coopération en médecine d'urgence dans les pays francophones du Sud-Ouest de l'Océan Indien [Thèse de médecine]. Bordeaux; 2012.
52. Sakoyan J. Un souci « en partage »: Migrations de soins et espace politique entre l'archipel des Comores et la France [Thèse d'anthropologie]. Marseille; 2010.
53. Rapport d'activité de l'unité fonctionnelle « Evasan » au centre hospitalier de Mayotte, année 2013. 2013.
54. Viollet K. Mots pour maux : Etude anthropologique des itinéraires thérapeutiques et du recours aux soins à Anjouan. 2001.

55. Toure Z. Profil genre de l'union des Comores. Banque Africaine du Développement.; 2009.
56. Windguru. Archives force du vent à Mayotte: du 1er juin au 31 novembre 2013 [Internet]. Disponible sur:
[http://www.windguru.cz/fr/historie.php?getspot=Type+spot+name+%28min.+3+characters%29&id_georegion=2&id_zeme=175&id_region=0&mis_spot=181953&search=&id_typspot\[1\]=1&id_typspot\[2\]=2&id_typspot\[6\]=6&id_typspot\[4\]=4&id_typspot\[3\]=3&id_typspot\[5\]=5&id_typspot\[10\]=10&id_typspot\[7\]=7&id_typspot\[8\]=8&id_typspot\[9\]=9&id_typspot\[11\]=11&mis_fav=0&id_spot=181953&odden=1&odmes=6&odrok=2013&doden=31&domes=11&dorok=2014&tj=c&wj=knots&step=3&psmer=1&ptmp=1&pmwindspd=1&odeslano=1&model=gfs](http://www.windguru.cz/fr/historie.php?getspot=Type+spot+name+%28min.+3+characters%29&id_georegion=2&id_zeme=175&id_region=0&mis_spot=181953&search=&id_typspot[1]=1&id_typspot[2]=2&id_typspot[6]=6&id_typspot[4]=4&id_typspot[3]=3&id_typspot[5]=5&id_typspot[10]=10&id_typspot[7]=7&id_typspot[8]=8&id_typspot[9]=9&id_typspot[11]=11&mis_fav=0&id_spot=181953&odden=1&odmes=6&odrok=2013&doden=31&domes=11&dorok=2014&tj=c&wj=knots&step=3&psmer=1&ptmp=1&pmwindspd=1&odeslano=1&model=gfs)
57. Organisation SECMAR Mayotte. Bilan des secours maritimes 2013. 2014.
58. Agence française du développement. Prises en charge spécialisées des patients des pays de l'océan Indien dans les hôpitaux de la Réunion : état des lieux et propositions. 2011.
59. Un projet de Cesada au rabais pour Mayotte: Projet d'ordonnance portant extension et adaptation à Mayotte du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. [Internet]. Groupe d'information et de soutien des immigrés; 2014. Disponible sur:
http://www.gisti.org/IMG/pdf/pdl_mayotte_2014-02-01_analyse-gisti-du-projet-d-ordonnance.pdf
60. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile [Internet]. 2011. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070158&idArticle=LEGIARTI000024197223&dateTexte=20140103>
61. Code civil: Acquisition de la nationalité française à raison de la naissance et de la résidence en France [Internet]. 2007. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006165743&cidTexte=LEGITEXT000006070721>

ANNEXES :

Annexe 1 : Extraits de Résolutions de l'ONU et de la Déclaration de Paris :

Extrait 1 : Résolution de l'ONU sur la position de la France à Mayotte, octobre 1976.

31/4. Question de l'île comorienne de Mayotte

L'assemblée générale,

Rappelant que l'ensemble du peuple de la république des Comores, par le référendum du 22 décembre 1974, a exprimé à une écrasante majorité sa volonté d'accéder à l'indépendance dans l'unité politique et l'intégrité territoriale,

Considérant que les référendums imposés aux habitants de Mayotte constituent une violation de la souveraineté de l'état comorien et de son intégrité territoriale,

Considérant que l'occupation par la France de l'île comorienne de Mayotte constitue une atteinte flagrante à l'unité nationale de l'État comorien, membre de l'Organisation des Nations Unies,

Considérant qu'une telle attitude de la France constitue une violation des principes des résolutions pertinentes de l'Organisation des Nations Unies, en particulier de la résolution 1514 (XV) de l'assemblée générale en date du 14 décembre 1960, relative à l'octroi de l'indépendance aux pays et aux peuples coloniaux, qui garantit l'unité nationale et l'intégrité territoriale de ces pays.

1. Condamne les référendums du 8 février et du 11 avril 1976 organisés dans l'île comorienne de Mayotte par le Gouvernement français et les considère comme nuls et non avenues, et rejette :

a) Toute autre forme de référendums ou consultations qui pourraient être organisés ultérieurement en territoire comorien de Mayotte par la France ;

b) Toute législation étrangère tendant à légaliser une quelconque présence coloniale française en territoire comorien de Mayotte ;

2. Condamne énergiquement la présence de la France à Mayotte, qui constitue une violation à l'unité nationale, de l'intégrité territoriale et de la souveraineté de la République indépendante des Comores ;

3. Demande au gouvernement français de se retirer immédiatement de l'île comorienne de Mayotte, partie intégrante des Comores, et de respecter sa souveraineté ;

« ... »

6. Demande au Gouvernement français d'entamer immédiatement des négociations avec le gouvernement comorien pour la mise en application de la présente résolution.

39e séance plénière, le 21 octobre 1976

Extrait 2 : Déclaration de Paris sur l'amitié et la coopération entre la France et les Comores, juin 2013 (Signature entre François Hollande et Ikililou Dhoinine)

« ... »

Un différend, apparu depuis l'accession des Comores à la souveraineté en vertu des principes universels de la Charte des Nations Unies, et des normes internationales relatives à l'accession à l'indépendance des anciennes colonies, a affecté les relations historiques entre les deux pays.

La France et les Comores considèrent que le moment est maintenant venu de refonder les liens historiques et étroits qui les unissent et de donner une nouvelle impulsion aux relations bilatérales afin de répondre aux aspirations des deux peuples.

Les deux signataires doivent pour cela, intégrer le passé dans une dynamique constructive pour rechercher ensemble, avec lucidité et objectivité, une voie originale permettant de construire une relation rénovée tournée vers l'avenir. Cette volonté commune s'inscrit dans le respect des principes universels du droit international et des intérêts respectifs des deux pays, notamment la recherche pragmatique, dans un cadre bilatéral privilégié et concerté, de l'approfondissement de la coopération.

« ... »

Extrait 3 : Extrait du discours du Président des Comores : Ikililou Dhoinine à l'Assemblée Générale des Nations Unies le 25 septembre 2013 :

« ... »

Il reste un territoire d'un Petit État Insulaire, en l'occurrence le mien, l'archipel des Comores, sous domination d'un autre Etat, une grande puissance, Membre Permanent du Conseil de Sécurité, j'ai nommé l'État français.

Honorable Assistance,

Depuis le 6 juillet 1975, date à laquelle mon pays, l'archipel des Comores, a accédé à la souveraineté, les Comoriens n'ont cessé de réclamer, juste l'application du droit international, mais en vain.

C'est ainsi, que la circulation des personnes entre les îles de l'archipel des Comores, un droit inaliénable, est entravée par une décision incompréhensible et inadmissible des autorités françaises, qui ont imposé, en 1994, un visa entre Mayotte et les trois autres îles comoriennes. Ce visa, Honorable Assistance, qui a, à ce jour, entraîné la mort de près de 10.000 de mes compatriotes, fait du bras de mer, séparant Mayotte des autres îles, le plus grand cimetière marin du monde. Notre conscience commune nous oblige à agir vite !

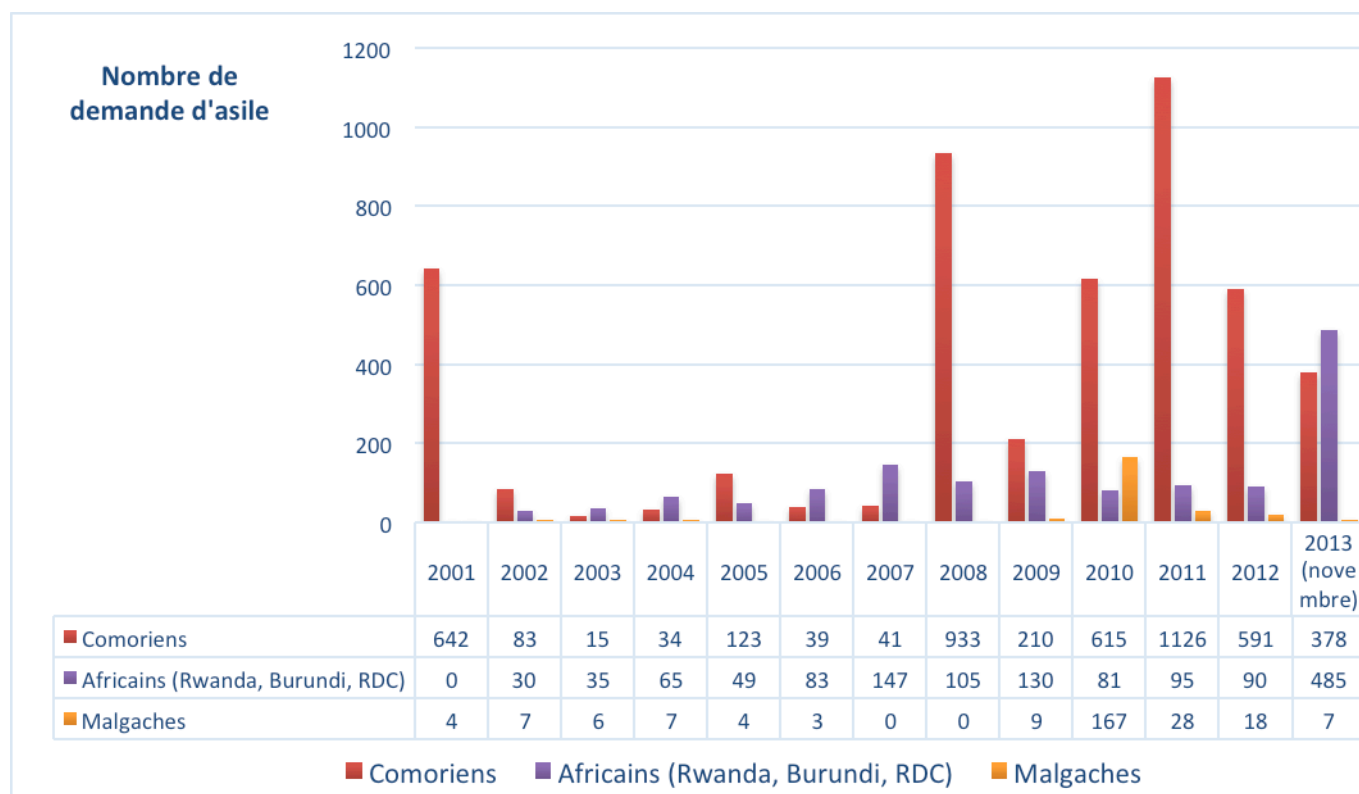
« ... »

C'est donc aussi pour le même idéal, que j'ai accueilli avec une très grande satisfaction, l'invitation du Président François HOLLANDE, d'effectuer une visite de travail en France, afin d'entamer des négociations sérieuses, pour donner une nouvelle impulsion à nos relations, notamment sur la question de l'île comorienne de Mayotte. À l'issue de cette visite, nous avons signé et publié une déclaration politique dite « DECLARATION DE PARIS ».

« ... »

Je voudrais, informer l'Assemblée Générale des Nations Unies que, désormais, la question de Mayotte figurera, chaque année, à notre ordre du jour et nous, Autorités Comoriennes, prenons l'engagement, ici, de rendre compte, chaque année, de l'évolution desdites négociations, jusqu'au règlement définitif, de la question de la souveraineté de mon pays.

Annexe 2 : Les demandes d'asile à Mayotte :



Graphique 13 : Nombre de demandes d'asiles de 2001 à 2013

(Source : préfecture de Mayotte)

Pour plus de lisibilité les demandeurs d'asile arrivants d'Afrique sont regroupés dans le graphique, les trois pays dont ils sont originaires sont la République démocratique du Congo (RDC), le Rwanda et le Burundi. Le nombre d'arrivants augmente à partir de 2004, date à laquelle la Tanzanie et le Kenya modifient leur politique d'accueil des réfugiés. Mayotte reçoit alors plus de migrants de la Région des Grands Lacs. Ce sont eux qui d'après les données de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRO) ont le moins de rejet sur leur demande avec pour l'année 2012 : 45 % contre 95 % de rejet pour les Comoriens.

Pour les demandeurs d'asile issus des Comores, il y a un pic d'arrivées en 2001 et 2008 correspondants à la fin des deux crises séparatistes anjouanaises. L'année 2010 montre une nouvelle augmentation avec la tenue d'élections aux Comores et le départ d'opposants politiques. La préfecture de Mayotte de son côté précise : « cet afflux de demande provient de ressortissants comoriens qui voient là un moyen de se maintenir à Mayotte (...) demandes pour l'essentiel non fondées ». (46)

Pour les ressortissants malgaches, l'année 2010 est aussi marquée par des troubles politiques.

Il faut savoir qu'à Mayotte, les demandeurs d'asile ne touchent pas l'allocation temporaire d'attente.

Annexe 3 : Fiche d'information patient :

Fiche d'information patient: Étude Evakwassa

Le but de cette étude est de mieux connaître et comprendre les problèmes d'accès aux soins dans la zone Océan Indien. Et ainsi permettre d'améliorer la prise en charge des patients arrivant au CHM et des transferts médicalisés sur Mayotte si nécessaire.

Votre situation peut nous aider à mieux comprendre.

Ce sont des questions sur votre maladie avant le départ et les conditions du transport jusqu'à Mayotte.

Les informations que vous donnez seront utilisées de manière anonyme.

Vous pouvez refuser de répondre aux questions.

Shimaoré:

Macousoida ya mousomo ounou de moutchou ou oujouwa na ouhelewa tchongo zaougua harimoi ounono na harimoi zi chissiwa za Ocean Indien. Tséna ou regueledza haouzouri namouna ya ouriga wawadé waja CHM, nawawo wa velehoiwo mahorais hazidziya za charia neka wassi codza.

Tchongo zagnou zitso chindra ziri sahidie rimouhélewenie.

Yari massou ala ya ma wadé yagnou kaboula ya wagnou oulawa na zi namouna moupachyao ta maoré.

Mahéledzo mourivao kaya tso habilo watrou.

Moutso jouwa mouharayé oudjibou massou ala.

Annexe 4 : Captures d'écran du questionnaire informatisé de l'étude :

Fiche IOA - EVA-KWASSA

Questionnaire EVA-KWASSA Conditions de transport Hors Mayotte Demande EVASAN

Questionnaire EVA-KWASSA

Epidémiologie

parle français
 Oui Non

référént (pour les mineurs)
 père/mère
 oncle/tante
 ... autre (préciser)

catégorie socio-professionnelle
 agriculteur
 artisan, commerçant, chef d'entreprise
 cadres et professions intellectuelles supérieures
 professions intermédiaires
 employés
 ouvrier
 retraités
 sans activité (chomeur, étudiant...)

feuille d'information donnée
 Oui Non

accord du patient d'entrer dans l'étude
 Oui Non

adresse hors Mayotte
 (A) Mutsamudu
 (A) Domoni
 (A) Tsembhou
 (A) Sima
 (A) Ouani
 (A) Basmini
 (A) Nioumakele
 (G) Moroni
 (G) Mbeni
 (G) Mitsamiouli
 (G) Hambou
 (G) Washali
 (G) Ouzoini
 (G) Foubourini
 (M) Fomboni
 (M) Nioumachoua
 (M) Djando
 ... autre (préciser)

Figure 1 : questionnaire épidémiologie.

Questionnaire EVA-KWASSA Conditions de transport Hors Mayotte Demande EVASAN

Conditions de transport

décideur du départ
 patient
 famille
 soignant
 ... autre (préciser)

prix du trajet

nombre de personnes dans le kwassa
 <10
 entre 10 et 20
 entre 21 et 30
 > 30

lieu d'arrivée à Mayotte
 Petite Terre
 Grande Terre
 Ilot
 Arraisonné en mer

conditions d'arrivée
 moyens personnels / famille
 pompiers / SMUR
 PAF / gendarmerie
 ... autre (préciser)

pathologie acquise pendant le trajet
 Oui Non

complément d'information histoire du patient
 - décès à bord ?
 - ...

nombre de jours depuis l'arrivée
 123

Figure 2 : Questionnaire sur les conditions de transport.

Questionnaire EVA-KWASSA | Conditions de transport | **Hors Mayotte** | Demande EVASAN

Hors Mayotte

pathologie initiale

date début pathologie initiale

< 7 jours
 < 1 mois
 < 3 mois
 < 6 mois
 >= 6 mois

traitement initié dans le pays d'origine

Oui Non

hospitalisé dans le pays d'origine

Oui Non

pathologie déjà soignée dans la zone OI (hors Mayotte)

Oui Non

déjà venu à Mayotte pour le même motif

Oui Non

Figure 3 : Questionnaire description de la pathologie initiale et des traitements.

Questionnaire EVA-KWASSA | Conditions de transport | Hors Mayotte | **Demande EVASAN**

Demande EVASAN

demande d'EVASAN faite

Oui Non

lieu de demande d'EVASAN

El Marouf (Moroni, GC)
 Mitsmicouf (GC)
 Moustamudu (Anjuan)
 Fomboni (Moéli)
 ... autre (préciser)

demande d'EVASAN acceptée

Oui Non

Visa

demande de visa faite dans le pays d'origine

Oui Non

motif demande de visa

médical autre

Titre de séjour

titre de séjour envisageable

Oui Non

avis/suivi psychologique nécessaire

Oui Non

Figure 4 : Questionnaire administratif

Annexe 5 : Récit d'une traversée

Avant d'être un chiffre dans une étude, ce sont des enfants, des femmes et des hommes... chacun a son histoire, sa traversée.

Voici l'histoire de Rahada, jeune fille de 14 ans :

En février 2013 elle est hospitalisée à Hombo à Anjouan, elle présente une fracture pathologique du fémur visible sur la radio standard ; fracture qui sera réduite et enclouée. Elle reste 2 mois dans le service de chirurgie mais son état général se détériore. Le 28 juin elle prend le Kwassa Kwassa pour Mayotte.

Elle partira en évacuation sanitaire sur la Réunion pour prise en charge d'un ostéosarcome avec métastases pulmonaires. Lors de ce séjour, Rahada raconte son histoire, sa traversée entre Anjouan et Mayotte, elle la décrit et un soignant la retranscrit par écrit.

Personne ne connaît le jour du départ...

Je m'appelle Rahada.

Aujourd'hui c'est samedi, il est 16 heures. Un inconnu arrive à la maison dans une voiture noire, je n'ai jamais vu cet homme auparavant. L'homme demande à ma mère de me préparer pour prendre le bateau. Maman tient absolument à ce que j'aille à Mayotte pour me faire soigner.

Cet après-midi, tout le monde est là, tous me disent au revoir : ma mère, ma grand-mère, mes amis. Je n'ai pas peur, j'ai le Coran avec moi, mais je suis triste.

On est quatre personnes dans le véhicule, il y a ma tante, un autre voyageur et le conducteur. Nous sommes sur le trajet de Marahani (*plage sur la côte Est d'Anjouan*), où le bateau nous attend pour un départ prévu aux alentours de 19 heures. En effet, les kwassas quittent Anjouan le soir par peur de la police.

Il est 18 heures, la voiture nous dépose, on nous dit d'attendre ici.

Le kwassa arrive, beaucoup de gens attendent son arrivée. Je suis la première à embarquer, cinq personnes me portent à l'intérieur. Et tout à coup le reste des passagers prend place dans la barque. Ils sont beaucoup, je ne connais pas leur nombre mais ils sont beaucoup, beaucoup. Sans faire attention ils me bousculent, je crie de douleur.

On peut dire que la barque de pêcheur s'est remplie rapidement, puis l'unique moteur a démarré. Nous faisons quelques mètres, quand soudain la vedette remplie de passagers manque de couler. Quelqu'un prend un téléphone, le chef de la vedette peut être... Il dit : « est ce que Fatima est là ? »... « Oui ! »... « Alors elle descend ! » et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'on soit à l'aise pour la traversée. Nous partons, alors que l'autre bateau retourne à notre point de départ avec la moitié des passagers.

Depuis notre départ j'essaie de dormir ; la tête dans la capuche de mon sweat-shirt et le Coran dans la main ; j'ai très très froid. J'ai aussi avec moi un sac SFR contenant mon dossier médical, les radios de ma jambe, mon passeport et puis d'autres vêtements. On est au milieu de la mer, on ne voit ni l'île de Mayotte ni Anjouan. La mer est mauvaise, elle bouscule trop ; l'eau entre beaucoup, beaucoup dans le bateau. Quelqu'un crie : « on va couler on est perdu ! »

La panique gagne mes compagnons, ils crient : « prend le seau, diminue l'eau ». Je lis le Coran protégé dans ma capuche, je ne suis pas inquiète. La mer est mauvaise alors que mon cœur est calme. Il y a beaucoup de cris, mais je ne me lève pas pour voir ce qui se passe, je dors. L'eau glace mon corps, mes vêtements sont trempés ; j'ai des traces blanches sur ma peau, c'est du sel.

Le soleil commence à se lever, il nous réchauffe, j'en profite pour sécher mes vêtements. Les dafalgans codéinés font que je n'ai pas mal.

Mayotte est en vue, mais elle est encore très loin. Le bateau avance, Mayotte est de plus en plus proche. Soudain, le moteur tombe en panne, le pilote le répare puis nous repartons.

Nous arrivons sur une plage, au milieu d'une forêt. Tout le monde part en courant, moi je n'arrive pas à me lever, mon cou et tout mon corps me font mal. Des gens me portent pour sortir de l'embarcation, je reconnais la personne qui est venue me chercher à la maison. L'homme me dit d'attendre ici et de ne pas bouger. Je suis assise sur la plage. J'ai très froid, trois garçons, un grand et sa maman sont avec moi.

Tout à coup, deux hommes arrivent sur la plage ; ils nous demandent si on n'a pas vu une jeune fille ; mais elle est déjà partie. Les autres veulent partir avec ces personnes ; je leur dis « on ne peut pas partir, on nous a dit d'attendre ici ! », mais personne ne m'écoute. L'un des garçons me dit de le suivre « Tu ne peux pas rester sur la plage ».

On me soulève et m'emmène dans la forêt avec les autres. La nuit tombe, on va dormir au beau milieu de cette forêt. Je n'arrive pas à fermer l'œil ; j'ai très mal, les maquis crient, j'ai du sable partout sur moi et mes vêtements continuent de me glacer les os.

Je suis allongée sur le sol, recouvert de mon shiromani violet que ma mère a mis dans mon sac. Mon regard est fixé sur la lune, je ne dors toujours pas.

La dame est allongée à côté de moi et n'arrête pas de crier, elle a mal partout ; elle ne peut même plus marcher. Moi aussi j'ai mal ; mais j'attends. Chez nous à Anjouan, si on a mal on dit : « Allah oum soili Allah Mohamed » ; c'est tout ce que je dis.

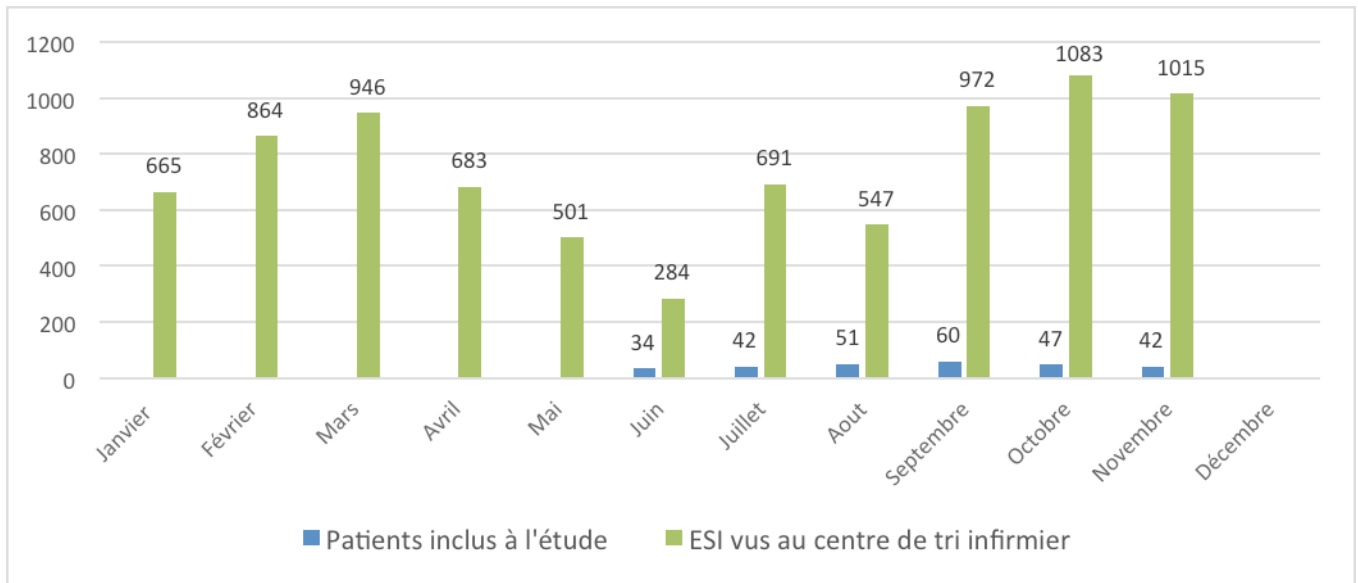
Quand je dors, je dis : « Achadou Allah ailala wa achad Allah Mohamed roisou oulwa », si on n'a pas dit ça et que tu meurs là, t'es foutu.

Après son retour du service d'onco pédiatrie à la Réunion elle reste hospitalisée en pédiatrie à Mamoudzou pour prise en charge palliative, elle décède après presque deux mois dans le service.

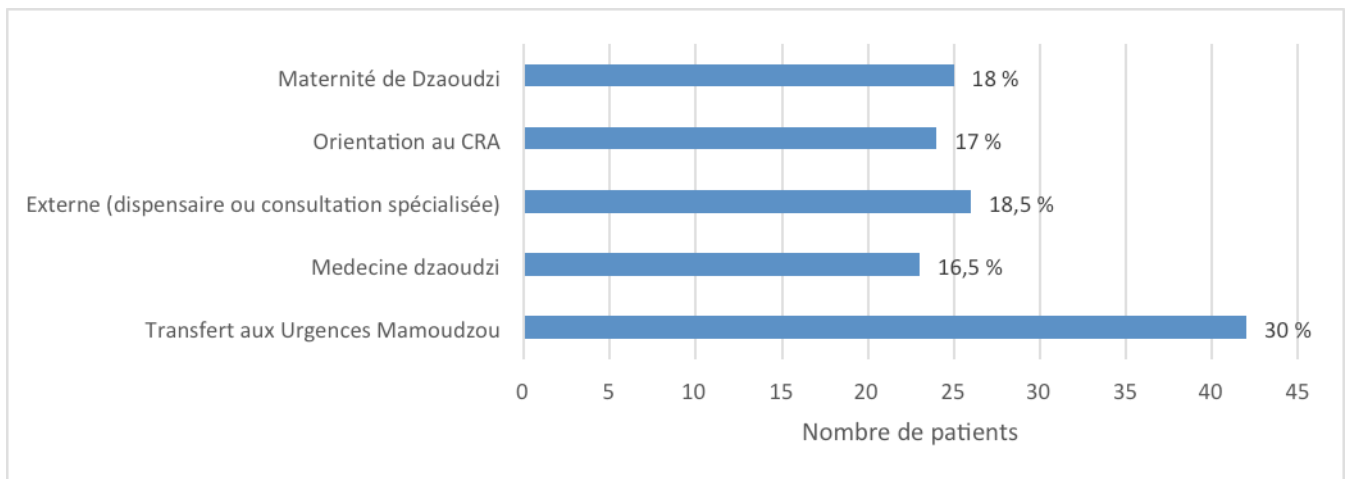
Le retour sur Anjouan avait été discuté avec elle, mais craignant de ne pas pouvoir être bien prise en charge pour la douleur, elle préfère rester à Mayotte malgré l'éloignement avec sa famille proche.

Son père a pu parler avec elle par téléphone le jour de sa mort.

Annexe 6 : Analyse des données sur les étrangers en situation irrégulière au centre de tri de Petite Terre :



Graphique 14 : Nombre de migrants arrêtés en mer et vus au centre de tri infirmier en 2013
(M.Goussein, sources : Statistiques hôpital de Dzaoudzi)



Graphique 15 : Devenir des étrangers en situation irrégulière, triés par l'infirmier comme nécessitant une évaluation par le médecin ou la sage-femme de Dzaoudzi (de juin à octobre 2013)
(M.Goussein, sources : cahiers d'admissions aux urgences de Dzaoudzi)

Les 42 patients transférés aux Urgences de Mamoudzou ont été inclus à l'étude.

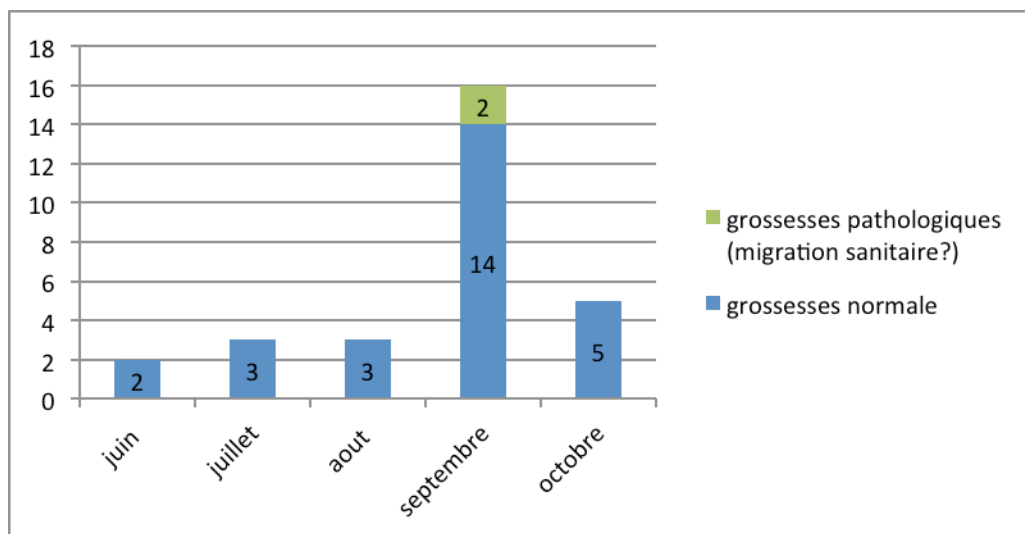
Sur les 23 patients hospitalisés directement dans le service de médecine en Petite Terre :

- 14 présentaient un diabète décompensé
- 3 étaient porteurs d'une sonde urinaire posée aux Comores (2 hypertrophies bénignes de prostate et 1 cancer de la prostate).

Devenir des femmes de la maternité :

La conduite à tenir devant les femmes enceintes adressées par le centre de tri infirmier ne répond à aucun protocole de service ; la décision de garder la patiente sur le territoire reste donc soumise au bon sens de la sage-femme qui consulte (en sachant que la PAF est devant le bureau de consultation et attend de savoir si la patiente peut être expulsée ou non).

Les femmes enceintes pouvant ressortir libres sont en général : celles proches du terme (supérieures à 28 ou 32 semaines d'aménorrhées, selon les sages femmes) et les femmes ayant une grossesse pathologique.



Graphique 16 : Nombre de femmes enceintes vues au centre de tri infirmier de Petite Terre et adressées à la maternité de Dzaoudzi en 2013.

Annexe 7 : Les migrants et la loi française : le droit d'entrée et de séjour, droit à la santé et droit du sol :

Mayotte est département français depuis mars 2011, son statut continue d'évoluer puisque le 1^{er} janvier 2014, il est devenu région ultra périphérique (RUP).

Ce nouveau statut fait rentrer Mayotte au sein de l'Europe ce qui impose d'appliquer la législation européenne relative à l'immigration et à l'asile.

Le ministre de l'intérieur a donc choisi de mettre en place le Code de l'Entrée et du Séjour des Étrangers et du Droit d'Asile (CESADA) déjà appliqué en métropole, mais en y ajoutant toute une série de mesures dérogatoires (Ces modifications sont encore à l'état de projet). (59)

1- Projet d'ordonnance sur l'adaptation du CESEDA à Mayotte :

Les législations et des pratiques dérogatoires actuelles en matière d'immigration et d'asile conduisent à des violations claires sur le territoire de Mayotte. Absence de recours effectif, exercice marginal du contrôle juridictionnel, rétention massive des migrants, notamment de mineurs, sont des exemples de violations des droits en matière de retour.

En matière d'asile, de nombreux manquements quant à l'accueil et à la procédure régissant les demandes d'asile sont régulièrement constatés : expulsion au cours d'une demande d'asile, absence d'hébergement ou d'allocation compensatoire.

Qu'en sera-t-il avec le projet d'adaptation du Cesada ?

Tout d'abord les mesures dérogatoires déjà appliquées en Guyane seront reprises : permettant des interpellations et des reconduites à la frontière multiples et expéditives, avec des contrôles dérogatoires et l'absence de recours suspensif contre une mesure de reconduite à la frontière.

À cela s'ajoutent des dérogations spécifiques à Mayotte :

L'absence de possibilité de bénéficier du délai d'un jour franc, en cas de refus d'entrée sur le territoire, si la personne ne demande pas l'asile dès son interpellation il sera ensuite trop tard pour le faire. Des restrictions sur la délivrance des cartes de séjour temporaire, le territoire reste cloisonné les cartes de séjour n'étant valables que sur Mayotte.

2- Droit à la santé des Migrants :

Les migrations pour raison de santé ne concernent que 6 % des migrants ; les 28 000 étrangers gravement malades ne représentent qu'un pour cent des étrangers vivant en France.

En juin 2011, la révision des termes de la loi pour l'obtention du titre de séjour pour raison médicale, extrait du CESADA (60) :

11° A l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire, sauf circonstance humanitaire exceptionnelle appréciée par l'autorité administrative après avis du directeur général de l'agence régionale de santé de la région de résidence de l'intéressé.

La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative, après avis du médecin de l'agence.

La modification principale porte sur « l'absence du traitement approprié dans le pays d'origine » (remplaçant l'ancienne notion d'accès effectif). Ce changement a entraîné de nombreux débats à l'assemblée et au sénat car la présence d'un traitement dans un pays ne le rend par pour autant accessible (pour des raisons financières ou géographiques par exemple). D'où l'ajout des « *circonstances humanitaires exceptionnelles* » pour l'attribution de ce titre de séjour, qui ajoute un flou supplémentaire et la place à une libre interprétation de la loi.

Dans les faits, ces modifications comme le rapporte l'observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE)³⁰ ont déjà entraîné dans les préfectures des refus à des personnes gravement malades qui ne pourront se faire soigner dans leur pays d'origine.

3- Le droit du sol :

Des polémiques récentes ont fait reparler de la politique du droit du sol appliquée en France. Selon certains médias et politiques, Mayotte ferait face à un afflux massif de femmes enceintes, posant le pied sur le sol de la république dans le seul but que leur enfant devienne automatiquement français.

Effectivement Mayotte est bien la première maternité de France avec en 2013 ?? Accouchements. Seulement un tiers de ces femmes sont françaises :

L'enquête périnatale à Mayotte menée par l'ARS en 2010 montrait sur un échantillon de 500 femmes ayant accouché sur Mayotte : 34 % des femmes sont d'origine française, 61 % sont d'origine comorienne (42 % d'Anjouan, 8 % de Grande Comore et 6 % de Mohéli) et 5 % Malgaches. Pourtant seulement 9 % des femmes étrangères de l'étude seraient arrivées dans l'année précédent cet accouchement.

³⁰ Collectif d'associations regroupant entre autre médecins du monde, médecin sans frontière, le COMEDE...

On est dans le cas de Mayotte plutôt face à une natalité importante chez des femmes étrangères sans papiers qui sont déjà installées sur Mayotte.

3.1- Modalité d'application du droit du sol :

Le droit du sol se différencie du droit du sang qui permet d'acquérir la nationalité française dès la naissance ; et ce si un des parents est français, que l'enfant naisse ou non sur le territoire français. Pourtant Mayotte présente une exception : si la mère est sans papier et le père français : l'officier d'état civil est incité à saisir le procureur pour présomption de paternité de complaisance.

Pour un enfant de parents étrangers, le simple fait de naître sur le sol mahorais ou sur tout autre territoire français ne fait pas de lui automatiquement un français. En effet l'acquisition de la nationalité française ne se fait pas à la naissance mais à 18 ans (pouvant dans certains cas être anticipé à 13 ans), et ce sous certaines conditions.

Le Code civil donne les conditions nécessaires (61) :

*« Tout enfant né en France de parents étrangers **acquiert** la nationalité française à sa majorité si, à cette date, il a en France sa résidence et s'il a eu sa résidence habituelle en France pendant une période continue ou discontinue d'au moins cinq ans, depuis l'âge de onze ans. »*

L'accès à la nationalité française peut être anticipé et dans ce cas **réclamé** : soit à la demande du jeune étranger entre 16 et 18 ans, soit au nom de l'enfant mineur à partir de l'âge de treize ans avec son consentement (la condition de résidence habituelle en France devant alors être remplie à partir de l'âge de huit ans).

Depuis 2006, il revient régulièrement dans les débats politiques la volonté de faire en Guyane et à Mayotte des régimes d'exceptions en matière d'acquisition de la nationalité française.

Pourtant les constitutionnalistes sont unanimes : l'acquisition de la nationalité doit s'appliquer de la même façon sur l'ensemble de la France et de ses territoires.

3.2- Données sur les femmes enceintes migrantes :

Des éléments importants sont donnés par l'étude de l'AFD en 2007 : Migration et soins à Mayotte.(5) Parmi les 2400 personnes interrogées, seule une d'entre elles a déclaré avoir migré pour son accouchement.

Le fait de venir pour accoucher à Mayotte ne semble pas être un facteur de migration ; c'est plus souvent un meilleur avenir pour les enfants qui est cité comme raison d'installation (8,3 % des immigrés étrangers).³¹

³¹ Pour mémoire les raisons de migrations (sans compter les raisons d'installation) retrouvées sont : économique 50%, familiale 26%, santé 9%, autre 8%, avenir des enfants/politique/études 2% chacun

Annexe 8 : Poster présenté au congrès de la SFMU (Société Française de médecine d'urgence) à Paris en juin 2014 :

Mathieu Gaussein, Salamata Bah Assoumani et Maël Voegeli, médecins au Centre Hospitalier de Mayotte. Congrès de la SFMU, Paris juin 2014.

Étude descriptive aux Urgences du Centre Hospitalier de Mayotte d'une population migrant pour raison de santé

Introduction:

Mayotte département d'outre-mer depuis 2011, se situe à 70 km des Comores dont elle est séparée depuis l'indépendance en 1975. L'instauration d'un visa en 1995 a entraîné la création de réseaux d'immigration clandestine, la traversée de ce bras de mer est régulièrement marquée par des naufrages meurtriers.

Une partie de ces migrants vient pour raison sanitaire et consulte aux urgences du centre hospitalier de Mayotte (CHM). Aucune étude n'a encore été réalisée pour décrire cette population migrant pour soins.

Méthode:

Etude prospective descriptive sur une période de six mois (juin à novembre 2013).

Critères d'inclusion aux urgences du CHM:

- arrivé sur l'île clandestinement depuis moins de 15 jours
- le motif de migration concerne la santé.

Résultats:

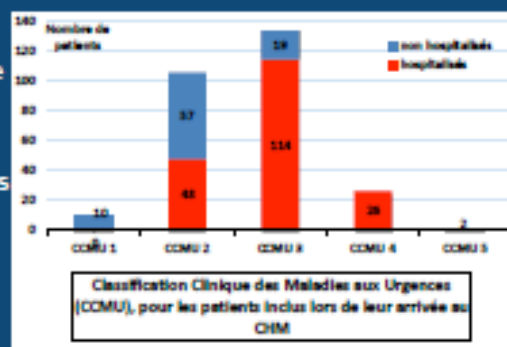
Nous avons inclus 276 patients sur 6 mois soit **3 patients par 48 heures**

- 80% ont consulté aux urgences le jour de l'arrivée à Mayotte
- 88% des patients inclus ont été hospitalisés dont 13% en service de réanimation (2,5 fois plus que les patients hospitalisés via les urgences).
- les pathologies les plus fréquentes sont: l'orthopédie (26%), la diabétologie (13%), la pédiatrie (10%) et l'oncologie (9%).
- 7,1% des migrants connus sont venus pour raison sanitaire pendant la période des six mois.

Conclusion:

Connaître les pathologies prédominantes des migrants pour raison sanitaire à Mayotte, évaluer le retard de soins et les difficultés d'accès aux évacuations sanitaires régulières permettra de mieux prendre en charge les patients.

L'analyse de ces données peut orienter la coopération régionale, définir des missions médicales ciblées et des formations coordonnées par le CHU de La Réunion et le CHM.



- 48% des patients ont été classés CCMU 3, c'est-à-dire présentant une pathologie à risque d'aggravation. (Sur les 19 patients non hospitalisés, la moitié l'était dans les 3 mois)
- 10% des patients ont été classés CCMU 4 et 5, c'est-à-dire présentant une pathologie engageant le pronostic vital et qui nécessitent des manœuvres de réanimation immédiate.

Discussion:

Les patients arrivent dans un état de santé plus dégradés que la moyenne des patients consultant aux urgences du CHM et ont plus souvent recours à la réanimation.

Les durées moyennes d'hospitalisation sont 2 à 4 fois plus longues en fonction des services. La proportion de patients venant pour raison sanitaire est comparable à ceux en France métropolitaine et en Europe.



Photos: 1- Père arrivé clandestinement amenant son enfant malade perfusé aux Comores.

2- Embarcation clandestine traversant entre Anjouan et Mayotte: appelée Kwassa-Kwassa

Serment médical :

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Résumé

Introduction:

Mayotte département d'outre-mer depuis 2011, se situe à 70 km des Comores dont elle est séparée depuis l'indépendance en 1975. L'instauration d'un visa en 1995 a entraîné la création de réseaux d'immigration clandestine, la traversée de ce bras de mer est régulièrement marquée par des naufrages.

Une partie de ces migrants vient pour raison sanitaire et consulte aux urgences du centre hospitalier de Mayotte (CHM). Aucune étude n'a encore été réalisée pour décrire cette population migrant pour soins.

Méthode:

C'est une étude prospective descriptive sur une période de six mois (juin à novembre 2013).

Les critères d'inclusion aux urgences du CHM sont que le patient soit arrivé sur l'île clandestinement depuis moins de 15 jours et que le motif de migration concerne la santé.

Résultats:

Nous avons inclus 276 patients sur 6 mois, soit 3 patients par 48 heures. 83% des patients sont originaires d'Anjouan, l'île la plus proche mais aussi la plus pauvre. 80% ont consulté aux urgences le jour de l'arrivée à Mayotte. 68% des patients inclus ont été hospitalisés dont 13% en service de réanimation (2,5 fois plus que les patients hospitalisés via les urgences). Les pathologies les plus fréquentes sont: l'orthopédie (26%), la diabétologie (13%), la pédiatrie (10%) et l'oncologie (9%). 7,1% des migrants connus sont venus pour raison sanitaire pendant la période des six mois.

Discussion:

Les patients arrivent dans un état de santé plus dégradés que la moyenne des patients consultant aux urgences du CHM et ont plus souvent recours à la réanimation.

Les durées moyennes d'hospitalisation sont 2 à 4 fois plus longues en fonction des services.

La proportion de patients venant pour raison sanitaire est comparable à ceux en France métropolitaine et en Europe.

Conclusion:

Connaître les pathologies prédominantes des migrants pour raison sanitaire à Mayotte, évaluer le retard de soins et les difficultés d'accès aux évacuations sanitaires régulières permettra de mieux prendre en charge les patients.

L'analyse de ces données peut orienter la coopération régionale, définir des missions médicales ciblées et des formations coordonnées par le CHU de La Réunion et le CHM.

Mots-clés :

Comores, Mayotte, Migration sanitaire, Coopération régionale.