



HAL
open science

**État sanitaire et social des mineurs consultant en centre
de soins primaires à Mayotte : étude prospective d'août
à octobre 2014 au dispensaire de Jacaranda
(Mamoudzou)**

Tiana Guilhem-Ducléon

► **To cite this version:**

Tiana Guilhem-Ducléon. État sanitaire et social des mineurs consultant en centre de soins primaires à Mayotte : étude prospective d'août à octobre 2014 au dispensaire de Jacaranda (Mamoudzou). Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01419978

HAL Id: dumas-01419978

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01419978>

Submitted on 20 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE BORDEAUX 2 – Bordeaux Segalen

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

Thèse n°146

Thèse pour l'obtention
DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline Médecine Générale

**ETAT SANITAIRE ET SOCIAL DES MINEURS CONSULTANT EN
CENTRE DE SOINS PRIMAIRES A MAYOTTE : étude
prospective d'aout à octobre 2014 au dispensaire de
Jacaranda (Mamoudzou)**

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 3 novembre 2015
Par Tiana GUILHEM-DUCLEON née le 20/12/1986 à Limoges

MEMBRES DU JURY

Président du jury : Madame la Professeure Frédérique Sauvat
Rapporteur de thèse : Monsieur le Professeur Pierre Aubry
Membre : Monsieur le Docteur Jean-Marc Franco
Membre : Monsieur le Docteur Abdourahim Chamouine
Directeur de thèse: Madame la Docteure Aurélie Arribat

Remerciements

A Mme le Professeur Frédérique Sauvat,
Merci d'avoir accepté de présider mon jury,

A M. le Professeur Marc Aubry,
Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci d'avoir accepté
d'être le rapporteur de ce travail,

Au Docteur Jean-Marc Franco
Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci pour votre
implication dans la formation des internes de médecine générale de
l'Océan Indien,

Au Docteur Abdourahim Chamouine
Pour avoir accepté d'être membre de mon jury et pour son
investissement en pédiatrie à Mayotte,

Au Docteur Aurélie Arribat
Pour avoir dirigé ma thèse. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce
jury.

A la mémoire de S.

Pour ses enfants

A ma famille, le temps et la distance ne dénouent pas ces liens qui font ce que je suis

A mes amis, pour leur soutien inconditionnel

A ces médecins qui ont croisé ma route, m'ont formée et inculqué leur savoir et surtout leur humanisme.

A tous mes patients, petits et grands, d'ici et d'ailleurs

Aux Ouille, ma famille réunionnaise

A l'équipe mahoraise Fanny, Caro, Flo, Taf, Magda, et les quatre, PH, Géraldine, Léo, Steph, Mathieu, Julia, Ludivine, Kats, Camille, Cathou, Ambre, Tiphaine, Marie K et bien sûr Théo Stella et Tom, ainsi que tous ceux qui ont fait mon attachement pour cette île

Merci à Aurélie Arribat pour sa patience, ses conseils attentifs

Merci à Aurélie Gérôme de Médecins du Monde pour sa disponibilité et son œil avisé

Merci à ma sœur Emmy, de m'avoir patiemment prêté son ordinateur tout le long de ce mois d'aout guyanais

Merci à mon frère Erwin pour sa relecture et son avis éclairé

Merci à ma sista Tiphaine, pour son aide indispensable jusqu'aux dernières heures

Merci à l'équipe de Jacaranda d'avoir rendu ce travail possible, merci à Badirane, Inzoudine, Saandati, et Maïmouna .

Une pensée toute particulière au Professeur Aubry, qui en ces temps qui lui sont difficiles, m'a permis de mener ce travail à bien jusqu'à la soutenance.

« 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. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services. »

Article 24.1 ; Convention Internationale des Droits de l'Enfant, 30 novembre 1989

« Mon D., remplis mon âme d'amour pour l'Art et pour toutes les créatures. N'admet pas que la soif du gain et la recherche de la gloire m'influencent dans l'exercice de mon Art, car les ennemis de la vérité et de l'amour des hommes pourraient facilement m'abuser et m'éloigner du noble devoir de faire du bien à tes enfants. Soutiens la force de mon cœur pour qu'il soit toujours prêt à servir le pauvre et le riche, l'ami et l'ennemi, le bon et le mauvais.

Fais que je ne voie que l'homme dans celui qui souffre. Fais que mon esprit reste clair auprès du lit du malade et qu'il ne soit distrait par aucune chose étrangère afin qu'il ait présent tout ce que l'expérience et la science lui ont enseigné, car grandes et sublimes sont les recherches scientifiques qui ont pour but de conserver la santé et la vie de toutes les créatures.

[...]

Fais que je sois modéré en tout, mais insatiable dans mon amour de la science. Éloigne de moi l'idée que je peux tout. Donne-moi la force, la volonté et l'occasion d'élargir de plus en plus mes connaissances. Je peux aujourd'hui découvrir dans mon savoir des choses que je ne soupçonnais pas hier, car l'Art est grand mais l'esprit de l'homme pénètre toujours plus avant. »

Prière médicale de Maimonide, XIIème siècle

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS	9
INTRODUCTION	10
PRÉSENTATION DE MAYOTTE	12
CONTEXTE HISTORIQUE ET GÉOPOLITIQUE	12
Mayotte depuis 1843	13
Evolution depuis la colonisation	13
La situation politique des Comores	16
L'île d'Anjouan	16
Mayotte, loin derrière La Réunion et la Métropole	18
Les Comoriens à Mayotte	18
SYSTEME DE SANTÉ MAHORAIS	19
Rappel historique	19
Evolution des dix dernières années	20
<i>2004 :L'avènement de la sécurité sociale, fin de la gratuité</i>	20
<i>L'ordonnance de 2012</i>	21
Système à l'heure actuelle	21
<i>L'offre de soins hospitalière</i>	21
<i>Les soins primaires : les dispensaires et les libéraux</i>	22
<i>La prévention : CDAG, PMI, les réseaux</i>	23
<i>La médecine traditionnelle</i>	23
L'ETAT SANITAIRE DE MAYOTTE	24
LES MINEURS À MAYOTTE	24
Les dispositifs de protection	25
<i>Le Conseil Général</i>	25
<i>Les associations</i>	27
Les mineurs isolés	29
<i>Une difficulté juridique</i>	29
<i>Observatoire des mineurs isolés</i>	30
PATIENTS ET MÉTHODE	32
OBJECTIF PRINCIPAL ET SECONDAIRES	32
POPULATION ET DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE	32
Population étudiée	32
Déroulement de l'étude et recueil de données	32
<i>Pré-étude</i>	32
<i>Description du centre de recueil des données et de son organisation</i>	33
<i>Données recueillies</i>	33
ANALYSE STATISTIQUE	35
RÉSULTATS	36
ANALYSE DE LA POPULATION ÉTUDIÉE	36
Répartition par âge	36
Situation administrative	37

Adulte responsable du mineur	40
DONNÉES SOCIALES	41
Accès eau potable et électricité	41
Scolarisation	41
DONNÉES SANITAIRES	42
Motif de consultation	42
Dernière consultation	43
Affiliation à la sécurité sociale	43
Règlement de la consultation	44
.....	45
Vaccinations	47
Etat nutritionnel	48
Etat bucco-dentaire	49
Retard à la consultation	49
Devenir	49
DISCUSSION	51
CHOIX DU QUESTIONNAIRE	51
PRINCIPAUX RESULTATS	51
FORCE ET LIMITES DE L'ÉTUDE	52
Force de l'étude	52
Limites de l'étude	52
<i>Biais de sélection</i> :	52
<i>Biais de recueil</i>	53
<i>Biais déclaratif</i>	53
DONNÉES SOCIALES ET SANITAIRES INTRICQUÉES	53
Situation administrative	53
Mineurs isolés	55
Scolarité	57
Affiliation à la sécurité sociale	57
Motif de consultation, corrélation avec l'habitat précaire	59
Couverture vaccinale	60
Etat nutritionnel	63
UN SYSTÈME DE SOINS PRIMAIRE À CONSTRUIRE	64
Rôle du médecin traitant	64
Le dispensaire, géré par le Centre hospitalier	66
Expérience de médecins du monde : éducation à la santé	66
Exemple de la Guyane : un accès au soin pour tous	67
CONCLUSION	68
ANNEXE 1 : PROCEDURE D'ADMISSION au bureau des entrées des mineurs	69
ANNEXE 2 : questionnaire	73
QUESTIONNAIRE :	73
ANNEXE 4 : Parcours de vie mineurs isolés, propos recueillis durant les consultations	80
BIBLIOGRAPHIE	82
RÉSUMÉ	87

Table des figures

Figure 1: Mayotte, département français au sein de l'archipel des Comores, Canal du Mozambique	12
Figure 2 Immigration vers Mayotte des Comores.....	17
Figure 3 Dispensaires et Centres de référence Le Journal de Mayotte.....	22
Figure 4: Mineurs fouillant les poubelles, Mamoudzou mai 2015, photo personnelle.....	29
Figure 5 : Répartition des âges.....	36
Figure 6 : Situation administrative des parents	38
Figure 7 Nationalité de la mère	39
Figure 8 Nationalité du père.....	39
Figure 9 : Lieu de résidence des parents	40
Figure 10 : majeur hébergeant le patient.....	40
Figure 11 : scolarisation des enfants âgés de 6 à 16 ans.....	42
Figure 12 : motifs de consultation.....	43
Figure 13 Affiliation à la sécurité sociale et possibilité d'affiliation	44
Figure 14 : Règlement de la consultation selon les patients	45
Figure 15 : Etat nutritionnel de la population étudiée.....	49
Figure 16 : Devenir des patients . chirurgie ambulatoire : prise en charge chirurgicale directe des abcès	50
Figure 17: panneau d'affichage interpellant Manuel Valls lors de sa visite à Mayotte, Collectif Tonpetitdom , juin 2015 (photo personnelle)	55
Figure 18:(spécificités du calendrier vaccinal à Mayotte et en Guyane 0-2 ans. source INPES http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_2015.pdf)	60
Tableau 1 Comparaison des index de développement humain (IDH).....	18
Tableau 3 : lieu de naissance	37
Tableau 4 Personne accompagnant l'enfant en consultation	37
Tableau 5: Raccordement à l'eau	41
Tableau 6 : Raccordement à l'électricité.....	41
Tableau 7 : Affiliation à la sécurité sociale	44

Tableau 8 : Affiliation CSSM et paiement de la consultation	45
Tableau 9 : Vaccinations.....	47

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AGD : affection grave et durable

AME : aide médicale d'état

ANRU : agence nationale de rénovation urbaine

ASE : aide sociale à l'enfance

BCG : vaccin bilié de Calmette et Guérin

BTP : bâtiments et travaux publics

CDAG : centre de dépistage anonyme et gratuit

CHM : centre hospitalier de Mayotte

CMU : couverture maladie universelle

CMU-c : couverture maladie universelle complémentaire

CSSM : caisse de sécurité sociale de Mayotte

DASTI : direction de l'action sociale territorialisée

DDASS : direction départementale des agences sanitaires et sociales

DOM : département d'outre-mer

DTP : diphtérie tétanos polio

GISTI : groupe d'information et de soutien aux immigrés

HCSP : haut conseil de santé publique

IDH : indice de développement humain

INPES : institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : institut national des statistiques et des études économiques

INVS : institut national de veille sanitaire

IST : infection sexuellement transmissible

OFPRA : office française de protections des réfugiés et apatrides

OMI : observatoire des mineurs isolés

OMS : organisation mondiale de la santé

ONG : organisation non gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

OPEMA : observatoire de la protection de l'enfance à Mayotte

PAF : police aux frontières

PIB : produit intérieur brut

PMA : pays les moins avancés

PMI : protection maternelle et infantile

ROR : rougeole oreillons rubéole

RUP : région ultrapériphérique

TOM : territoire d'outre-mer

UTAS : unité territorialisée d'action sociale

VHB : virus de l'hépatite B

WONCA : The World Organization of National Colleges and Academies of family doctors

INTRODUCTION

Mayotte, 101^{ème} département français depuis 2011 présente des spécificités sociodémographiques et sanitaires.

Elle se caractérise par une population jeune : plus de la moitié des 212600 habitants recensés en 2012 ont moins de dix-huit ans, faisant de ce département le plus jeune de France du point de vue démographique. La majorité de ces mineurs est d'origine comorienne .(1)

40% de la population est étrangère. Parmi ces étrangers, quatre sur dix sont des mineurs nés à Mayotte.

Au niveau sanitaire, Mayotte accuse un retard par rapport aux standards métropolitains : 80% des habitats sont insalubres, la mortalité infantile est quatre fois plus élevée qu'en métropole. Le taux brut de mortalité infantile y est de 13,5‰ (INSEE 2010) soit 4 fois plus élevé qu'en métropole et plus d'un enfant sur trois n'a pas accès à l'eau courante (2)

La malnutrition infantile affecte 7% des moins de cinq ans selon l'enquête NutriMay (3) réalisée en 2006 chez des enfants de 0 à 4 ans en population générale par l'Institut de Veille Sanitaire.

Environ 3000 mineurs seraient isolés sur le territoire (c'est à dire sans représentant légal) parmi lesquels 500 seraient sans aucun adulte référent selon l'Observatoire des Mineurs Isolés (données 2011) (4).

Les institutions de protection de l'enfance et les ONG considèrent qu'un mineur isolé est intrinsèquement un mineur en danger.

Ces données démographiques sont relativement anciennes.

Au vu de ces problématiques, il semblait intéressant d'évaluer l'état de santé et les conditions de vie des mineurs consultant en centre de soins primaires à Mayotte.

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'état sanitaire et social des mineurs ayant recours aux soins primaires d'un centre de soin public de Mamoudzou.

Les objectifs secondaires étaient d'identifier et de caractériser le parcours des mineurs isolés rencontrés dans ce centre de soins et de déterminer les freins à l'accès au soin de l'ensemble des patients.

L'étude a été réalisée lors de mon dernier semestre, stage chez le praticien niveau 2 que j'ai réalisé au dispensaire de Jacaranda, à Mamoudzou de mai à octobre 2014.

Nous présenterons dans un premier temps Mayotte en replaçant l'île dans son contexte socio historique ainsi que le système de santé à Mayotte et la situation des mineurs. Nous présenterons ensuite notre étude et nos résultats. Dans un dernier temps, nous discuterons de nos résultats en essayant de dégager de nouvelles perspectives.

PRÉSENTATION DE MAYOTTE

CONTEXTE HISTORIQUE ET GÉOPOLITIQUE

Terminant un processus entamé dès 1946, Mayotte accède en 2011 au statut de 101^{ème} département français. Un statut qui entérine l'ancrage dans la République française et l'éloigne de ses voisines comoriennes.

En 2014, son statut de Région ultra périphérique européenne (RUP) l'inscrit d'autant plus comme légitime au sein de la République Française, enterrant un débat vieux de plus de quarante ans.

Un bref rappel des événements de ces dernières cinquante années est nécessaire pour comprendre le statut actuel de département d'outre-mer (DOM) et les enjeux sous-tendus.

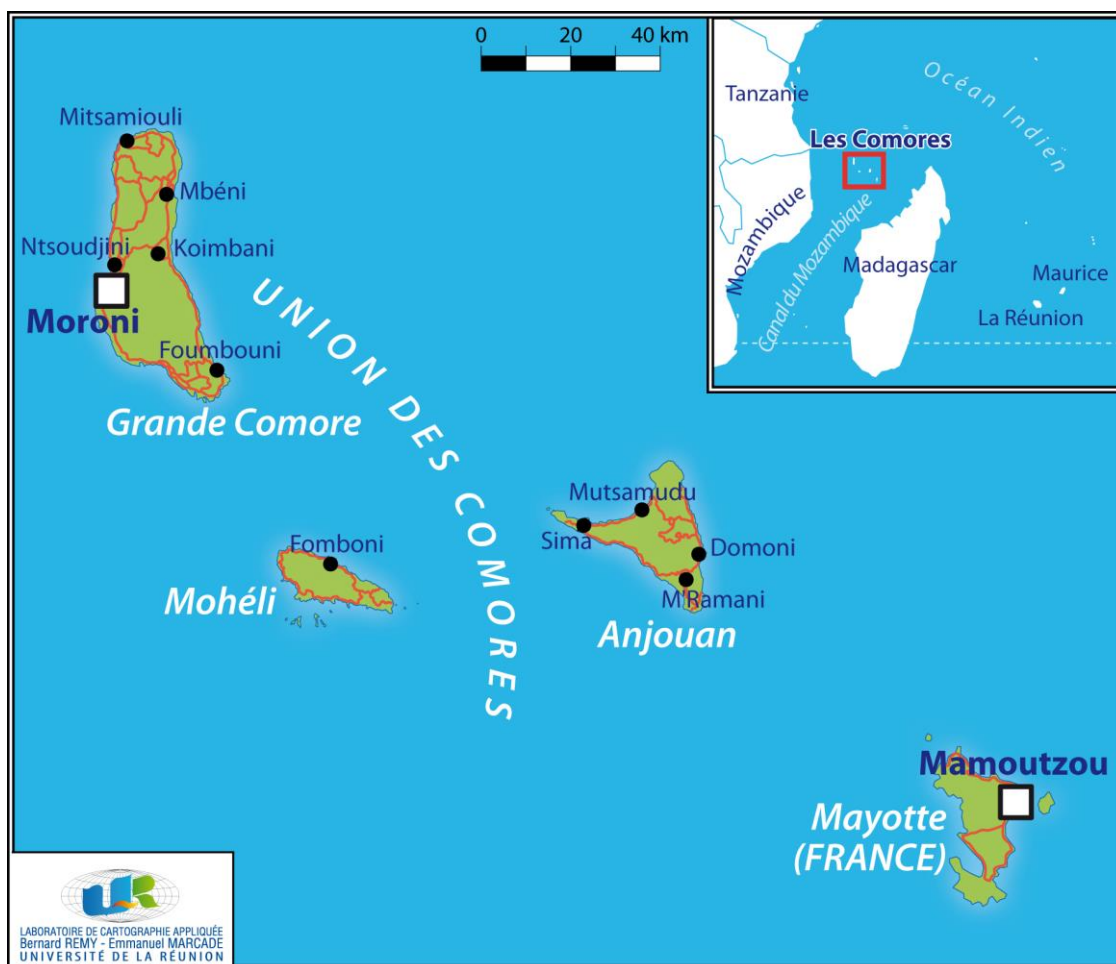


Figure 1: Mayotte, département français au sein de l'archipel des Comores, Canal du Mozambique

Mayotte depuis 1843

L'annexion de la France en 1841, ratifiée en 1843 par le Roi Louis-Philippe est vue par beaucoup non pas comme un assujettissement à la France mais une libération de l'emprise des îles voisines. (5)

L'islamisation de l'archipel des Comores, constituée d'une population Bantoue- Malgache commence au VIIème siècle et s'ancre à partir du XIIème siècle avec l'arrivée des Shiraziens de Perse.

Surtout présents en Grande Comore et à Anjouan, ils imposent peu à peu leur ascendant sur la population locale, notamment en la réduisant en esclavage. Ils se métissent peu à peu avec les populations présentes. Ils sont propriétaires des terres et fournissent à chaque île ses sultans, gouverneurs de chaque île. De fréquents conflits éclatent entre les Sultans dans chaque île, donnant aux Comores le surnom d'Archipel des Sultans Batailleurs.

Andriantsouly, Malgache d'origine Sakalave, aurait hérité d'une partie des terres mahoraises puis du sultanat de Mayotte en 1832 après avoir apporté son aide lors des conflits militaires opposant le sultan Moïna Madi avec les îles voisines et les pirates.

En 1841, Andriantsouly vend Mayotte à la France, en échange de son protectorat.

En 1846, l'esclavage est aboli, entraînant le départ des grandes familles féodales vers Anjouan et les Comores.

Les terres ainsi libérées furent mises à disposition des villages pour les cultures vivrières.

Le sentiment d'appartenance à la France vient pour beaucoup de cette époque, où la France apporta stabilité à l'île.

Cinquante ans plus tard, la France s'installa à Mohéli où elle établit son protectorat en 1886 puis à Anjouan et en Grande Comore en 1892.

La colonie de Mayotte et ses dépendances fut ainsi constituée, administrée depuis Dzaoudzi, assurant à Mayotte le statut de « fille aînée de la France » dans la région.

Evolution depuis la colonisation

L'archipel est rattaché à Madagascar en 1912 ; ce qui ne modifia guère la situation administrative des Comores.

En 1946, l'archipel devient un T.O.M (territoire d'Outre-Mer), Dzaoudzi étant son chef-lieu.

Parallèlement est créé un Conseil général, chaque île désignant des conseillers. Le nombre de conseillers est proportionnel à la démographie de l'île : ainsi la Grande Comore élit dix conseillers, Anjouan cinq, Mayotte trois et Mohéli deux. Cette décision, faisant vaciller le poids de Mayotte par rapport à ses voisines et redonnant l'influence aux grandes familles, entraîne les premières frictions.

C'est la motion du 14 mai 1958 votant le transfert du chef-lieu de Dzaoudzi à Moroni qui enclencha l'incompréhension des Mahorais.

Cette même année, les trois élus Mahorais sont les seuls à voter la transformation du statut en DOM, pour ancrer l'île dans la république. Le statut de TOM est confirmé par le vote de la majorité des conseillers de l'île.

Le transfert du chef lieu est effectif en 1962, déchainant la colère des Mahorais.

En représailles, les investissements à Mayotte seront réduits à la portion congrue.

Le mouvement populaire mahorais (MPM) naquit dans ce contexte. Ses actions parfois musclées envers les partisans de l'indépendance lui valurent des critiques virulentes. (6)

Zena N'dere et Zaina Meresse font figure de proue au sein de ce parti qui a lutté sans relâche pour le maintien de Mayotte au sein de la France.

En juin 1972, une promesse de Pierre Messmer, ministre d'état chargé des DOM-TOM marque une avancée vers le rattachement de Mayotte à la France : il promet de consulter les îles une par une, au mépris de la Convention de l'ONU déclarant les frontières de la colonisation indivisibles. (1)

Le 3 octobre 1974, une proposition de loi est votée par le gouvernement du président Valéry Giscard d'Estaing, sur le référendum pour l'indépendance, qui devait consulter l'ensemble de la population des Comores. Sous la pression du lobbying des partisans du maintien du statut français, un amendement est voté, instituant le décompte des voix île par île.

Le 22 décembre 1974, 64.7% des Mahorais rejettent l'indépendance.

Le 6 juillet 1975, la chambre des députés de Moroni proclame unilatéralement l'indépendance des Comores.

Le 8 février 1976, une consultation à Mayotte est à nouveau réalisée 7845 voix pour le maintien au sein de la France contre 104 voix pour l'intégration dans l'Etat comorien.

Mayotte acquiert le statut de collectivité territoriale, à mi-chemin entre le DOM et le TOM.

Elle passe collectivité départementale, dans l'hypothèse d'une future départementalisation.

Commence alors un long chemin de réforme et de renoncement aux lois coutumières.

La polygamie est interdite en 2005, la réforme de l'état-civil mise en œuvre dès 2004 passe

d'un nom islamique (prénom choisi par le père, nom du grand-père) à la généralisation de l'état-civil français : nom du père, commun à tous les enfants d'un même père.

La justice cadiale, à laquelle se réfère la majorité des musulmans mahorais et qui régent toute la société (naissance, mariage, règlement des litiges) disparaît peu à peu du cadre officiel. Les cadis restent salariés du Conseil général avec mission de « médiation sociale ». Ils perdent ainsi tout poids décisionnel officiel et leur autorité traditionnelle est délégitimée par la France.

Il s'en suit comme on peut l'imaginer un grand bouleversement des repères identitaires. (7)
(8)

En effet, l'ancrage à la République française, par la départementalisation en 2011 largement plébiscitée par référendum est vu comme l'ancrage à un « Etat providence ». Elle est porteuse d'avancées sociales et d'aides financières en tout genre, au profit d'un renoncement identitaire magistral.

On assiste à une augmentation de l'espérance de vie, l'acquisition de droits sociaux... Bien que vus comme des progrès majeurs par les Mahorais et leurs voisins, ils sont vécus comme exogènes, importés d'un monde extérieur.

La société traditionnelle est déstabilisée, le territoire géographique de l'archipel fragmenté depuis l'instauration du « visa Balladur » en 1995 entraînant un flux migratoire illégal important entre Anjouan et Mayotte. En effet, la circulation traditionnelle entre les îles devient illégale : un visa est désormais nécessaire aux Comoriens pour se rendre à Mayotte de manière légale. Cette frontière administrative renforce cette césure entre Mayotte et les Comores : le visa sépare de fait la France des Comores.

Au fil des ans et du rattrapage avec la métropole, l'acquisition de droits civils et sociaux pour une partie de la population (mahoraise) se fait au détriment d'une régression des droits des étrangers et de ceux qui n'ont pas fait valoir leur nationalité française : limitation de l'accès aux soins avec l'instauration de la sécurité sociale et à l'éducation, avec des difficultés pour l'inscription des enfants en séjour irrégulier (9).

L'accès au statut de région ultra périphérique européenne (RUP) en janvier 2014 ouvre le champ de subventions importantes. Il ouvre la voie à des projets de développement pour palier au retard économique de Mayotte vis-à-vis des standards européens. Ce nouveau statut fait de Mayotte une région de l'Union Européenne à part entière. La réglementation s'y applique désormais, avec toutefois des dispositions dérogatoires. L'Union Européenne élargit

également son influence, portant ses frontières dans le Canal du Mozambique. (10) (11)

La situation politique des Comores

Les Comores ne connaissent pas le développement de leur voisine.

La séparation de l'île de Mayotte des Comores, qui entraîne la déclaration unilatérale d'indépendance des Comores est le début d'une longue période d'instabilité, marquée par les coups d'états.

L'île d'Anjouan

Anjouan, quant à elle, est siège de mouvements de grèves et de manifestations durement réprimées. Les leaders de ces mouvements demandent le rattachement à la France en 1997.

Cette tentative sécessionniste ne fait qu'aggraver son isolement par rapport aux autres îles.

Le débarquement des forces de l'Union Africaine pour renverser le président Mohamed Bacar fait de Anjouan le paria de l'archipel.

Depuis ces velléités d'indépendance en 1997, les migrations d'Anjouan vers Mayotte se sont décuplées. (12)

A la fois géographiquement la plus proche de Mayotte, et la plus pauvre, Anjouan fait figure de passerelle jusqu'à l'eldorado mahorais (13).

Du fait de la proximité géographique, des liens historiques entre Anjouan et Mayotte, nombreuses sont les familles qui sont réparties entre les deux îles.

Les *kwassa-kwassa*, (du nom d'une danse congolaise très saccadée, littéralement « secoue secoue »), embarcations de fortune y prennent le départ pour Mayotte, plus ou moins chargées de dizaines de personnes selon le tarif des prestations.

Ces allers-retours historiques entre les îles se sont transformés en allers simples, effectués de manière clandestine et dangereuse depuis l'instauration du visa Balladur en 1995. Les flux migratoires se sont mués en ce que le sociologue David Guyot appelle des stocks migratoires (14) : une fois arrivés l'île, les migrants parvenant à Mayotte s'y établissent désormais, dans des habitats de fortune, faits de tôles, dans les hauteurs des villages mahorais. Peu à peu les familles se regroupent, au gré des arrivées des *kwassa-kwassa*.

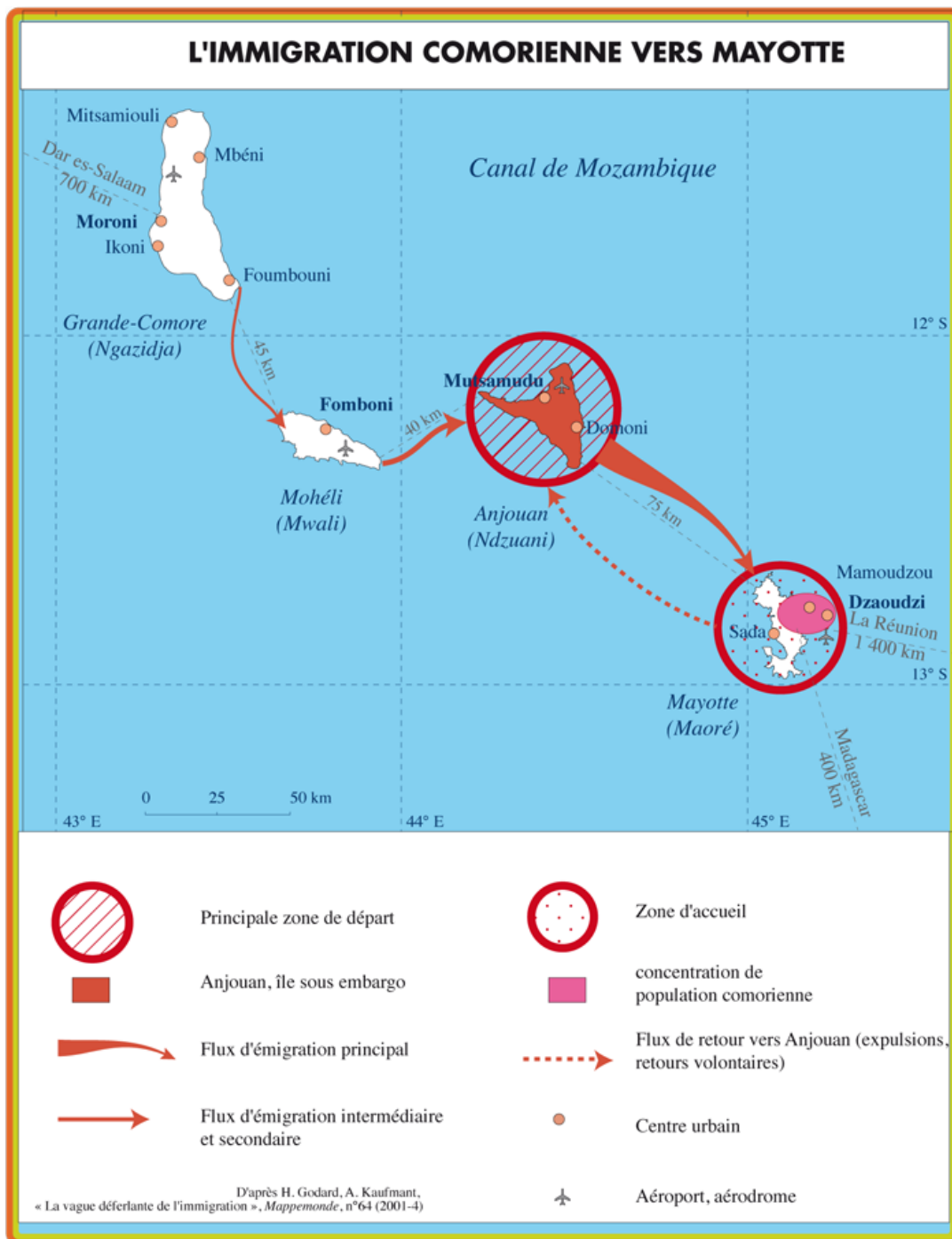


Figure 2 Immigration vers Mayotte des Comores

Selon le rapport de l'Agence française du développement publié en 2010 et qui analyse les résultats d'une enquête faite en 2007 (15), les migrations ont lieu pour des raisons économiques (49.50%) , familiales (26.4%) ou pour raisons de santé (8.8%).

L'Union des Comores fait partie des PMA (pays les moins avancés) (16) , qui regroupent les pays dont l'indice de développement humain (IDH) est un des plus faibles.

Ce hiatus avec sa voisine française est donc une des raisons expliquant la forte pression migratoire vers Mayotte. Mayotte a un index de développement humain estimé selon les auteurs entre 0.65 et 0.75 soit environ au 100^{ème} rang mondial. (17,18).

Malgré un IDH moyen, Mayotte est dans sa zone géographique la plus avancée.

Tableau 1 Comparaison des index de développement humain (IDH)

Index de développement humain	Valeur	Rang
Afrique du Sud (2010)	0.619	123
Comores (2010)	0.433	163
Mayotte (2005)	0.653	104

Il est ainsi 50% plus élevé que l'IDH des Comores. Le Produit intérieur brut est quant à lui 8 fois supérieur à celui des Comores (6575 Euros contre 760 euros)(17,18)

Cet « îlot de richesse dans un océan de misère » est donc un pôle d'attractivité au niveau économique et social.

Ainsi y viennent les Comoriens pour trouver un travail, retrouver leur famille, accéder aux soins et à l'éducation, pensant assurer à leurs enfants un avenir meilleur.

Mayotte, loin derrière La Réunion et la Métropole

Malgré cette richesse toute relative, Mayotte reste le plus pauvre des DOM-TOM et se classe loin derrière les autres départements français, tant au plan économique que social.

Le PIB par habitant de Mayotte ne représente qu'un cinquième du PIB par habitant français et un tiers de celui des Réunionnais. Les inégalités sont encore plus marquées au sein même de la population mahoraise. En 2005, les individus les plus modestes (appartenant au premier décile) avaient des revenus 9,7 fois inférieurs à ceux des individus les plus aisés, contre un rapport égal à 4,3 à La Réunion et à 3,4 en métropole (19)

Les Comoriens à Mayotte

Dans l'étude pour l'AFD de Laurence et al, en 2007, représentative en population générale,

40% de la population est étrangère. Parmi eux, 80% sont en situation irrégulière bien que la durée médiane de résidence à Mayotte soit de 10 ans. Les Comoriens, essentiellement d'origine anjouanaise, migrant à Mayotte pour raisons essentiellement économiques (15), occupent les emplois non déclarés, essentiellement dans l'agriculture, la pêche et les BTP (20). Les salaires sont loin des standards métropolitains mais bien supérieurs aux salaires comoriens.

Le rejet de l'immigration clandestine exprimé par les Mahorais parfois de façon violente est contrebalancé par une solidarité indéniable : il existe une relation de réciprocité, non limitée à la simple relation employeur-employé (21) (12). Pour Blanchy et Roinsard, les Comoriens et plus particulièrement les Anjouannais présents sur l'île ne sont pas considérés seulement comme une main d'œuvre bon marché : ils sont garants du lien avec une culture et des traditions que le cheminement vers le droit commun tend à effacer. Ainsi, cette ambivalence reflète l'ambivalence du lien avec la France et le souhait du rattachement à la métropole opposé à l'attachement aux traditions et à la culture comorienne.

Pour exemple, j'ai pour ma part constaté qu'un Mahorais, policier municipal, parfois amené à exercer des reconduites à la frontière d'étrangers en situation irrégulière, héberge lui-même un ami sans papiers, en échange de menus services et du gardiennage de son domicile. Cette relation est une relation plus amicale qu'employeur-employé.

Néanmoins, les tensions sociales se font plus vives ces dernières années avec des relations ressenties de concurrence pour l'accès à l'éducation et l'accès aux soins avec un système saturé par l'explosion démographique.

Par ailleurs, le clivage social et également géographique : il relègue les clandestins dans des bidonvilles, dans des habitats de fortune, sans accès à l'eau courante et à l'électricité, les exposant aux risques sanitaires qui en découlent.

SYSTÈME DE SANTÉ MAHORAIS

Rappel historique

Jusqu'aux années soixante, la population de Grande Terre n'a guère accès aux soins occidentaux en l'absence de structure sur Grande Terre.

La construction de l'hôpital à Mamoudzou et les vastes campagnes de santé publique

marquent un tournant avec une diminution de la morbi-mortalité.

Les soins sont gratuits, et, dans une logique colonialiste, les dispensaires « dispensent » la biomédecine pour séduire la population et l'éloigner de la médecine traditionnelle. La gratuité des soins s'applique à tous, quel que soit son origine : les va-et-vient pour soins sont fréquents entre les îles. (22)

Evolution des dix dernières années

Le système de santé évolue à l'aune du statut institutionnel.

2004 : L'avènement de la sécurité sociale, fin de la gratuité

En 2004, les dispensaires passent de la tutelle de la DDASS à la tutelle de la sécurité sociale, via le Centre hospitalier. Les PMI restent gérées par le Conseil général.

La tarification des soins instaure une distinction nouvelle entre mahorais et étrangers en situation irrégulière : la possession d'une attestation de sécurité sociale marque les individus comme légitimes ou non (23).

Des enjeux nouveaux sont mis en exergue : qui soigner, quels sont les critères justifiant d'une prise en charge urgente et donc gratuite ?

En effet des bons d'AGD (pour Affection Grave et Durable) ont été mis en place, exemptant le paiement des frais par les non-affiliés dans le cas de pathologie urgente. Ils sont remis selon l'appréciation des médecins.

Ainsi, l'intrication de la sphère administrative dans la sphère médicale crée un déplacement du rôle du soignant que beaucoup dénoncent (24).

Suite à des affaires dramatiques et médiatisées (décès d'un enfant récusé par le bureau des entrées sans évaluation médicale ou paramédicale) (14) (23), un nouveau système voit le jour en 2009 : les bons roses, permettent à tous les enfants d'être vus par un médecin. Le médecin détermine si la situation relève d'une affection grave et durable (AGD) ou de soins courants. Il détermine également si les patients bénéficient ou non de délivrance de médicaments gratuits. Le patient et ses parents se rendent ensuite à nouveau au bureau des entrées où un bon de circulation lui est remis, lui permettant de reconsulter pendant 15 jours et de recevoir les médicaments. Nous joignons en annexe la note d'information et la procédure d'admission à l'attention des agents du bureau des entrées du CHM datant de 2009 (annexe n°1).

Le Tribunal des Affaires sociales de Mayotte saisi par le secteur associatif a considéré (décembre 2010) que l'affiliation directe à la sécurité sociale d'un mineur doit être automatique et que le système de ces bons n'est pas suffisant pour garantir un accès aux soins.

Le secteur associatif dénonce le non-respect de cette décision (24) (2)

L'ordonnance de 2012

Suite à plusieurs interpellations par le Défenseur des droits, **l'ordonnance n°2012-785 du 31 mai 2012** définit le principe de gratuité des soins pour les mineurs en situation de précarité.

Cette ordonnance précise que « les soins destinés aux mineurs et ceux destinés à préserver la santé des enfants à naître sont totalement pris en charge lorsque les ressources des personnes concernées sont inférieures au montant mentionné au sixième alinéa () sans qu'aucune condition d'urgence et de gravité de l'état de santé des enfants ne puisse être opposée. »

Par ailleurs, l'accès aux soins pour ces derniers n'est plus conditionné par le dépôt d'une provision.

Le moyen d'appréciation de ce seuil de précarité n'est pas défini dans les textes.

Même si les textes de lois semblent clairs, l'abrogation du système des bons roses n'a pas lieu, et la gratuité des soins reste soumise à leur réception et signature par le médecin.

Ce système des bons, étayé par la note d'information de 2009 aux agents d'accueil n'a pas été remis en cause.

Aucune actualisation n'a eu lieu en 2012, ce qui est en contradiction avec l'ordonnance n° 2012-785 du 31 mai 2012 (article L. 6416-5).

Systeme à l'heure actuelle

L'offre de soins hospitalière

L'hôpital central se trouve à Mamoudzou, avec le plateau technique et la majorité des capacités d'hospitalisation. Quatre hôpitaux de référence sont répartis sur l'île : Dzoumogné au nord, Kahani au centre, Mramadoudou au sud et Dzaoudzi en Petite-Terre. Ils assurent la permanence des soins.

Le taux d'équipement en lit pour Mayotte est de 1,75 place pour mille habitants en 2014

contre 8,4 en métropole (2012).

Un projet d'un centre de Soins de Suite et de Réadaptation est en cours à Petite Terre.

Un centre de radiologie privé et un laboratoire privé se situent à Mamoudzou.

Les soins primaires : les dispensaires et les libéraux

Treize dispensaires maillent le territoire et offrent des soins primaires. Ils sont gérés par le CHM. Les soins sont sans avance des frais pour les patients affiliés à la sécurité sociale.

Les médecins libéraux sont au nombre de vingt-trois en 2014. Onze médecins libéraux sont partis en 2011. Le secteur libéral est embryonnaire. La CMU-c n'existant pas, les mutuelles n'étant guère développées, toute consultation dans le privé, prise en charge à 65% par la sécurité sociale entraîne des frais (huit euros vingt-huit centimes pour les consultations chez le généraliste) à la charge du patient.

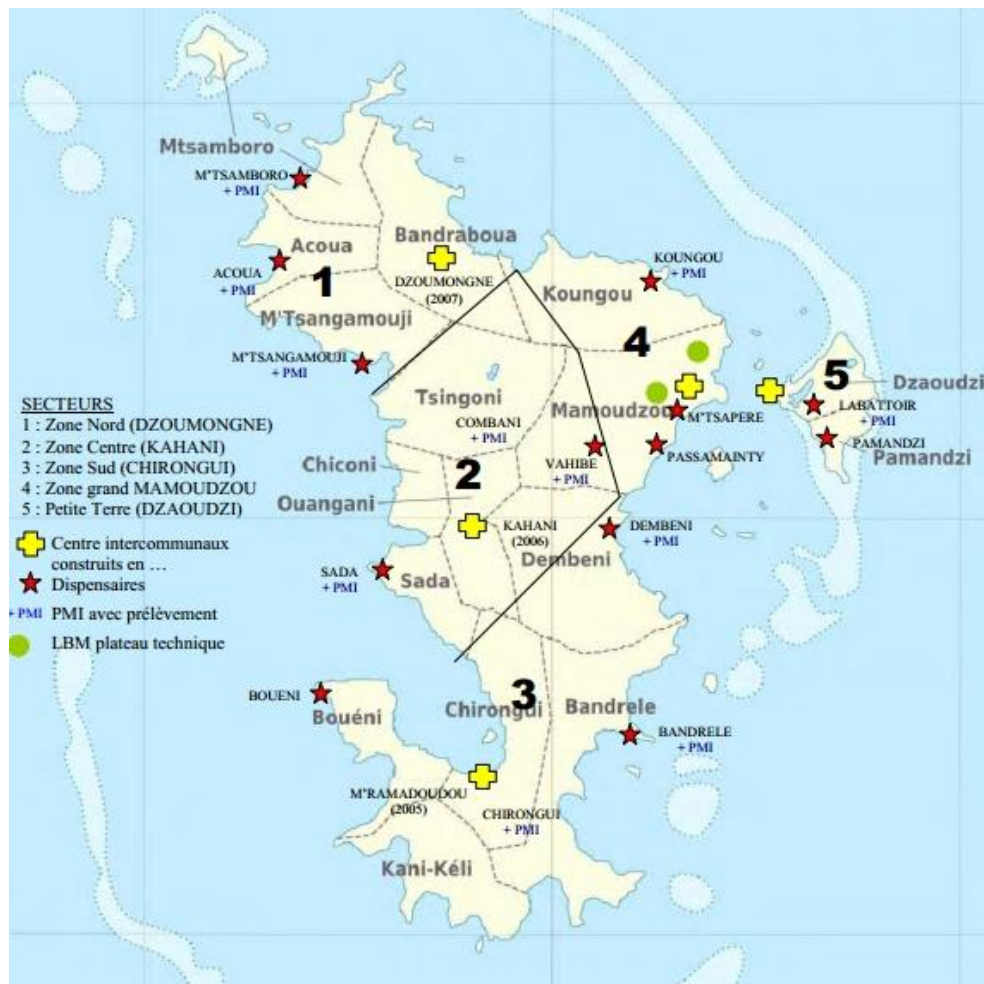


Figure 3 Dispensaires et Centres de référence Le Journal de Mayotte

La prévention : CDAG, PMI, les réseaux

Le CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

Il est chargé du dépistage des maladies contagieuses type Infection Sexuellement Transmissible (IST) et tuberculose. Anonyme et gratuit, il se veut accessible au plus grand nombre.

Protection Maternelle et Infantile

C'est un service départemental, incombant au conseil général.

Une de ses missions, essentielle à Mayotte est d'assurer la protection sanitaire de l'enfant de moins de six ans et de sa mère. Ainsi, à Mayotte, la couverture vaccinale des enfants de moins de six ans est essentiellement assurée par la PMI.

Dix-huit centres sont répartis sur le territoire.

La mission est exclusivement préventive

Les réseaux

REVIST 976 : réseau d'information, prévention sur le VIH, il a fermé en 2015.

REDECA : réseau de dépistage des cancers

REDIABYLANG : réseau dédié au diabète

La médecine traditionnelle

La biomédecine occidentale s'est réellement répandue dans les années 1970 avec l'implantation des dispensaires et de l'hôpital de Mamoudzou. Elle a dû et doit encore cohabiter avec la médecine traditionnelle toujours fortement ancrée à Mayotte et dans les îles voisines.

La médecine traditionnelle, inspirée du syncrétisme islamique et animiste conçoit trois grands cadres de maladie : les maladies naturelles, voulues par Dieu, les maladies causées par l'homme et les actes de sorcellerie et les maladies causées par les Djinns, les esprits.

Seules les maladies naturelles sont accessibles à la biomédecine.

Quatre types de guérisseurs traditionnels peuvent guérir les maladies : le guérisseur islamique (fundi mwalimu, celui qui sait) ; le fundi wanyonga (utilisant des ventouses pour extraire le mal) ; le fundi herboriste et le fundi wamadjini, qui traite les maladies causées par le djinn, en les exorcisant s'il est « mauvais » ou en permettant au patient de cohabiter avec lui s'il n'est

pas néfaste.

Ici se révèle l'importance capitale des traducteurs, Agents de service hospitaliers et aides-soignants, qui bien plus que traduire littéralement se chargent de faire coïncider les deux modèles, occidentaux et traditionnels.

Cela permet bien souvent d'obtenir l'adhésion à des soins très éloignés de la perception traditionnelle de la maladie et de la guérison. Ainsi les « mabibi » pluriel de « bibi », représentant des minuscules petits êtres visibles à l'œil nu et responsable de nombreux maux dans la nosologie traditionnelle. Ce terme est communément employé par les traducteurs pour décrire les bactéries responsables d'infection. (25) (26) (27)

L'ETAT SANITAIRE DE MAYOTTE

Il coexiste à Mayotte une forte prévalence de l'obésité (32% des femmes et 8% des hommes) et des maladies qui en découlent : HTA (25% des adultes), diabète, dyslipidémie chez les adultes avec les situations de malnutrition chez les enfants (7%) (3)

De nombreuses maladies infectieuses sont endémiques à Mayotte (28) :

La tuberculose a une prévalence deux fois supérieure à la France métropolitaine.

Mayotte est une zone d'endémie intermédiaire de l'hépatite B. Le taux de portage de l'hépatite B est estimé à 3.19 % en 2009.

L'hépatite A a une incidence de 25.6 cas pour 100 000 habitants en 2011, 83% des cas survenant chez des mineurs de moins de quinze ans.

115 cas de typhoïde ont été enregistrés entre 2007 et 2010. En 2011, 50 % des 30 cas enregistrés concernaient des mineurs de moins de 15 ans.

Des pics épidémiques de leptospirose à la fin de chaque saison des pluies sont observés chaque année vers mars avril.

L'espérance de vie à la naissance est de 74 ans à Mayotte, 77 ans à la Réunion et 84 ans en métropole en 2010.(29)

LES MINEURS À MAYOTTE

Au dernier recensement de l'INSEE, en 2012, la moitié de la population a moins de dix-sept ans et demi. Près de quatre étrangers sur dix sont des mineurs nés à Mayotte, pouvant

prétendre à la nationalité française sous certaines conditions.

Les mineurs nés en France de parents étrangers peuvent relever de la nationalité française par le droit du sol à leur majorité s'il réside à Mayotte à cette date, et s'il a eu sa résidence habituelle à Mayotte pendant une période continue ou discontinue d'au moins 5 ans depuis l'âge de 11 ans. Le droit du sol est défini par la « règle de droit attribuant la nationalité à une personne physique en raison de sa seule naissance sur un territoire donné »

Avant sa majorité, il peut acquérir la nationalité sur demande de ses parents (entre 13 et 16 ans) ou sur demande personnelle (entre 16 et 18 ans) avec des conditions de durée de résidence à Mayotte. En l'absence de demande de nationalité, ces enfants sont expulsables dès l'âge de dix-huit ans, parfois avant s'ils sont rattachés à un majeur par la Police aux frontières comme cela est décrit par plusieurs associations(30)

Propos de Mr Dominique Baudis, défenseur de droit, le 17 décembre 2012 :

« Les enfants présents dans ce département, qu'il s'agisse des enfants mahorais ou des enfants étrangers, sont confrontés à une situation caractérisée par la quasi- absence, d'une part, de dispositifs de prise en charge pour les mineurs en danger et, d'autre part, de dispositifs adaptés pour apporter des réponses appropriées à la délinquance des mineurs. Il y a également lieu de souligner que le nombre des mineurs isolés étrangers à Mayotte est à peu près équivalent au nombre de mineurs isolés étrangers présents dans l'ensemble des cent autres départements français.

Outre des circonstances particulières résultant de la très forte pression migratoire qui s'exerce sur l'île de Mayotte, un examen plus attentif révèle le dysfonctionnement de certains services publics, en particulier ceux qui incombent au conseil général, qui n'est à ce jour pas en mesure de mettre en œuvre les politiques publiques adaptées relevant pourtant de son champ de compétences. »

Les dispositifs de protection

Le Conseil Général

Dans la mesure où les dispositions du Code de l'action sociale et des familles (article 543-1) prévoient que la création d'un service d'aide sociale à l'enfance (ASE) n'est qu'une simple faculté du Conseil général de Mayotte, le dispositif n'a été institué qu'en 2001.

Ainsi, la gestion de ce dispositif n'a débuté qu'en 2004.

Par ailleurs les moyens accordés par le département à l'aide sociale à l'enfance sont, en outre, très insuffisants au regard des actions devant être engagées. En métropole, le poste ASE est le 3ème des dépenses d'action sociale avec 102€ /habitants. Pour Mayotte, avec un même ratio pour 212 645 habitants, le budget devrait être de 21 millions d'euros or il n'est que de 3,4 millions d'euros en 2014.

La PMI (protection maternelle infantile) est dotée d'un budget qui avoisine les 4 millions d'euros hors frais de personnel.

Depuis le 28 janvier 2013, une nouvelle organisation a été mise en place. La nouvelle direction DASTI (direction de l'action sociale territorialisée) regroupe en ce qui concerne l'ASE, les cellules « BASS maltraitance », adoption, mesures éducatives en milieu ouvert, placement, le service agrément des familles et les cinq nouvelles UTAS (unités territorialisées d'action sociale).

L'OPeMa

Le Conseil Général a mis en place en juillet 2014 l'Observatoire de Protection de l'Enfance à Mayotte (OPeMa) conformément aux dispositions légales du Code de l'Action Sociale et des familles qui instaure depuis 2007 dans chaque département la mise en place d'un Observatoire départemental de la protection de l'enfance. Cet Observatoire a pour vocation de remplacer à terme l'Observatoire des Mineurs Isolés.

Les Familles d'accueil

L'accueil dans le cadre d'une solidarité de proximité avec des familles est l'usage à Mayotte. De fait, un seul mode de prise en charge des mineurs existe, organisé autour de 77 assistants familiaux qui peuvent, non sans difficulté, accueillir jusqu'à sept enfants et même au-delà. Le dispositif d'accueil familial agréé du Conseil général est saturé (il accueille au total plus de 300 enfants).

Ces familles d'accueil ne disposent pas de réelle formation et le critère de sélection est « d'avoir une maison ». L'ASE examine un projet de formation sur les techniques de professionnalisation ainsi qu'une révision des modes de rémunérations de ces familles.

Les associations

80% des actions de protection de l'enfance sont mises en œuvre par les associations.

TAMA

Cette association intervient, depuis 2006, auprès des mineurs isolés du territoire de Mayotte grâce :

- une permanence sociale au Centre de Rétention Administrative, pour rechercher les conditions possibles d'un rapprochement familial. Ce service s'attache à sensibiliser les parents quant à l'importance de partir avec leurs enfants ;
- l'aide à la décision du magistrat par un service d'enquêtes sociales rapides et des investigations menées à la suite d'informations préoccupantes émanant de leur dispositif de rapprochement familial
- un service d'aide au retour : le travailleur social a pour mission d'évaluer les demandes d'aide au retour, en travaillant principalement avec les familles « recueillantes ».
- le dispositif d'accompagnement social des mineurs isolés (DASMI) qui est basé sur un soutien temporaire (six mois) par la famille ou le tiers accueillant le ou les mineurs dans l'attente d'un retour du parent éloigné.

AUTEUIL/AGEPAC, (*Auteuil océan indien (AOI)*)

Son centre d'accueil de jour « *M'sayidié* » (« *AIDE-LE* ») permet de développer une mission de prévention spécialisée l'égard de mineurs isolés ou errants dans les rues de Mamoudzou et de son environnement proche.

SOLIDARITE MAYOTTE

Cette association est habilitée comme administrateur ad hoc afin d'assister le mineur isolé étranger demandeur d'asile ; elle favorise son insertion à travers un accompagnement global.

MEDECIN DU MONDE

L'association a en charge, dans un quartier de Kaweni (commune de Mamoudzou), un centre de santé destiné aux mineurs où se tiennent des consultations médicales et sociales ;

Elle mène des consultations décentralisées, organisées sur différents sites précaires, « les cliniques mobiles » pour dispenser au plus près de la population exclue des soins et apporter des informations de prévention sanitaire. Ces cliniques sont amenées à rencontrer des enfants ayant des problèmes aigus (lèpre, gale, tuberculose).

Elle porte une vigilance accrue sur l'application, dans les faits, de l'ordonnance du 31 mai 2012 sur la gratuité des soins aux enfants et ceux se rapportant aux enfants à naître, mettant fin au système provisoirement appliqué des bons roses dont elle a constaté, à plusieurs reprises, ses échecs.

CIMADE

Cette association interpelle régulièrement les pouvoirs publics sur l'enfermement des enfants en centres de rétention administrative.

LE VILLAGE D'EVA

Cette association possède 2 axes d'action :

- **Axe plaidoyer** visant la sensibilisation des pouvoirs politiques locaux et métropolitains à la situation des mineurs isolés à Mayotte. Cet axe se concrétise par des rencontres locales, nationales et internationales (Défenseure des Droits des Enfants)
- **Axe terrain** grâce à l'organisation d'action au profit des jeunes en souffrance : l'association mène un travail de terrain grâce aux équipes d'éducateurs spécialisés allant à la rencontre des mineurs isolés et des enfants déscolarisés.

Les mineurs isolés



Figure 4: Mineurs fouillant les poubelles, Mamoudzou mai 2015, photo personnelle

Une difficulté juridique

Le terme « mineurs isolés » ou « mineurs isolés étrangers » ne connaît pas de définition explicite en droit français (cette catégorie est absente du Code Civil).

La protection de ces jeunes se fonde donc sur celle de l'enfance en danger, telle que prévue dans le dispositif juridique français de protection de l'enfance, qui est applicable sans condition de nationalité.

Aussi, en matière de protection de l'enfance, la notion de danger est définie aux articles 375 du Code Civil et L.221-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles qui prévoient que des mesures de protection doivent être prises dès lors que « la santé, la sécurité ou la moralité

d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ».

Observatoire des mineurs isolés

L'ampleur de ce phénomène a été étudiée par le sociologue David Guyot pour l'Observatoire des Mineurs Isolés à Mayotte créé en 2010. Ainsi, il y aurait, en 2012 selon le croisement des données associatives et institutionnelles 2 922 isolés dont 1 666 avec des adultes apparentés, 584 avec adultes non apparentés, 558 sans référent adulte.

Les « mineurs isolés » se heurtent à des écueils administratifs de par leur situation : pas d'affiliation possible à la sécurité sociale, difficulté d'accès aux soins, difficulté d'inscription à l'école sans autorité parentale.

Dans la catégorisation établie par M. GUYOT, les mineurs étrangers isolés se caractérisent par leur situation d'extrême pauvreté et par leurs difficultés à se stabiliser ; il est difficile de connaître leur âge, leur identité et leur devenir.

La typologie retenue par l'OMI est la suivante :

- Les mineurs dits « Etrangers isolés » sont des enfants arrivés seuls sur le territoire en provenance généralement du Congo, du Rwanda et du Burundi. Ils arrivent souvent dans le dénuement le plus total, après avoir connu des conditions de voyage et de vie traumatisantes. Ils font généralement l'objet d'une prise en charge par le secteur associatif pour une dimension humanitaire (hébergement, vêtement) puis font l'objet d'un accompagnement plus individualisé (scolarisation, situation administrative).

Ces enfants sont alors signalés et souvent confiés à l'ASE par le juge des enfants qui sera amené à saisir le juge des tutelles afin de désigner un administrateur ad hoc.

- Les mineurs dits « étrangers abandonnés » sont tout à fait spécifique à Mayotte. Ils représentent 87% des mineurs isolés.

Dans la plupart des cas, ces derniers se retrouvent seuls sur le territoire suite à la reconduite à la frontière de leurs parents en situation irrégulière et qui font le choix de laisser leurs enfants à Mayotte. L'absence de recours suspensif contre les expulsions est une cause de l'isolement de ces enfants fréquemment retrouvée.

Ces derniers sont alors pris en charge par des membres de la famille ou des voisins. Les parents optent souvent pour ce choix, convaincus que la séparation sera courte car ils ont l'espoir de revenir rapidement à Mayotte. La solution d'accueil trouvée par les

parents avant leur départ est souvent précaire et ne permet de garantir aux mineurs une prise en charge sécurisée et adaptée à leurs besoins. En effet, les tiers accueillants, souvent de bonne volonté abandonnent à leur tour ces mineurs pour des raisons diverses (problèmes de comportement, difficultés scolaires, problèmes financiers ...)

Beaucoup d'enfants souvent très jeunes, se retrouvent alors livrés à eux-mêmes.

Selon le Directeur de la sécurité publique, ces enfants abandonnés survivent à Mayotte entre les décharges et les abords des supermarchés à l'entrée desquels ils mendient. Les plus jeunes concernés peuvent avoir entre « quatre, cinq ou six ans ».

- Les mineurs comoriens arrivant seul à Mayotte en “kwassa- kwassa”
- Les mineurs en errance suite à l'éclatement de la cellule familiale alors que les enfants sont de parents français.

PATIENTS ET MÉTHODE

OBJECTIF PRINCIPAL ET SECONDAIRES

L'objectif principal était d'obtenir des données quantitatives et qualitatives sur l'état sanitaire et social des mineurs ayant recours aux soins primaires de l'hôpital public de Mayotte.

Les objectifs secondaires étaient d'identifier le nombre et les parcours des mineurs isolés consultant au dispensaire ainsi que de mettre en exergue les obstacles au recours aux soins de l'ensemble des mineurs.

POPULATION ET DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Afin de répondre à l'objectif principal, nous avons mené une étude descriptive, prospective, uni-centrique se déroulant au dispensaire de Jacaranda, centre de soins primaire de référence de la commune du grand Mamoudzou pendant 3 mois du 1er août au 30 octobre 2014.

Population étudiée

Les patients inclus étaient les mineurs (moins de dix-huit ans) consultant au dispensaire de Jacaranda, à Mamoudzou, le matin du lundi au vendredi du 1er août 2014 au 30 octobre 2014 en salle n°2, sous réserve que la consultation se déroulait en présence d'une traductrice si les patients ne maîtrisaient pas le français. Le consentement du parent et du mineur (s'il était en âge de pouvoir l'exprimer) était recherché.

Les patients exclus étaient les mineurs dont les parents ou eux même n'avaient pas donné de consentement.

Déroulement de l'étude et recueil de données

Pré-étude

Une pré-étude de 15 jours a été réalisée du 15 juillet au 31 juillet 2014, afin de déterminer le nombre d'enfants vus pendant les plages de consultation et la faisabilité du recueil de données dans le temps très limité de consultation. Durant cette pré-étude, soixante-huit enfants ont été

vus et cela a permis de valider la faisabilité de l'étude.

Description du centre de recueil des données et de son organisation

Le dispensaire fait partie du centre hospitalier de Mayotte. Il est constitué de cinq salles de consultations où exercent les médecins généralistes et de deux salles de soins infirmiers. C'est le centre de référence du grand Mamoudzou.

Un système de numéros de couleur oriente le patient. A une couleur correspond une salle de consultation, et le numéro détermine l'ordre de passage. 25 à 40 numéros sont attribués à chaque médecin, qui consulte de 7h30 à 14h. L'après-midi les consultations sont assurées de 14 à 17h par un ou deux médecins. Après 17h, sur le secteur de Mamoudzou, la permanence des soins est assurée par le service d'accueil des urgences du CHM.

Durant le recueil de données, le dispensaire était en travaux, et la structure a été déplacée dans des locaux provisoires. Les locaux étaient plus exigus que l'ancien dispensaire.

Le bureau des entrées, tenu par des personnels administratifs se chargeait d'enregistrer les patients sur le serveur médical.

Le patient était ensuite vu par un aide-soignant qui enregistrait les constantes et triait les patients.

Puis le patient était vu par le médecin selon l'ordre d'enregistrement.

Les centres de consultation sont au nombre de vingt et sont sectorisés. Seuls les patients habitant dans le grand Mamoudzou sont supposés consulter à Jacaranda.

Données recueillies

Les données étaient recueillies de manière prospective, déclarative, à la fin de la consultation, après avoir rempli le carnet de santé et l'ordonnance et après recherche du consentement des parents et du mineur.

Les données étaient anonymées dès la phase de recueil.

Les items renseignés étaient les suivants :

- Données sociales :
 - présence d'un majeur accompagnant
 - âge et sexe de l'enfant

- lieu de naissance
- durée de résidence à Mayotte
- antécédents de reconduite à la frontière
- nationalité du père, île d'origine
- nationalité de la mère, île d'origine
- situation administrative du père
- situation administrative de la mère
- commune de résidence
- majeur hébergeant l'enfant (par extension, majeur responsable de l'enfant)
- eau courante et électricité au domicile
- scolarisation

- Données sanitaires :

- Motif de consultation
- Date de dernière consultation antérieure ou postérieure à 12 mois
- Affiliation à la sécurité sociale
- Paiement de la consultation médicale
- Couverture vaccinale pour le DTP, pneumocoque, VHB, BCG. Nous avons défini pour chacun de ces vaccins un état vaccinal à jour, en retard, ou l'absence de vaccination. Le retard vaccinal était défini comme l'absence de toutes les doses recommandées par l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) corrélée à l'âge du patient (31).
- Etat nutritionnel si âge inférieur à 5 ans, avec le Z-score de l'OMS qui analyse le rapport Poids/Taille des enfants âgés de 6 à 60 mois. (32)
- Etat bucco-dentaire : présence ou non de dents cariées, absentes ou obturées (index CAO/co de l'OMS)(33)
- Retard à la consultation selon le médecin
- Devenir du patient après la consultation

ANALYSE STATISTIQUE

Dans un premier temps, nous avons réalisé une analyse descriptive des variables recueillies, avec le calcul, pour les variables quantitatives, de l'effectif, la moyenne, l'écart type, la médiane, et pour les variables qualitatives, de l'effectif et de la fréquence. Les statistiques sont donc rapportées en tant que valeur absolue et pourcentage pour les valeurs catégorielles, sinon en tant que médianes avec écarts interquartiles.

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne (\pm déviation standard) ou médiane (interquartiles) en l'absence de normalité de la distribution des variables.

Le seuil de significativité statistique est considéré atteint quand le risque d'erreur est inférieur à 5% ($p < 0,05$).

Les logiciels utilisés pour l'analyse statistique étaient Excel 2013 et logiciel Médiamétrie(34) pour les intervalles de confiance.

Les parcours des mineurs isolés sont recueillis de manière qualitative.

RÉSULTATS

Sur la période d'étude allant du 1^{er} août au 30 octobre 2014, 3 patients ont été exclus faute de consentement

Les données ont été analysées sur 159 patients inclus.

ANALYSE DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

Le rapport homme/femme était de 0,9.

Répartition par âge

La moyenne d'âge était de 7.11 ans, l'écart-type était de 5.58. La médiane d'âge était de 6 ans.

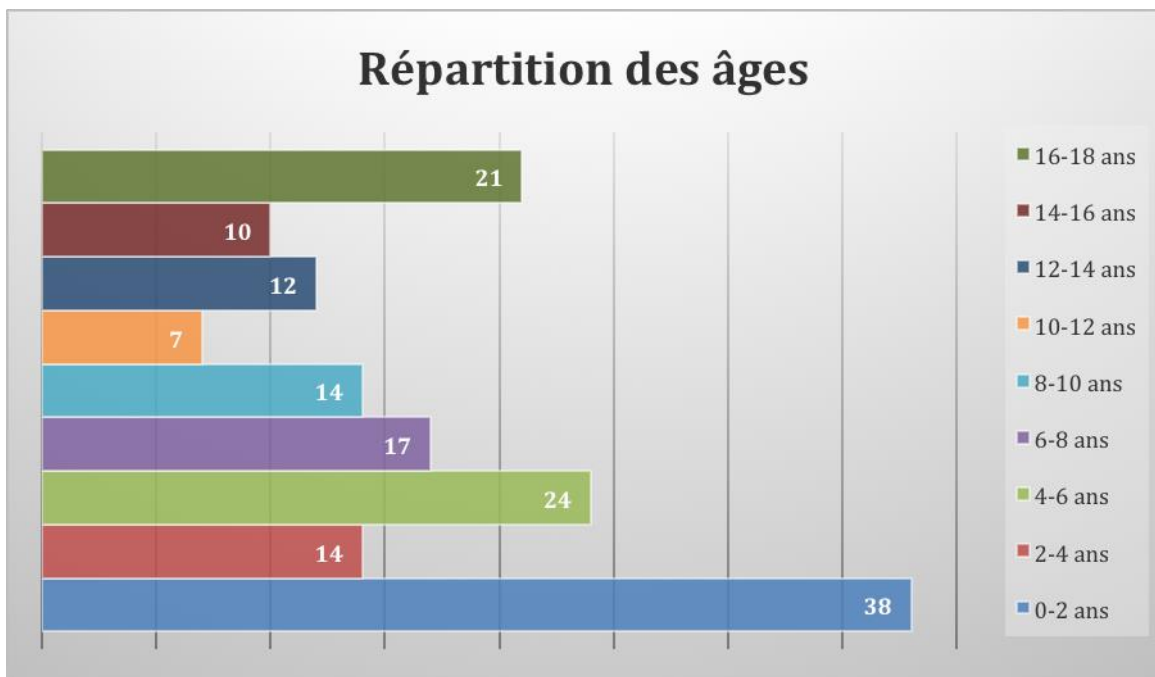


Figure 5 : Répartition des âges

Situation administrative

Le lieu de naissance est reparti dans le tableau 2.

Lieu de naissance	Nombre	Pourcentage	IC 95%
Mayotte	127	79,87%	73.6 ; 86
Comores	26	16,35%	10.6 ; 22.1
Madagascar	1	0,63%	0 ; 1.9
Métropole	3	1,89%	0 ; 4
Nsp	2	1,26%	0 ; 3
Total général	159	100,00%	

Tableau 2 : lieu de naissance

On remarque que 79,9% (n=127) de la population étudiée était née à Mayotte.

La durée moyenne de séjour à Mayotte était de 5.7 ans, l'écart-type de 5.09, la médiane était de 4 ans.

4 enfants avaient déjà été expulsés (2.52%).

Le tableau 3 résume qui accompagne l'enfant en consultation. Seuls les enfants de plus de quatorze ans étaient admis en consultation seuls.

Tableau 3 Personne accompagnant l'enfant en consultation

Accompagnant	Nombre	Pourcentage
-parents	124	77,99%
-Titulaire d'une Délégation d'autorité parentale (DAP)	1	0,63%
-apparenté sans DAP	11	6,92%
-personne non recueilli	22	13,84%
-non recueilli	1	0,63%
Total général	159	100,00%

Environ 78% des patients consultaient accompagnés de l'un de leur parent. 14% consultaient sans majeur accompagnant.

7% consultaient avec un majeur apparenté. Un patient était accompagné d'un majeur ayant eu une délégation d'autorité parentale. Les données n'ont pas été recueillies pour un patient.

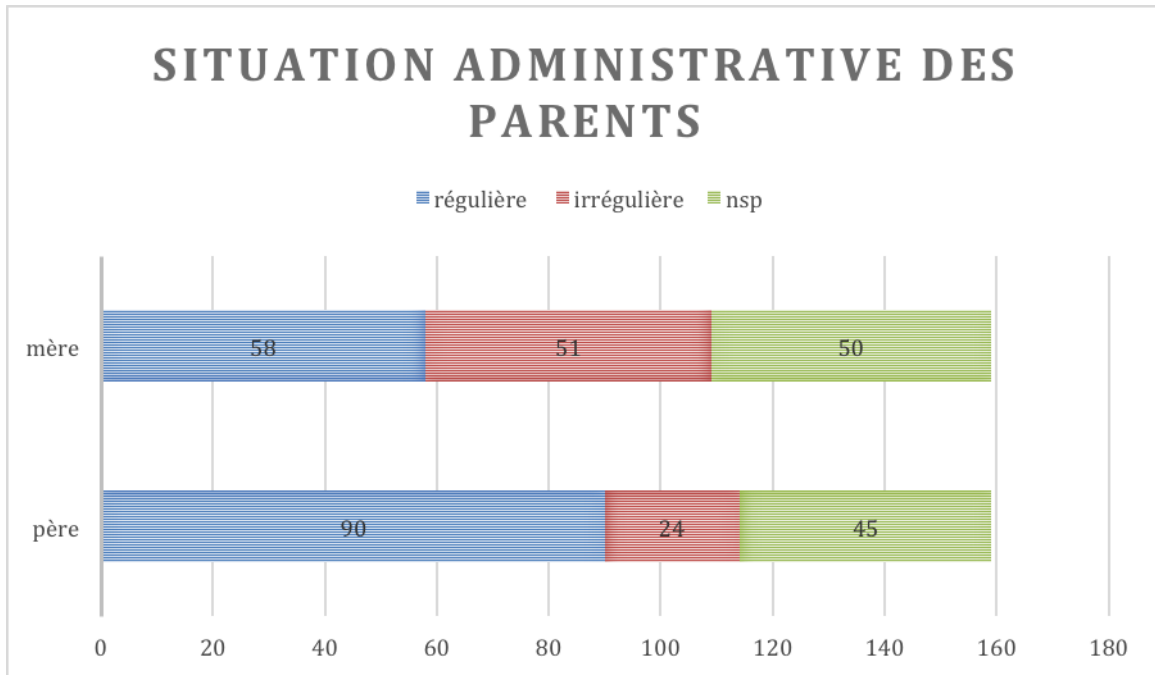


Figure 6 : Situation administrative des parents

La situation administrative est résumée dans la figure 6.

32.08 % des mères sont en situation irrégulière, la situation administrative n'est pas connue pour 31.4% des mères.

15.09% des pères sont en situation irrégulière.

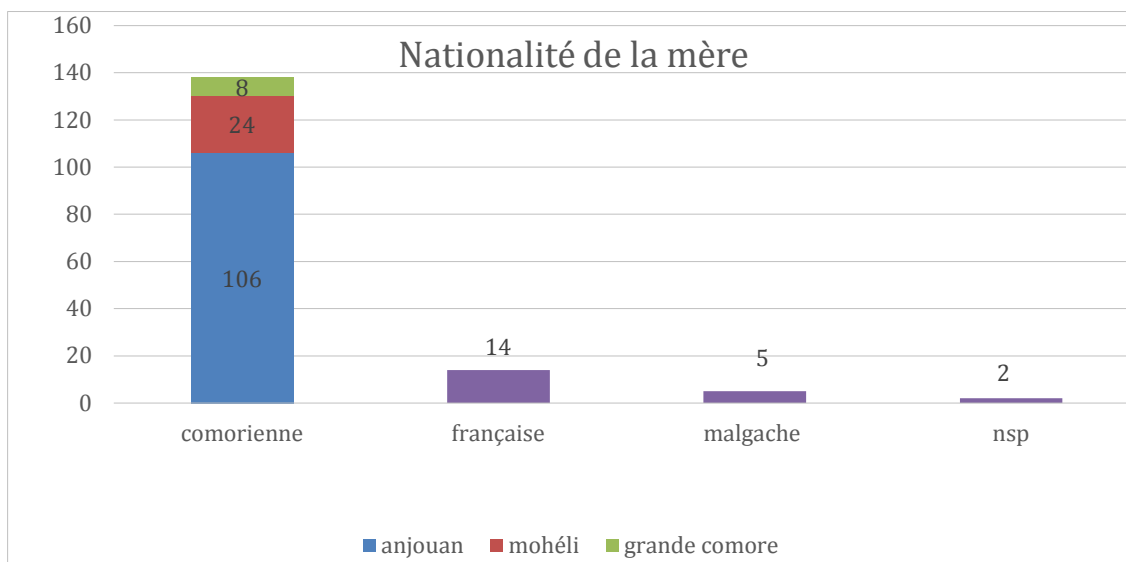


Figure 7 Nationalité de la mère

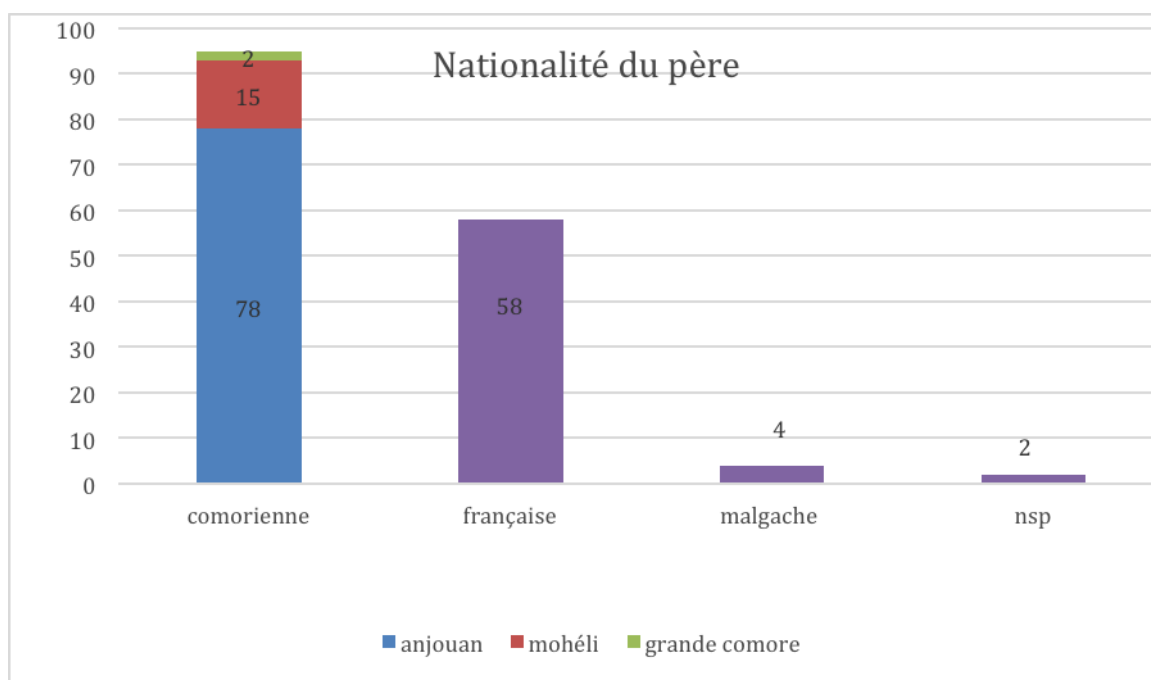


Figure 8 Nationalité du père

59.75% (n=95) des pères sont de nationalité comorienne. 86.7% (n= 138) des mères sont de nationalité comorienne. Les figures 7 et 8 reprennent la nationalité des parents.

42.1% des parents avaient une origine géographique mixte (île ou pays différent).

Les lieux de résidence des parents sont résumés dans la figure 9.

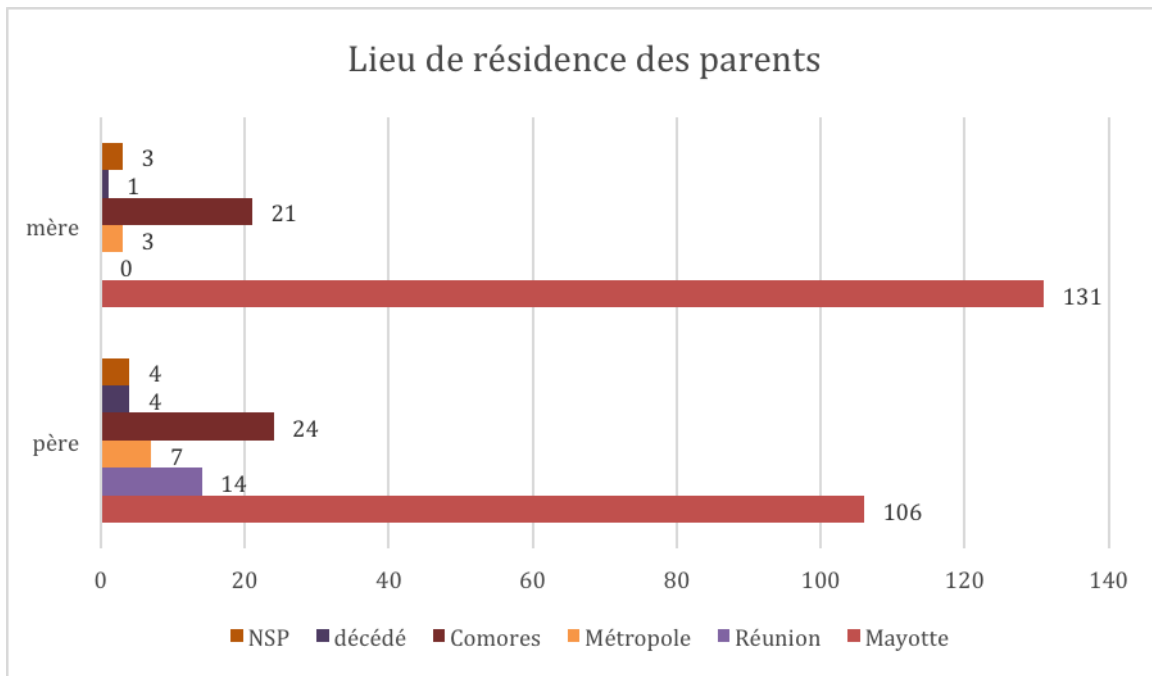


Figure 9 : Lieu de résidence des parents

Au total, 32.1% des pères et 15.7% des mères vivent hors Mayotte.

Adulte responsable du mineur

La figure 10 résume sous la responsabilité de quel majeur se trouve le mineur.

Nous partons du postulat que la personne qui héberge l'enfant chez elle est responsable de l'enfant à Mayotte.

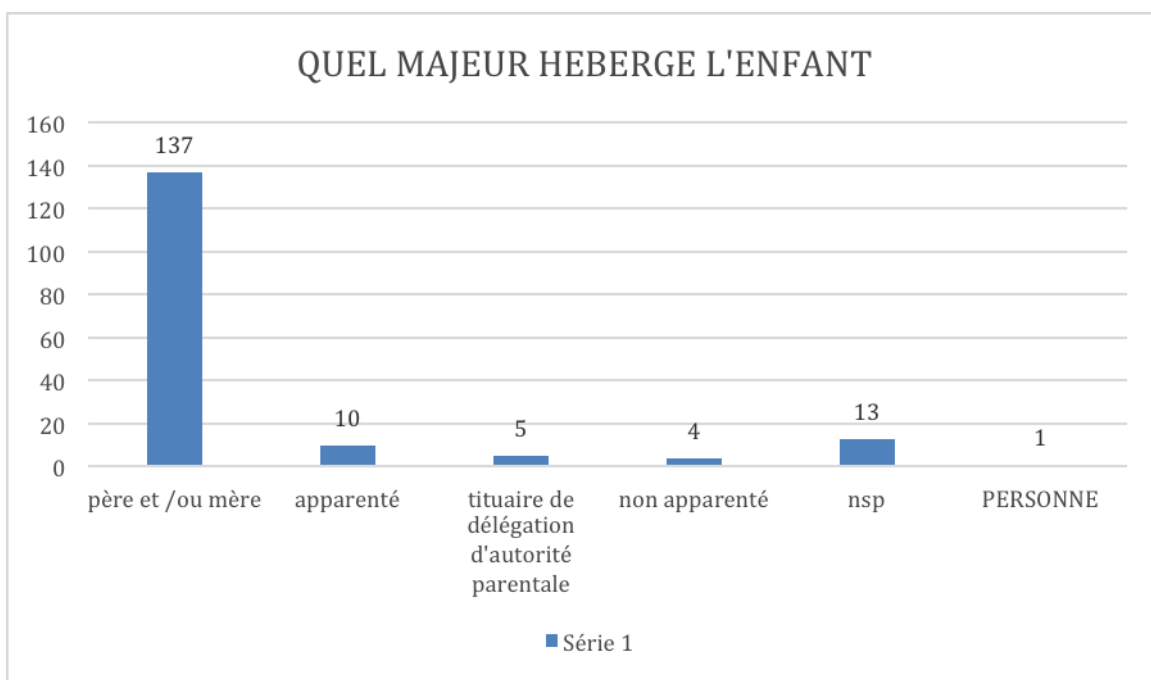


Figure 10 : majeur hébergeant le patient

Dans la majorité des cas (86.2 %, n=137), le mineur était hébergé par un de ses parents. 3.1% (n=5) des enfants étaient hébergés par un adulte titulaire de l'autorité parentale par délégation. 6.3% (n=10) étaient hébergés par un apparenté sans autorité parentale. 2.5% (n=4) étaient hébergés par un adulte non apparenté sans autorité parentale (voisins, amis) Seul un mineur (1.26%) n'était hébergé par aucun adulte.

9.43 %(n=15) des mineurs étaient isolés, au sens retenu par l'OFPRA c'est-à-dire sans représentant légal sur le territoire.

DONNÉES SOCIALES

Accès eau potable et électricité

Les tableaux 4 et 5 résument l'accès à l'eau courante et à l'électricité de la population étudiée.

Tableau 4: Raccordement à l'eau

eau courante	Nombre	Pourcentage	IC 95%
OUI	104	65,41	58-72,8
NON	53	33,33	26-40,7
NSP	2	1,26	0-3
Total général	159	100,00	

Tableau 5 : Raccordement à l'électricité

Electricité	Nombre	Pourcentage	IC 95%
Oui	139	87,42	82,3-92,6
Non	18	11,3	6,4-16,2
NSP	2	1,26	0-3
Total général	159	100,00	

Un tiers des patients inclus n'avaient pas accès à l'eau courante à leur domicile et 11.3% des patients n'avaient pas de raccordement à l'électricité.

Scolarisation

La figure 11 résume l'accès à la scolarisation des patients inclus âgés de 6 à 16 ans, soumis à l'obligation d'instruction.

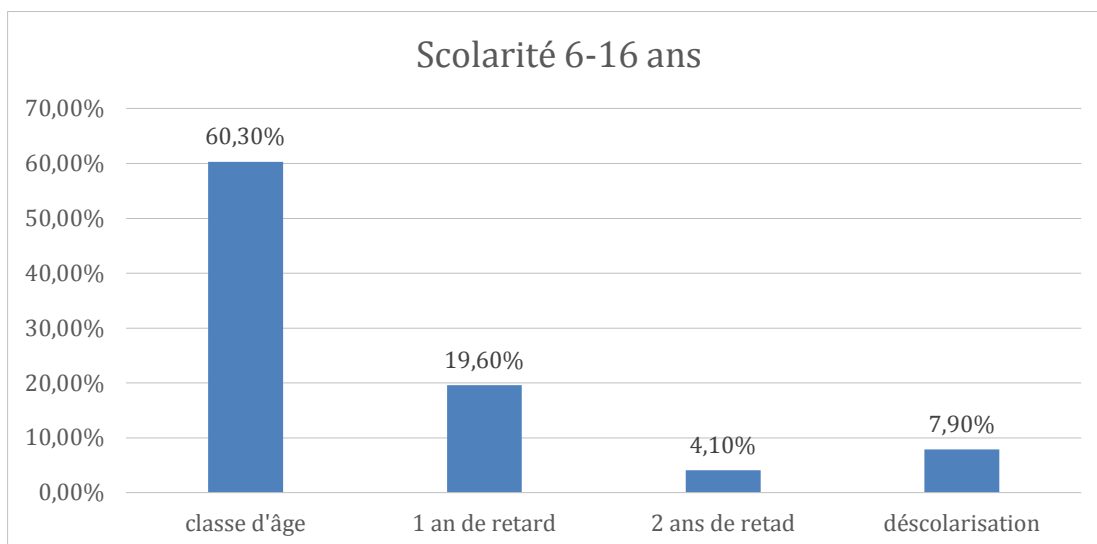


Figure 11 : scolarisation des enfants âgés de 6 à 16 ans

84% des patients soumis à l'obligation d'instruction étaient scolarisés. Les données sont inconnues pour 9.1% des patients.

DONNÉES SANITAIRES

Motif de consultation

La figure 12 regroupe les motifs de consultation des patients inclus.

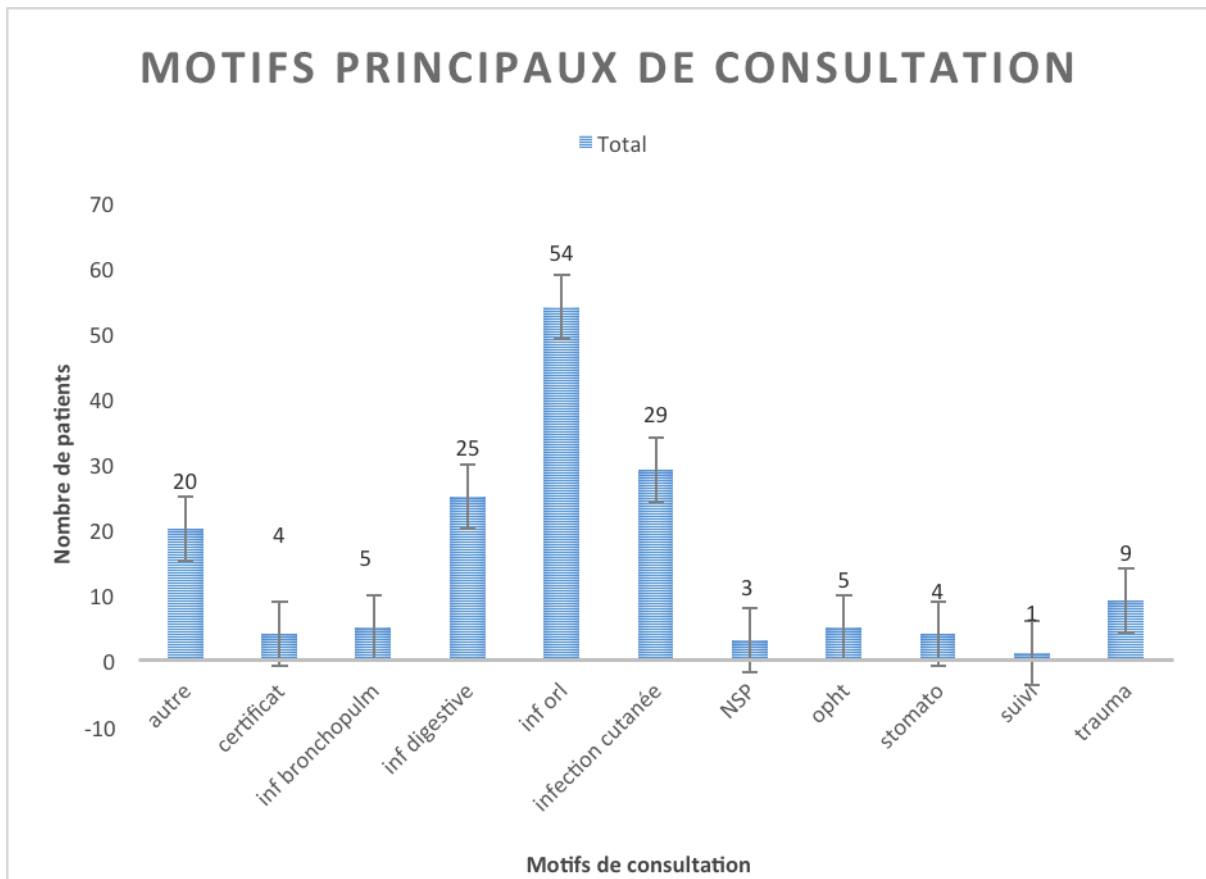


Figure 12 : motifs de consultation

La majorité des consultations était secondaire à une infection ORL (34%), principalement des rhino-pharyngites ; cutanée (18,2%) principalement staphylococcies, abcès et atteintes mycologique ou digestives (15.7%), principalement gastro-entérites aiguës.

Dernière consultation

78% des enfants avaient déjà consulté dans l'année précédant la consultation du jour du recueil (PMI, dispensaire, urgences, médecin privé).

10.7% n'ont pas eu de consultation dans l'année et les données étaient inconnues pour 11.3% des patients.

Affiliation à la sécurité sociale

Le tableau 6 et la figure 13 résument l'affiliation à la Sécurité Sociale et les patients affiliables.

Tableau 6 : Affiliation à la sécurité sociale

affiliation CSSM	Nombre	pourcentage
Oui	81	50,94%
Non	69	43,40%
Non recueilli	9	5,66%
Total général	159	100,00%

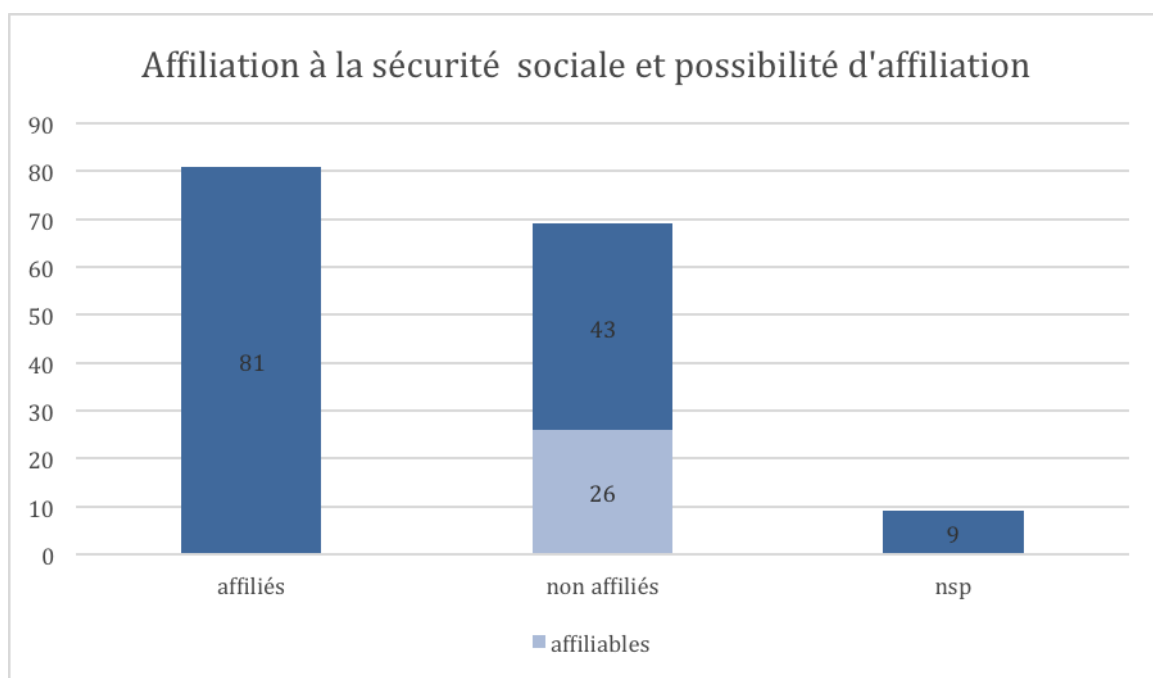


Figure 13 Affiliation à la sécurité sociale et possibilité d'affiliation

26 patients, soit 16.25 % du total des patients avaient au moins un parent en situation régulière et n'étaient pas affiliés.

Ce chiffre représente 37% du total des patients non affiliés.

Règlement de la consultation

Le tableau 7 et la figure 14 résument les procédures de règlement des consultations en fonction de l'affiliation à la CSSM.

sécurité sociale	Nombre	Pourcentage	Intervalle de confiance à 95%
Affilié	81	50,94%	43,2-58,7
paiement 10e	3	1,89%	0-4
Gratuité	78	49,06%	41,3-56,8
non affilié	69	43,40%	35,7-51,1
paiement 10e	47	29,56%	22,5-36,7
Gratuité	17	10,69%	5,9-15,5
Inconnu	5	3,14%	0,4-5,9
Inconnu	9	5,66%	2,1-9,3
paiement 10e	1	0,63%	0-1,19
NSP	8	5,03%	1,6-8,4
Total général	159	100,00%	

Tableau 7 : Affiliation CSSM et paiement de la consultation

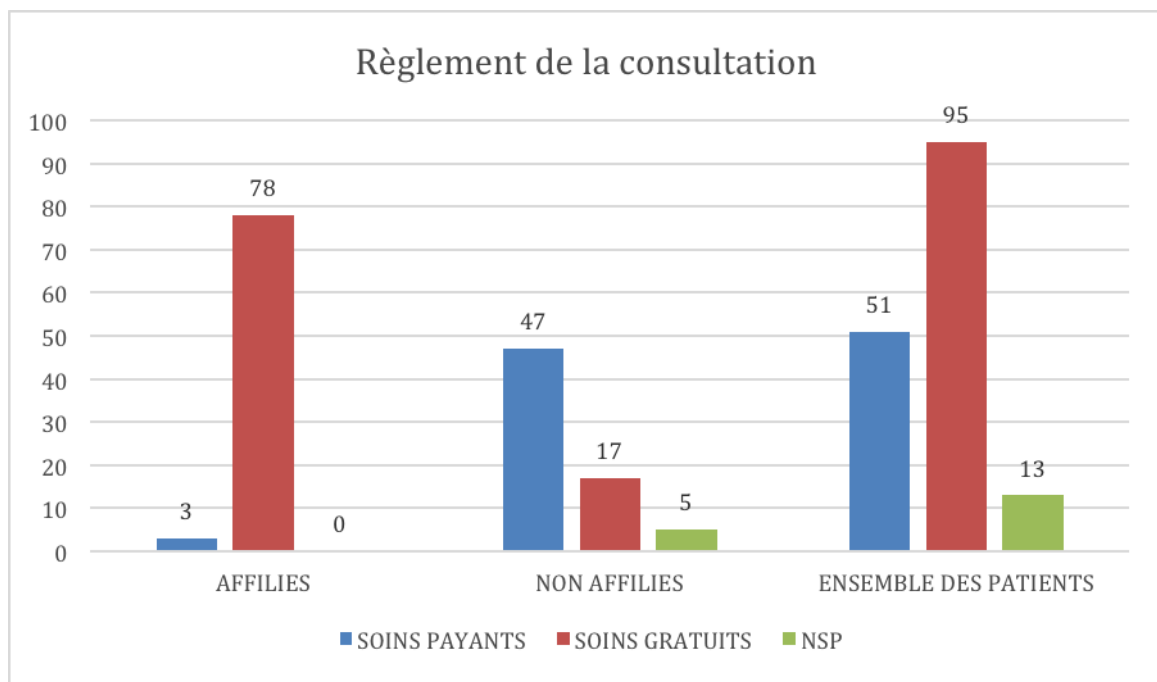


Figure 14 : Règlement de la consultation selon les patients

32.1% (IC95% = 24.8 - 39.4) de l'ensemble des patients avaient réglé la somme de 10 euros de frais de consultation.

59.6% (IC95% =52 - 67.2) de l'ensemble des patients avaient eu des soins gratuits. Les données n'ont pas été recueillies pour 8.2% des patients.

68.1% (IC 95%=60.9-75.3) des patients non affiliés avaient réglé les frais de consultation de dix euros.

Vaccinations

Tableau 8 : Vaccinations

BCG	Nombre	Pourcentage%	IC95%
à jour	113	71,07	64-78,1
non vacciné	8	5,03	1,6-8,4
Retard	3	1,89	0-4
Nsp	35	22,01	15,6-28,5
Total général	159	100,00	
Vhb	Nombre	Pourcentage %	
à jour	116	72,96	66,1-79,9
non vacciné	8	5,03	1,6-8,4
Retard	1	0,63	0-1,9
Nsp	34	21,38	15-27,8
Total général	159	100,00	
DTP	Nombre	Pourcentage %	
à jour	100	62,89	55,4-70,4
non vacciné	2	1,26	0-3
retard	29	18,24	12,2-24,2
Nsp	28	17,61	11,7-23,5
Total général	159	100,00	
coqueluche	Nombre	Pourcentage %	
à jour	95	59,75	52,1-67,4
non vacciné	8	5,03	1,6-8,4
retard	25	15,72	10,1-21,4
Nsp	31	19,50	13,3-25,7
Total général	159	100,00	
pneumocoque	Nombre	Pourcentage%	
à jour	65	40,88	33,2-48,5
non vacciné	48	30,19	23,1-37,3
retard	13	8,18	3,9-12,4
Nsp	33	20,75	14,4-27,1
Total général	159	100,00	
ROR	Nombre	Pourcentage %	
à jour	83	52,20	44,2-60
non vacciné	9	5,66	2,1-9,3
retard	15	9,43	4,9-14
Nsp	30	18,87	12,8- 25
non concerné	22	13,84	8,5-19,2
Total général	159	100,00	

BCG

En comptabilisant seulement les données recueillies (présence de carnets lisibles non

endommagés), sur 124 patients, 91,1% étaient à jour, 6.4% étaient non vaccinés et 2,4% avaient un retard vaccinal.

Hépatite B

Sur les 125 patients pour lesquels les données ont été récoltées, le taux de vaccination à jour était de 92.8%, un patient avait un retard vaccinal et 6.4% des patients étaient non vaccinés.

DTPC (diphtérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche)

Les données étaient disponibles pour 131 patients. 76.3% des patients étaient à jour, 1.53 % (2 patients) n'étaient pas vaccinés, 22% présentaient un retard vaccinal.

Pneumocoque

Les données étaient disponibles pour 126 patients.

51.8% étaient à jour, 38.1% n'étaient pas vaccinés, 10,3% étaient en retard.

ROR (rubéole-oreillons-rougeole)

77,4% des patients concernés pour lesquels les données étaient disponibles étaient à jour. 8.4% n'étaient pas vaccinés et 14% en retard

Etat nutritionnel

69 patients de moins de 5 ans étaient concernés par l'évaluation nutritionnelle.

2.9% avaient un rapport entre -2DS et -3DS c'est à dire souffrant de malnutrition aigüe modérée.

1.45% soit un patient avait un rapport P/T > -3DS c'est à dire une malnutrition aigüe sévère.

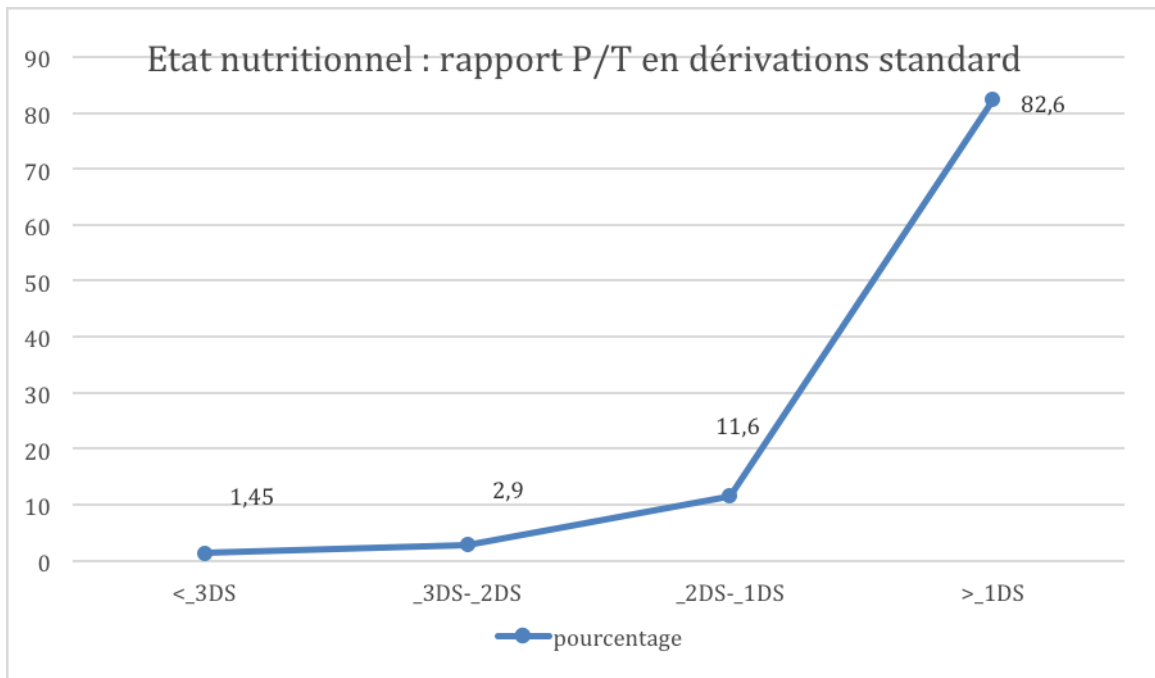


Figure 15 : Etat nutritionnel de la population étudiée

Etat bucco-dentaire

L'état bucco-dentaire a pu être examiné pour 129 patients. 27.9% présentaient des dents cariées, absentes ou obstruées (index CAO/co positif)

Retard à la consultation

24 patients (15.09%) présentaient un retard de recours aux soins pour l'épisode les emmenant à consulter.

Parmi eux 14 (58.3%) n'étaient pas affiliés à la sécurité sociale.

Les raisons citées étaient les difficultés de déplacement et le manque d'argent pour payer la provision ou pour se déplacer.

Devenir

La figure 16 résume le devenir des patients après la consultation avec une grande majorité (91,2%) rentrant à domicile.

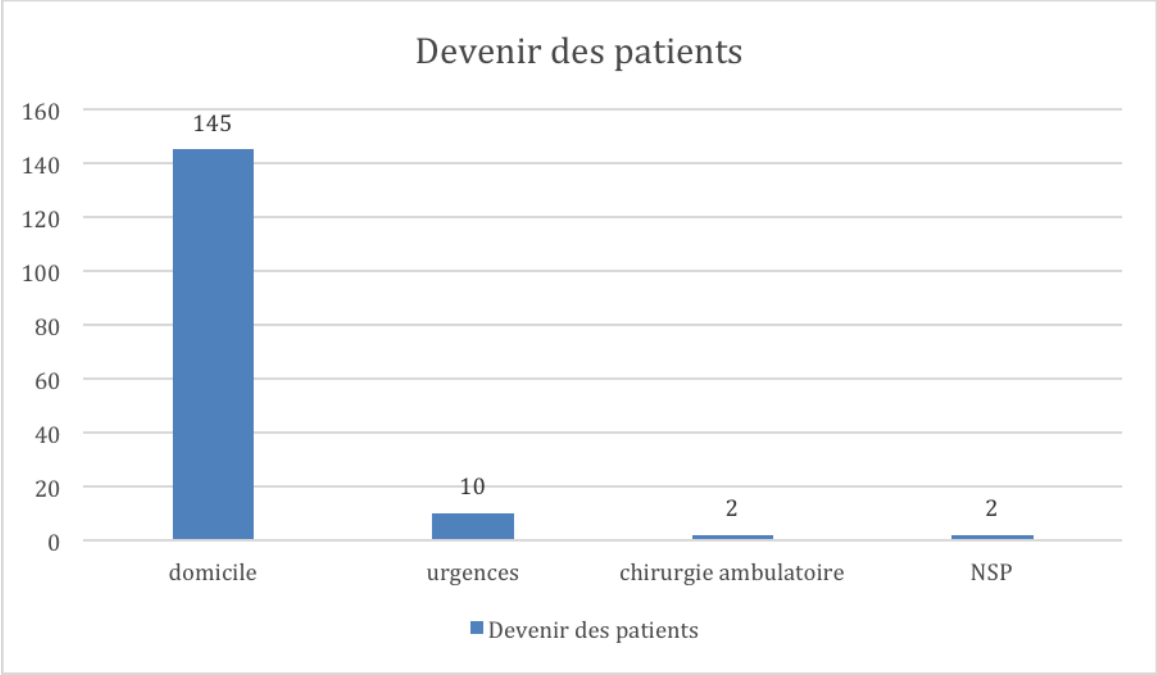


Figure 16 : Devenir des patients . chirurgie ambulatoire : prise en charge chirurgicale directe des abcès

DISCUSSION

CHOIX DU QUESTIONNAIRE

Nous avons choisi d'adapter le questionnaire du recueil de données de Médecins du Monde. (cf. annexe). Il permet en effet dans le temps limité d'une consultation de recueillir des informations standardisées, exploitables de manière statistique. La faisabilité et la reproductibilité du questionnaire ont déjà été éprouvées, Médecins du monde étant implanté à Mayotte depuis 2009. Concentré sur l'accès aux soins et sur les grandes problématiques de santé publique telles que la malnutrition, la précarité de l'habitat, la vaccination, il nous a semblé pertinent de l'utiliser pour notre recueil de données. Il nous permet d'avoir une idée comparative de la population vue par Médecins du Monde et la population ayant accès aux soins du secteur publics par l'intermédiaire du dispensaire.

Le volet social a été adapté pour pouvoir être complété dans le temps limité d'une consultation. En effet, le temps de consultation est bref de l'ordre de dix-quinze minutes et le recueil d'information a du s'intégrer dans ce temps.

A Médecins du Monde, le recueil social se fait par des intervenants sociaux, avant la consultation médicale. Le nombre de consultations est limité et se fait à trois : une infirmière, le médecin et le traducteur, laissant le temps de compléter de manière exhaustive toutes les informations.

Une évaluation de l'état bucco-dentaire, avec l'index CAO/co a été simplifiée pour raisons de faisabilité : n'a été recueillie que la présence ou non de dents cariées, obturées ou absentes pour cause de carie.

Les quinze jours de pré-étude en juillet ont permis d'adapter ce recueil pour le rendre faisable dans le contexte très particulier du dispensaire : consultations nombreuses et rapides (25 à 35 consultations de 7h30 à 14h)

PRINCIPAUX RESULTATS

Les principaux résultats que l'on peut dégager de cette étude sont :

- 80% des patients sont nés à Mayotte donc pourront accéder à la nationalité française à leur majorité (sous condition de répondre à certains critères, droit du sol).

- un accès à la santé difficile : 43.3% des patients ne sont pas affiliés à la sécurité sociale. Parmi eux, 32,7% de ces patients devraient être affiliés du fait de leur situation administrative.
- une précarité administrative certaine : 32% des mères sont en situation irrégulière, 15% des pères.
- une obligation d'instruction non respectée : 7.9% des patients entre 6 et 16 ans ne sont pas scolarisés alors que la loi française impose l'instruction pour tous mineurs âgés de 6 à 16 ans
- des conditions de vie précaire : un tiers des patients n'a pas accès à l'eau courante à leur domicile
- des conséquences sanitaires inévitables : les patients sont atteints d'infections ORL, cutanées et digestives en premier lieu.
- une couverture vaccinale non optimale : comprise entre 51,8% et 92,8 % selon les vaccins
- un recours au soin retardé chez près d'un patient sur six.

FORCE ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Force de l'étude

Cette étude est à notre connaissance la première à effectuer un état des lieux sur l'état sanitaire et social des mineurs consultant en centre public de soins primaires.

Cette étude a l'originalité de recueillir des données quantitatives de manière prospective chez des patients en centre de soins primaire de dispensaire. Si des données épidémiologiques sont disponibles, elles sont anciennes (Nutrimay 2007, INSEE 2012) et aucune ne se déroule en soins primaires.

Le recueil est prospectif chez tous les mineurs vus dans des conditions permettant le recueil.

Il permet de compiler des données sociales et médicales, permettant de dégager des liens entre conditions de vie et état de santé.

Limites de l'étude

Biais de sélection :

Notre échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble de la population des mineurs consultant en soins primaires publics à Mayotte.

En effet, afin d'assurer une bonne qualité de remplissage des questionnaires et une homogénéité de notre recueil, ce dernier a été réalisé de façon non exhaustive par un médecin

participant à cette étude, dans sa salle de consultation dans un dispensaire du chef-lieu de Mayotte. Le taux d'exhaustivité est donc faible.

Biais de recueil

Il existe également une grande proportion de données non recueillies du fait de carnets de santé détériorés, perdus, d'informations non ou peu lisibles...

Biais déclaratif

Il existe également un biais déclaratif du fait du recueil de données faisant suite à l'interrogatoire de chaque patient.

DONNÉES SOCIALES ET SANITAIRES INTRICUÉES

Situation administrative

79.8% des enfants sont nés à Mayotte. La durée moyenne de séjour à Mayotte est de 5.7 ans. Ces enfants peuvent donc prétendre dès l'âge de treize ans à la nationalité française avec l'accord parental, le droit du sol s'appliquant à Mayotte. Il nécessite cinq ans sur le territoire, d'être né sur le territoire et d'en faire la demande à treize ans avec l'accord des parents ou à seize ans sans leur accord. La grande majorité de ces patients est donc probablement composée de futurs citoyens français.

Le rapport d'activité de Médecins du Monde de 2013 fait quant à lui part de 90% de naissance à Mayotte.

L'acquisition de la nationalité française par le droit du sol est relativement récente à Mayotte, par la loi du 22 juillet 1993 entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1994, pour les enfants à naître ou mineurs à cette date, soit nés après le 31 décembre 1975. (35)

A plusieurs reprises, le droit du sol est remis en cause notamment en 2005, 2008, 2014 par Messieurs Estrosi et Baroin.

Mais l'anti constitutionnalité d'une réforme du droit civil dans un département a été établie en 2008 (36) (37). L'actuel premier ministre Manuel Valls refuse à l'heure actuelle de se prononcer pour une remise en cause de ce droit du sol.

Actuellement, ces mineurs sont confrontés à des difficultés non pas liées à leurs droits, mais à ce que N. Roinsard appelle des pratiques d'obstruction (37) : nécessité de présenter depuis 2013 une pièce d'identité sécurisée, à savoir carte d'identité ou passeport comorien

biométrique pour pouvoir faire la demande de nationalité. L'absence de représentation consulaire comorienne à Mayotte induit la nécessité d'effectuer un voyage aux Comores : la préfecture délivre des sauf-conduits « laisser-passer », mais souvent le voyage doit se faire de manière illégale, avec l'inévitable retour en kwassa-kwassa. Pour le GISTI, ces pratiques sont condamnables par la Cour européenne des droits de l'homme (35).

Ces difficultés pour accéder au droit, ici à la nationalité française sont des freins pour l'accès à la santé et à l'éducation.

Le long parcours pour obtenir cette nationalité garantie par le droit français se traduit par un maintien dans l'illégalité pendant une période cruciale.

Jusqu'à l'obtention de papiers, l'enfant n'est pas affilié à la sécurité sociale, il rencontre des difficultés pour s'inscrire dans les établissements scolaires, à un âge charnière où les projets de vie de ces adolescents se décident en quelques mois : abandon d'une orientation scolaire, frein à l'accès à l'enseignement supérieur...

Si près de 60% des pères sont Comoriens, c'est 86.7% des mères qui sont comoriennes, principalement d'Anjouan. 42% des parents sont originaires d'îles différentes. Ces tendances reflètent deux éléments : la réalité ancienne mais toujours bien présente de circulation entre les îles avec des mariages « mixtes » qui semblent être une norme. Cela reflète la complexité politique de cette frontière administrative entre des îles que l'histoire unit, ayant pour conséquence le morcellement d'un territoire(13).

L'écrasante majorité de femmes venant d'Anjouan interroge : elle figure le « marché matrimonial » auquel se livrent ces femmes qui acquièrent un statut social par la succession de mariages entérinés par une grossesse. Si le taux de fécondité des femmes mahoraises est de 3.4 , il est de 6.4 pour les femmes nées aux Comores au recensement de 2007(1).

15% des pères et 32% des mères, sans prendre en compte le tiers de patients dont les données n'ont pas pu être recueillies sont en situation irrégulière.

S'en suivent des difficultés de prise en charge de leur enfant, avec un recours au soin probablement plus tardif. On peut également penser que la peur de l'arrestation entraîne des conduites d'évitement : l'administration étant centralisée à Mamoudzou, il existe une véritable frontière dans l'île. La peur des interpellations entraîne des difficultés d'accès au droit et pour la réalisation des formalités fastidieuses nécessaires à une régularisation. Les déplacements dans l'île sont souvent vus comme un danger, avec la demande fréquente de réalisations de certificats médicaux « anti – PAF ».

Cette précarité de statut, avec la peur incessante d'un « renvoi à Anjouan » retentit sur la

santé des enfants.

Mineurs isolés

32.1% des pères et 15.7% des mères vivent hors Mayotte : c'est donc 32.1% de patients qui vivent sans leur père et 15.7% sans leur mère sur le territoire.

Les 9.43% d'enfants séparés de leurs deux parents répondent au statut de mineurs isolés selon l'office de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) (4): à savoir l'absence de représentant légal ou de parents sur le territoire. Ils sont en situation de précarité de par leur isolement, car l'accès aux soins, à l'éducation, à la sécurité affective et morale n'est pas garantie : déplacements de tuteurs en tuteurs, mariage précoces, difficultés d'inscription à l'école en l'absence de délégation d'autorité parentale.

Parmi les mineurs considérés comme isolés selon le sens retenu par l'OFPRA, différentes situations sont rencontrées et correspondent à différents degrés d'isolement.

Le rapport de David Guyot recense environ trois mille mineurs sans représentant légal sur le territoire. Notre étude, en centre de soins payants en recense quinze. Un seul fait partie de la catégorie en grand danger, à savoir sans aucun adulte référent.

Il est intéressant de comprendre les parcours de soins des mineurs isolés en situation de fragilité : en annexe, nous joignons quelques récits de vie



Figure 17: panneau d'affichage interpellant Manuel Valls lors de sa visite à Mayotte, Collectif Tonpetitdom , juin 2015 (photo personnelle)

Ainsi un des enfants rencontrés en consultation, était présent depuis 9 mois sur le territoire, non scolarisé, et encore sans rattrapage vaccinal. D'abord confié dans une famille, il a été ensuite transféré dans une autre, à l'autre bout de l'île. Toutes les démarches ont dues être reprises.

Il semble important de replacer ces situations dans le contexte culturel de l'île où cohabite le système traditionnel avec le monde moderne. Ces modèles sont de plus en plus sous tension à mesure que s'accélère le processus de rattrapage avec le monde occidental. Ainsi le fosterage, pratique consistant à confier les enfants à des tiers, le plus souvent membres de la famille persiste toujours .Le fosterage est une pratique courante dans de nombreux pays d'Afrique sub-saharienne, en Inde, à Haïti et aux Comores.

Aussi appelé confiage, il consiste à prêter les enfants biologiques, pour une durée plus ou moins longue à des proches : tante stérile, cousin, maîtres coranique. Il existe une tradition comorienne de circulation des enfants entre les îles et au sein de chaque île.

La problématique des mineurs isolés doit être lue à travers le prisme de la parentalité propre à la société des Comores : la parentalité est classificatoire avec un partage de l'autorité parentale, bien loin de nos familles nucléaires occidentales. Les prêts d'enfants sont courants, avec une connaissance tardive de la situation, parfois à l'âge adulte. Le prêt d'enfant se fait parfois pour assurer la continuité du groupe, dans le cas de femmes stériles. On a en effet une société matrilineaire. Le confiage se fait aussi pour apporter une aide matérielle, pour réparer une dette ancienne. On a aussi des enfants confiés à un parent du fait du dénuement extrême des parents biologiques.

Ainsi, on différencie la mère qui a donné la vie de la mère qui a élevé , et de la mère qui a marié (38).

La situation entre Mayotte et les Comores est également propice à la circulation d'enfants entre les îles : enfants comoriens confiés à de la famille mahoraise pour accéder à l'école française ou au système de santé, pour « offrir un avenir meilleur».

Si le contexte socio-historique permet de comprendre les principes de cette parentalité parfois fort différente de la conception occidentale, il en reste que ces mécanismes peuvent être source de fragilité voire de mise en danger ; quand les soins sont suspendus, les vaccinations non réalisées, l'enfant déplacé de sa famille d'origine pour d'hypothétiques soins de santé réputés meilleurs. Son bien-être est remis en cause et la question de l'intérêt supérieur de l'enfant entre en jeu.

L'histoire de cette jeune fille (cf. annexe 4), mineure, mariée de manière traditionnelle à un homme de quinze ans son aîné pose question : sans hésitation, elle arguait de son mariage et de sa parenté précoce pour bénéficier de la nationalité française : elle était née sur le territoire mahorais, puis rentrée plusieurs années aux Comores avant un retour à Mayotte. Son enfant, né à Mayotte, bénéficiait -du fait du double droit du sol - de la nationalité française, et elle - même d'un titre de séjour en tant que parent d'enfant français.

Ce « marché matrimonial » interroge lorsqu'il concerne des mineures, dont la seule porte de sortie est la parentalité.

Scolarité

Sur le plan de la scolarisation, les 8% de 6-16 ans déscolarisés sont une atteinte au droit fondamental et à l'obligation légale d'instruction (article 28 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant signée par la France en 1990, circulaire n°2002-063 du 20 mars 2002 de l'éducation nationale).

Près d'un enfant sur 4 a au moins une année scolaire de retard, ce qui interpelle sur l'utilité et les modalités de redoublement :

56% des jeunes de 15 à 29 ans selon le recensement de l'INSEE en 2012 sont sortis sans diplôme qualifiant, contre 19% en métropole. (1)

Les lacunes de l'enseignement primaires et secondaires sont également mises en exergue par le taux d'échec en première année de licence qui avoisine les 90% (20).

Affiliation à la sécurité sociale

43% des enfants ne sont pas affiliés à la sécurité sociale. Parmi eux, 37% soient 16.2% de l'ensemble de ces patients ont au moins un parent en situation régulière et sont donc au regard de la loi affiliable à la sécurité sociale.

On a affaire ici à une « politique des guichets » (23), où la complexité des démarches administratives est le principal obstacle à l'accès au droit ,et donc un moyen de régulation.

Un des freins à l'accès à la sécurité sociale pour certains mineurs affiliables a été l'exigence d'un «RIB » à savoir un compte bancaire ouvert au nom du parent de l'enfant, compte impossible à ouvrir pour des parents en grande précarité, sans salaire et sans maîtrise des démarches à effectuer.

Un assouplissement a été observé courant 2014 , avec la possibilité de ce que Médecins du

monde dénonce comme une « demi-affiliation » : à savoir la prise en charge des frais hospitaliers (dispensaire compris) mais excluant le patient des soins ambulatoires privés comme orthophonie, kinésithérapie, soins dentaires, transports sanitaires.

Pour les mineurs sans majeur ayant l'autorité parentale, l'affiliation directe n'est pas d'actualité, malgré quelques cas portés au tribunal et qui devraient faire jurisprudence (24) et malgré l'interpellation du Défenseur des Droits à ce propos (14).

Par ailleurs, la situation des mineurs qui ont acquis la nationalité française du fait du droit de sol est aussi inextricable : leurs parents, en situation irrégulière ne sont pas affiliés. Ainsi, ces enfants bien que Français se retrouvent sans couverture sociale. Cela dure des mois, voire des années tant les difficultés administratives sont grandes pour obtenir titre de séjour puis une affiliation(36)

68% des non affiliés à la caisse de sécurité sociale ont réglé les frais de consultations, de dix euros. La facturation de dix euros date de l'avènement de la sécurité sociale en 2006, nivelée sur le prix d'une consultation aux Comores : rester plus « cher » pour éviter « l'appel d'air » de migrants venant pour soins. (23)

Depuis 2012 et l'ordonnance du 31 mai cette facturation des soins paraît dans les limites de la légalité. Cependant, le flou laissé dans l'appréciation de la notion de précarité par l'absence de seuil de revenus défini permet toutes les interprétations et toutes les pratiques.

Ainsi le témoignage de médecins du monde (rapport d'activité 2013) où le médecin note dans le carnet de santé de l'enfant « devra payer la prochaine fois, madame semble avoir les moyens »...(24)

L'accès aux soins est pourtant garanti par différents textes, ratifiés au niveau international, européen et national. La Convention Internationale des Droits de l'Enfant, signée en 1989 stipule dans l'article 3 que les Etats parties se doivent d'assurer la protection et les soins nécessaires au bien-être de l'enfant. Le droit de disposer d'un accès aux soins est rappelé dans l'article 24.(39) (40) (41). L'article 26 est éloquent sur le droit à une protection sociale : « *Les Etats parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale.* »

La Charte Sociale Européenne, qui date de 1961, révisée en 1996 indique clairement dans ses articles 7 et 17 que tous les enfants sans distinction doivent pouvoir bénéficier de soins de

santé, y compris les enfants d'immigrés clandestins ou sans papiers. (42)

Au niveau national, le Code de Santé publique rappelle dans l'article 2002-303 ces principes d'accès à la santé, à la Couverture sociale, de non-discrimination précédemment établis par les textes internationaux.

Il est clair que l'absence de dispositif CMU, CMU-c et AME empêchent l'application de ces textes à Mayotte.

L'impossibilité d'affilier directement un enfant à la sécurité sociale achève de rendre difficile toute prise en charge sanitaire satisfaisante pour ces mineurs.

La mise en place de la CMU-c et de l'AME n'est toujours « pas d'actualité »

Un peu plus de 15 % des patients présentent un retard à la consultation. Parmi ces vingt-quatre patients, quatorze ne sont pas affiliés à la sécurité sociale. Les patients citent, comme dans les rapports de médecins du monde que l'un des freins à la consultation est le coût du transport et de la consultation. En effet, le dispensaire de Jacaranda couvre une zone assez vaste jusqu'au fond du quartier de Kaweni. Le coût du taxi pour une mère, qui vient souvent accompagnée de plusieurs de ses enfants est prohibitif. La peur de se déplacer se rajoute souvent. L'intérêt de développer des soins primaires de proximité paraît d'autant plus grand. Le travail du Dr Pansard(43), l'enquête de Florence et Al de 2007 (15) relèvent le coût des soins comme facteur d'inobservance et de renoncement aux soins

Motif de consultation, corrélation avec l'habitat précaire

Si dans une population pédiatrique de soins primaires, il n'est pas étonnant de voir les infections ORL et broncho-pulmonaires dans les premiers motifs de consultation, la proportion très importante d'infections dermatologiques pose question.

Les staphylococcies, abcès, infection fongiques sont corrélables à des conditions de vie précaires.

Les difficultés d'accès à l'eau, la promiscuité, le climat chaud et humide sont des facteurs explicatifs de ces infections.

Si un patient sur trois dans notre étude n'a pas accès à l'eau courante à son domicile et 11% n'ont pas d'électricité, les conditions de vie sont en amélioration. Selon l'Insee, au recensement de 2012, désormais 70% des ménages ont accès à l'eau à l'intérieur de leur logement, contre 38 % en 2007. (1)

Une réhabilitation de l'habitat est une des premières mesures de santé publique que l'on peut

espérer.

Dans les années à venir, certains quartiers de Mayotte, Kaweni qui est qualifié de « plus grand bidonville de France », La Vigie et Magicavo Koropa doivent bénéficier de financements colossaux de l'ANRU (agence nationale de rénovation urbaine) dans le cadre d'un vaste programme national de rénovation des villes. Les priorités devraient être données à l'assainissement, au raccordement aux réseaux d'électricité et d'eau potable.

Couverture vaccinale

Âges	Calendrier vaccinal général	Calendrier vaccinal en Guyane	Calendrier vaccinal à Mayotte
Nais sance	BCG (enfants à risque)	BCG, HépB (1)	BCG, HépB (1)
2 mois	DTCaP Hib (1), HépB (1) Pn13 (1)	DTCaP Hib (1), HépB (2) Pn13 (1)	DTCaP Hib (1), HépB (2) Pn13 (1)
4 mois	DTCaP Hib (2), HépB (2) Pn13 (2)	DTCaP Hib (2) Pn13 (2)	DTCaP Hib (2) Pn13 (2)
11 mois	DTCaP Hib (rappel), HépB (rappel) Pn13 (rappel)	DTCaP Hib (rappel), HépB (rappel) Pn 13 (rappel)	DTCaP Hib (rappel), HépB (rappel) Pn 13 (rappel)
12 mois	ROR (1), Méningocoque C	FJ, ROR (1)	ROR (1), Méningocoque C
16-18 mois	ROR (2)	ROR (2), Méningocoque C	ROR (2)

(1) : 1^{re} dose
(2) : 2^e dose
- DTCaP : vaccin contre diphtérie, tétanos, coqueluche acellulaire et poliomyélite
- Hib : vaccin contre *Haemophilus influenzae b*
- HépB : vaccin contre l'hépatite B
- Pn13 : vaccin pneumococcique conjugué 13 valent
- FJ : vaccin contre la fièvre jaune
- ROR : vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole

Figure 18:(spécificités du calendrier vaccinal à Mayotte et en Guyane 0-2 ans. source INPES http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_2015.pdf)

BCG

91% des patients dont les données ont pu être recueillies sont vaccinés contre le BCG.

Selon l'OMS, la couverture vaccinale dans les pays dont le BCG fait partie des programmes de vaccination de l'OMS est de plus de 80% (44).

L'OMS recommande la vaccination des enfants dans les régions où la morbidité liée à *mycobacterium tuberculosis* est élevée.

Le vaccin ne prévient ni la primo infection et a une efficacité incertaine sur la tuberculose pulmonaire (de l'ordre de 50%) mais éviterait 70% des tuberculoses miliaires et méningites tuberculeuses.(44)

L'île de Mayotte connaît une incidence de la tuberculose maladie en nette diminution depuis les années 2000 (de 25.5 cas pour 100000 habitants en 2000 à 17.7 cas pour 100 000 en 2009). La part de nouveaux cas pédiatriques est elle aussi en baisse : 19.3% à 5.2% en 2010. Ces résultats encourageants sont cependant nettement supérieurs à la métropole où l'incidence en 2012 est de 8.2 cas pour 100 000 habitants en 2009. Mayotte est dans une zone géographique où la tuberculose maladie est un problème de santé publique majeur : incidence de 261 cas pour 100 000 habitants en 2009 à Madagascar, 39 cas pour 100 000 habitants en 2009 aux Comores. L'incidence aux Comores est en baisse constante depuis un vaste programme de lutte en 1988 (45)(46)

Ces résultats montrent que la population pédiatrique du fait de la forte pression migratoire de pays en zone d'endémie, de la précarité des conditions de vie, est particulièrement vulnérable. Si la couverture vaccinale dans notre étude est satisfaisante pour les données disponibles, le manque de traçabilité pose question : 22% de données manquent du fait de carnets endommagés, indisponibles, inexistantes. La vaccination peut être cependant évaluée selon la présence ou non d'une cicatrice BCG, ce que nous n'avons pas fait dans l'étude.

En comparaison avec la métropole, une évaluation de la couverture vaccinale en 2009 des enfants à risque de tuberculose et entrant dans le cadre des recommandations de vaccination fait état d'une couverture de 44% chez les moins de deux ans en France métropolitaine. (47)

Ainsi, la vaccination systématique des nourrissons à la maternité à Mayotte montre une efficacité certaine. La faisabilité est plus grande que l'évaluation au cas par cas par cas du risque de tuberculose comme en métropole, même si les recommandations sont claires.

Cependant, des reports de vaccination du fait de grèves, de rupture de stock ont été constatés, entraînant des retards vaccinaux.

Hépatite B

La prévalence de l'antigène Hbs a été estimée en 2012 à 3.5 % à Mayotte. Cela fait de l'île une zone d'endémicité moyenne. Depuis 1999, la vaccination est instaurée à la maternité dès le premier jour de vie. Le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) a réaffirmé l'importance

d'adapter ce calendrier vaccinal aux spécificités mahoraises : vaccination à M0 ,M2 et M11.(28)

La vaccination de nos patients est à jour pour 92.6% de ceux dont les données ont pu être recueillies , pas loin des objectifs fixés par la loi de santé publique de 2004 (48).

Cela montre l'efficacité de la politique de vaccination précoce mise en place il y a quinze ans. En effet, en métropole, une estimation de la couverture vaccinale à l'âge de deux ans fait état de seulement 50% des enfants ayant reçu les trois doses de vaccin.

DTP

76.3% des patients pour lesquels les données sont disponibles sont à jour de leur vaccination. On est loin des objectifs de santé publique fixés par la loi de santé publique de 2004 à 95% de vaccination pour tous les vaccins sauf celui de la grippe (48).

Selon la dernière étude de couverture vaccinale réalisée par l'InVS en 2012 (47), on peut avoir une estimation de la couverture vaccinale en France métropolitaine à trois tranches d'âge différentes :

- A l'âge de deux ans en France métropolitaine la couverture vaccinale est estimée en 2012 à 98.4% pour les trois doses, et entre 91.4 et 91.7% pour les trois doses et le rappel.
- A l'âge de six ans, elle est estimée à 96.7% pour le DTP et 95% pour la coqueluche.
- A l'âge de 15 ans, elle est estimée à 80.5% pour le DTP et 57.4% pour la coqueluche.

Au niveau mondial, la couverture des nourrissons avec au moins trois doses de DTP est estimée à 83% en 2013, avec 129 pays qui ont une couverture supérieure à 90%. (33)

Le recueil de médecins du monde sur l'année 2013 à Mayotte fait état de 79.3% de patients à jour pour le DTP et 79.7 à jour pour la coqueluche. (24)

Ici encore, la proportion très élevée de données non relevées interroge sur la traçabilité des vaccins. L'intérêt d'une informatisation des données provenant des différentes structures : dispensaire, PMI, urgences paraît nécessaire.

Pneumocoque

Seuls 51% des patients pour lesquels les données sont disponibles sont à jour.

Cependant , il est à noter que la vaccination anti pneumocoque n'a été introduite qu'en 2006 , ce qui peut expliquer le faible taux de couverture vaccinale chez l'ensemble des moins de dix-huit ans.

ROR

52% des patients sont à jour, mais les données manquent pour près d'un patient sur 4.

Au niveau national, selon les années et les tranches d'âge la couverture vaccinale par deux doses est de 51% (tranche des 24 mois en 2009) à 74% (tranche des 11 ans en 2003-2004).(47)

La couverture vaccinale est donc très insuffisante selon les objectifs de santé publique laissent à craindre une épidémie de rougeole comme on peut la voir en France métropolitaine.

En conclusion, l'état vaccinal de notre échantillon montre une couverture satisfaisante pour les vaccins dont le schéma est commencé dès la maternité mais insuffisante pour les autres vaccins.

Se pose également la question de la traçabilité des vaccins, le nombre de patients dont l'état vaccinal n'est pas évaluable en consultation de routine étant très élevé.

HPV, méningocoque

Le calendrier vaccinal adapté à Mayotte recommande la vaccination contre le méningocoque et l'HPV.

Ces vaccins ne font pas partie des dotations du CHM, qui assure pourtant la quasi-totalité des soins primaires sur l'île.

Etat nutritionnel

69 patients de moins de cinq ans sont concernés. Seul un patient souffrait de malnutrition aigüe sévère avec un rapport P/T inférieur à moins 3 DS (dérivation standard). Il a été hospitalisé. La prise en charge de la malnutrition est effectuée de manière conjointe entre la PMI, en charge du dépistage et le centre hospitalier de Mayotte avec le service de pédiatrie, qui initie la prise en charge en hospitalier lorsque le rapport P/T est inférieur à - 3DS .

4,3% des patients présente une malnutrition aigüe modérée à sévère, définie par un rapport P/T inférieur à -2DS. La prévalence dans notre population est moindre que dans l'étude Nutrimay de 2007 qui recense 7% de malnutris. La population vue en dispensaire à Mamoudzou est probablement biaisée : patients affiliés ou non qui ont la possibilité de régler les frais de déplacement, qui ne sont pas parmi les plus pauvres (renoncement aux soins).

Il est à noter que la taille n'est pas un paramètre relevé par les aides-soignants à l'admission

du patient. Ainsi, sauf démarche expresse du médecin, le rapport P/T n'est pas calculable en routine de consultation de dispensaire. La mesure systématique de la taille des enfants en consultation est difficilement réalisable du fait du nombre très important de patients paramétrés : 150 patients environ pour un ou deux aides-soignants. Le Dr Marcher, pédiatre dans le service de pédiatrie propose le dépistage systématique par une mesure sans doute plus faisable : la mesure du périmètre brachial : la malnutrition aigüe modérée est définie par un périmètre brachial inférieur à 124 mm, la malnutrition aigüe sévère à un périmètre brachial inférieur à 115 m. Intégrer cette mesure à toute prise de paramètres des enfants, sans surcharge majeur de temps permettra un dépistage de masse de la malnutrition aigüe dans tous les centres de soins et non plus seulement en PMI.

L'actualité est à une prise en charge ambulatoire le plus souvent, entre PMI et dispensaire. La référence au centre de pédiatrie n'étant seulement réservée aux complications ou aux échecs de traitement ambulatoire.

Etat bucco-dentaire

Un problème de méthodologie rend nos résultats difficilement interprétables et comparables. En effet l'OMS recommande la mesure de l'indice carieux pour évaluer l'état bucco-dentaire, avec un matériel adapté (sonde et lumière). Notre résultat n'est donc guère exploitable.

UN SYSTÈME DE SOINS PRIMAIRE À CONSTRUIRE

Rôle du médecin traitant

Pour la WONCA, le rôle du médecin généraliste est notamment de gérer les problèmes chroniques et aigus, de coordonner les soins, d'agir de manière efficace pour promouvoir la santé publique. Il a une action inscrite dans la durée(49).

A Mayotte, on se heurte à plusieurs écueils : le *turn-over* important de médecins avec des contrats en dispensaire pour des durées brèves (à partir de six semaines) et la méconnaissance du contexte socio culturel des patients par ces médecins sont des barrières à une prise en charge globale et efficace des patients.

Qui plus est, le *turn-over* important des médecins paraît être un frein à une prise de décision

efficace dans la gestion des maladies chroniques : changement de traitement différé à chaque renouvellement avec une inertie thérapeutique, ou au contraire prises en charge sans continuité, différente à chaque consultation.

En effet, les soins primaires sont majoritairement assurés par le secteur public, où, sur 160 postes seuls 65 sont pourvus par des médecins titulaires, le reste étant assurés par des contrats courts de remplaçants.(50)

Il est pourtant montré que la prise en charge par un même médecin à Mayotte facilite l'observance pour les maladies chroniques des adultes. On peut probablement extrapoler ces résultats à la population pédiatrique (43).

Permettre aux patients d'avoir un « médecin de famille » qui voit les enfants grandir, qui agit au fil des consultations pour la prévention et l'éducation à la santé est un enjeu à Mayotte comme dans l'ensemble des déserts médicaux du territoire français.

Attirer des médecins titulaires, prêts à s'engager sur des durées plus longues, connaissant la culture mahoraise et comorienne est une priorité pour améliorer la santé publique dans ce département.

En attendant, agir au sein des dispensaires pour favoriser la compliance semble essentiel : création d'ateliers d'éducation thérapeutique sur les modèles de ceux pour l'obésité et le diabète chez les adultes : on pense notamment à une école de l'asthme qui aurait tout son intérêt en centre de soins primaires, à des ateliers nutritionnels pour la prise en charge des enfants malnutris et de leur familles, sur le modèle de ceux instaurés par médecins du monde en 2013(24).

La formation d'infirmiers et d'aides-soignants mahorais à l'éducation thérapeutique pourrait changer la prise en charge très insuffisante des maladies chroniques ou aiguës et de la prévention de leurs complications.

Le temps qui n'est actuellement pas pris par les médecins pourrait être délégué à d'autres soignants.

L'éducation thérapeutique est en effet une priorité nationale de santé publique de 2007 tant elle a prouvé ses effets sur les maladies chroniques.

L'actualité est à la responsabilisation et à l'autonomisation des patients et des familles : ainsi l'étude en cours à l'ARS familiarise les mères à la prise de températures avec l'utilisation de thermomètres frontaux.

Le dispensaire ne « dispenserait » plus du soin de manière peut-être un peu paternaliste, mais accorderait une place à une décision médicale partagée.

Le dispensaire, géré par le Centre hospitalier

Le carré de White, modélisation des soins primaires a été conceptualisé dès les années 1960. Il a été réactualisé par Greene en 2001(51). Il permet de comprendre l'approche en soins primaires et les concepts qui en découlent : la population vue n'est pas la même qu'à l'hôpital, avec une personne pour mille de la population générale qui serait finalement orienté en centre hospitalier universitaire. On conçoit que l'approche doit donc être différente : gestion des risques, considération de l'incidence et la prévalence des maladies dans une population sélectionnée.

La gestion du centre de soins primaires par un centre hospitalier se heurte à ce modèle : grand nombre de consultations médicales s'apparentant pour certains à un tri : repérage des maladies graves et urgentes nécessitant une prise en charge hospitalière, reléguant tout le volet prévention et éducation thérapeutique à la portion congrue. Bien souvent, le nombre très important de consultations en dispensaire ne permette de gérer que le symptomatique. Le médecin généraliste ne remplit ainsi guère son rôle défini par la WONCA : gérer les pathologies aiguës, dans le même temps que les pathologies chroniques, en ayant une démarche de santé publique.

Expérience de médecins du monde : éducation à la santé

Lors de mes remplacements ponctuels à Médecins du Monde, j'ai pu constater leur approche des soins primaires.

Axés sur la prévention et l'éducation à la santé, ils replacent la mère dans un rôle plus actif. Seuls les patients justifiant d'une consultation médicale sont vus en consultation. Les enfants amenés pour des motifs tels rhinorrhée, fièvre depuis ce jour ne sont pas examinés. A l'interrogatoire, les critères de gravité sont recherchés, puis chaque mère et enfant bénéficient d'éducation à la santé : apprentissage des désobstructions rhino-pharyngées, apprentissage des consignes de réhydratation en cas de diarrhée, conduite à tenir en cas de fièvre. La « recette » du sérum physiologique et du soluté de réhydratation orale est expliquée à chaque maman.

Ainsi une autonomie est laissée à la mère, la rendant indépendante des consultations itératives au dispensaire pour se procurer du sérum physiologique.

Elle économise aussi les frais de déplacement au dispensaire et bien souvent les 10 euros de frais de consultation.

Exemple de la Guyane : un accès au soin pour tous

La Guyane comptabilise 35% d'étrangers en ses terres. Au recensement de 2011, 82 987 habitants étaient étrangers, sur une population recensée à 241 982 (52)

La protection sociale y est identique qu'en France métropolitaine. La CMU, la CMUc et l'AME permettent à la population d'accéder aux soins.

10% des résidents en Guyane bénéficient de l'AME et parmi les bénéficiaires de l'AME, 10% sont Guyanais. Pour les nombreux Guyanais qui n'ont pas fait les démarches d'affiliation (population en milieu reculé le long des fleuves), les centres de santé dispensent des soins, sans condition d'affiliation, sans condition de paiement ni de régularité de séjour.

Par ailleurs, la permanence d'accès aux soins de santé est effective avec des consultations médicales assurées ainsi que la délivrance de médicaments.

En Guyane, on soigne les patients sans avoir à se préoccuper de la situation de ceux-ci, que ce soit dans le secteur public ou privé. Le rôle des médecins reste limité au soin, le médical ne se mêlant pas à l'administratif. On n'a pas ce glissement du rôle de soignant à celui de régulateur administratif que l'on peut observer à Mayotte.

L'AME, la CMU et la CMU-c ont été instaurée en même temps que dans les autres départements, la Guyane étant déjà un département français dans les années 2000.

Le rapport de Claude Goasguen sur l'AME, rédigé en 2014, parlant de dispositif « à bout de souffle » évoque le coût majeur de l'AME en Guyane. Il préconise de développer dans un système de coopération les hôpitaux des pays limitrophes, en particulier à Maripasoula, au Surinam, le système de l'AME n'entraînant qu'un appel d'air. Par ailleurs, il insiste sur le fait que les dépenses de santé liées aux étrangers en situation irrégulière sont probablement sous-estimées, une partie des dépenses étant absorbée dans le déficit général de l'hôpital.

Il prévient du surcout attendu à court terme si la disposition était appliquée à Mayotte, mais le pense inévitable : le déficit des établissements ne saurait être réduit sans cette mise en place. (53)

On peut penser que cette différence entre ces départements bien semblables sur certains points est due au refus des gouvernements d'instaurer un budget dédié, qui serait colossal à court terme, et de prendre en compte les conséquences à moyen terme, sans doute plus favorables.

CONCLUSION

Cette étude, en ayant eu lieu dans le système de santé public étaye de manière chiffrée des faits dénoncés depuis plusieurs années par le secteur associatif :

Les difficultés d'accès aux droits des populations les plus précaires notamment le droit à la santé pour les enfants. La précarité administrative de leurs parents empêche ces patients de construire sereinement un avenir. Les conditions de vie sont toujours dégradées malgré les améliorations de ces dernières années.

Des mesures fortes à grande échelle sont attendues pour améliorer la salubrité des logements et améliorer ainsi l'état sanitaire des enfants, population la plus vulnérable. L'accès aux soins et à la Sécurité Sociale est également une condition nécessaire à l'amélioration de la santé des mineurs. La mise en place de l'AME, la CMU et la CMUc doit avoir lieu dans une politique de rattrapage avec la métropole.

En plus de ces mesures, la simplification des démarches administratives pour l'affiliation à la sécurité sociale est cruciale.

En attendant, l'affiliation directe des mineurs à la sécurité sociale devrait pouvoir être automatique comme suggéré par le Tribunal des Affaires Sociale de Mayotte.

Par ailleurs, le principe de gratuité des soins pour les mineurs en situation de précarité définit par l'ordonnance n°2012-785 du 31 mai 2012 n'est pas appliqué à Mayotte.

Ce travail aura montré la vulnérabilité et la précarité des mineurs, premières victimes d'un système de santé qu'ils n'ont pas choisis. Pour améliorer leur état sanitaire et social, l'amélioration de l'accès aux soins paraît une première mesure nécessaire mais non suffisante.

ANNEXE 1 : PROCEDURE D'ADMISSION au bureau des entrées des mineurs

Patient « enfant mineur -18 ans » se présentant au Bureau des Entrées du Centre Hospitalier de Mayotte pour faire les formalités d'admission.

L'agent du Bureau des Entrées demande au patient l'original de son attestation de sécurité sociale ou la carte vitale et une pièce d'identité pour s'assurer de son identité.

Deux cas se présentent :

I^{er} cas : Patient Affilié

L'agent du Bureau des Entrées enregistre le patient et édite :

- Un bon de circulation pour le service,
- un bon de circulation pour la pharmacie
- une plaquette d'étiquettes.

L'agent remet ces trois documents au patient et l'oriente vers le service concerné

II^{ème} cas : Patient non affilié

L'agent du Bureau des Entrées demande au patient de **régler la provision** de la consultation.

● Le patient règle la provision :

L'agent du bureau des Entrées encaisse la provision, enregistre le patient et édite :

- Un reçu
- Un bon de circulation pour le service,
- un bon de circulation pour la pharmacie
- une plaquette d'étiquettes.

Le patient muni de ces trois derniers documents est ensuite orienté vers le service concerné et l'agent du bureau des entrées lui **donne un bon de règlement enfant** (document ci-dessous) lui demandant de **prendre rendez-vous avec la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) pour faire un bilan social.**



BON DE RÈGLEMENT ENFANTS

Votre enfant (NOM, Prénom)..... N°
IPP :..... a été soigné le -----

---- pour des soins courants.

Vous n'avez pas présenté une attestation de Sécurité Sociale. Vous avez peut être droit à la Sécurité Sociale.

Afin de faire le point sur votre situation sociale, veuillez prendre rendez-vous avec le service social de la PASS situé au bureau des entrées de l'hôpital de Mamoudzou, (Téléphone du secrétariat pour prendre rendez-vous : 0269.61.86.39), avant toute consultation.

Dans cette attente vous êtes redevable au CHM de la somme de -----€.

● Agent BE : Ne pas oublier de rappeler le dossier pour enregistrer la particularité payant

● **Patient non affilié ne peut pas payer la provision**

L'agent crée le patient dans la base HEXAGONE avec la particularité PASS « accès aux soins »

L'agent du Bureau des Entrées édite :

1. Un bon de circulation pour le service,
2. une plaquette d'étiquettes.



Centre Hospitalier de Mayotte
Bureau des Entrées

Bon n° 1/50

Date du Rendez-vous

**BON DE FORMALITES D'ADMISSION BUREAU DES ENTREES
« ENFANTS »**

Veillez cochez la (les) case(s) qui correspond (ent) au type d'admission du patient, à remplir par le médecin

Nom du Patient : Prénom :

Numéro IPP : Date de naissance :

Nom et adresse des parents :

Nom du Médecin Signature

Avec délivrance de médicaments *oui* *non*

I/ *Consultation* *« CS » :*

AGD

SOINS

COURANTS

--

Service ou Etiquette

2/ Hospitalisation de Jour « HJ » :

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

AGD HJ COURANT

3/ Hospitalisation complète « HC » :

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

AGD HC COURANT

SI LE PATIENT RELEVE DU «COURANT» orientation vers la PASS (permanence d'accès aux soins de santé) : Bon "ACCÈS PASS"

AGD: Etat des personnes pour lequel le défaut de soins peut entraîner une Altération Grave et Durable de l'état de santé (art. L.6416-5)

COURANT : Soins ne nécessitant pas de prise en charge en AGD

Et donne

« un bon d'admission – Enfants » de couleur rose (document ci-dessus)

Le patient muni de ces deux documents est ensuite orienté vers le service concerné.

A la suite de la consultation, le médecin remplira « le bon d'admission Enfants » de couleur : Avec délivrance de médicaments ou non et Consultation AGD ou soins courants.

Après la consultation du médecin, le patient est invité à se rendre au bureau des entrées. L'agent du Bureau des entrées éditera :

- un bon de circulation pour la pharmacie ou la fiche de liaison pharmacie dans le cas où le médecin coche la case « **oui** » pour la délivrance de médicaments.

L'agent du bureau des entrées remettra au patient « **un bon de règlement enfant** » précisant que la personne responsable de cet enfant est **redevable au CHM du montant de**

la provision. Il demande au proche du patient de prendre rendez-vous avec la PASS pour un bilan social.



BON DE RÈGLEMENT ENFANTS

Votre enfant (NOM, Prénom)..... N°

IPP :..... a été soigné le -----

---- pour des soins courants.

Vous n'avez pas présenté une attestation de Sécurité Sociale. Vous avez peut être droit à la Sécurité Sociale.

Afin de faire le point sur votre situation sociale, veuillez prendre rendez-vous avec le service social de la PASS situé au bureau des entrées de l'hôpital de Mamoudzou, (Téléphone du secrétariat pour prendre rendez-vous : 0269.61.86.39), avant toute consultation.



Dans cette attente vous êtes redevable au CHM de la somme de -----€.

**Mettre le montant de
la provision.**

- Agent BE : Ne pas oublier de rappeler le dossier pour enregistrer la particularité PASS « accès aux soins »

ANNEXE 2 : questionnaire

QUESTIONNAIRE :

1-Consentement obtenu :

Oui Non

2- MAJEUR ACCOMPAGNANT à la consultation

LEGAL : parent DAP famille d'accueil

NON LEGAL: apparenté non apparenté

PAS DE MAJEUR ACCOMPAGNANT

3- IDENTIFIANT DE L'ENFANT :

sexe F M

âge

lieu de naissance : Mayotte Comores Reunion Madagascar métropole
Afrique NR

depuis combien de temps à Mayotte : nombre d'années

ATCD d'expulsion : O N

nationalité père: COMORIENNE :Anjouanaise Mohelienne Grande
Comorienne FRANCAISE MALGACHE pays d'Afrique Continentale

mère : COMORIENNE :Anjouanaise Mohelienne Grande
Comorienne FRANCAISE MALGACHE pays d'Afrique Continentale

Lieu d'habitation père : Mayotte Reunion metropole Comores autre
pays décédé incarcéré NSP

Lieux d'habitation mère : Mayotte Reunion metropole Comores
autre pays décédé incarcéré NSP

4-CONTEXTE SOCIAL :

commune de résidence

qui héberge l'enfant : parents DAP apparenté sans DAP Non

apparenté sans DAP personne NSP

domicile : eau courante? O N
 électricité? O N

scolarisation/ niveau scolaire :

classe d'âge

retard scolaire 1an- 2ans 3ans 4ans - >4ans
déscolarisé

5- CONTEXTE SANITAIRE :

*motif de consultation:

infectieux ORL

-opht-

Stomato

Infection Cut digestif bronchopulmonaire trauma certificat suivi
autre

*date de dernière consultation : <12 mois >12 mois

*affiliation CSSM : O N

*Paiement de la consultation : O N

*vaccins :

BCG : vacciné non vacciné retard NSP
VHB :vacciné non vacciné retard NSP
DTPc : vacciné non vacciné retard NSP
pneumocoque :vacciné non vacciné retard NSP
ROR : vacciné non vacciné retard NSP

*état nutritionnel si <5 ans :

rapport P/T : Z score (OMS2005)

med <-1DS <-2DS <-3DS

état bucco dentaire : présence de dents CA O co

retard à la consultation selon le médecin : O N

devenir après consultation : domicile urgences chir ambu pediatrie

Observations

ANNEXE 3 : questionnaire de médecins du monde

Dossier médico-social Enfants Mayotte - Version DEF 07/01/2013

Observatoire Mission France – Mayotte



Dossier médico-social Enfant
2013

Saisie ?

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de la mission : 63, rue de la Pompe – Boboka – 97600 Mamoudzou

Nom intervenant MDM : _____

A. N° dossier et de saisie : _ _ / _ _ / _ _ _ _

B. Date de consultation : _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)

C. Lieu de consultation

Centre MDM Koungou (centre fixe)

Ambulatoire, précisez la zone : _____

2.1 Grand Mamoudzou

2.4 Sud

2.2 Nord

2.5 Petite Terre

2.3 Centre

Nom : _____

Prénom : _____

DONNEES GENERALES DE L'ENFANT

Commentaires et/ou évolution de la situation

Il est important de réaborder les questions précédées d'une *
→ Si évolution de la situation, ne pas changer l'information initiale, mais la noter à la marge du dossier.

E. Sexe : M F

F. Date de Naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa) ou Age (en années) : _ _

1. Lieu de naissance :

Mayotte

France (hors Mayotte)

3 autre pays _____

2. Ancienneté sur le territoire (en années) : _ _ ans né a Mayotte

Si moins d'un an mettre des décimales : exemple si 6 mois, écrire 0.5

* 3. Est-ce que l'enfant est affilié à la sécurité sociale ? 1 Oui 2 Non

Si l'enfant n'est pas affilié mais qu'il devrait l'être → l'adresser au travailleur social de MDM

* Situation des parents

	a) Nationalité	b) Lieu de vie	c) Situation administrative
4. Père <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <small>(ne connaît pas la situation, décédé, ou enfant non reconnu)</small>		1. Vit à Mayotte : <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non 2. Si non, pourquoi ? <input type="checkbox"/> 1 Expulsé en ce moment, depuis _____ mois <input type="checkbox"/> 2 Autre raison, précisez le lieu de vie : <input type="checkbox"/> 2.1 Comores ou autre pays _____ <input type="checkbox"/> 2.2 Territoire français à _____ (ville ou département)	<input type="checkbox"/> 1 Français <input type="checkbox"/> 2 Etranger en situation régulière (demandeur d'asile, titre de séjour, récépissé) <input type="checkbox"/> 3 Etranger en situation irrégulière <input type="checkbox"/> 4 Ne sait pas
5. Mère <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <small>(ne connaît pas la situation ou décédée)</small>		1. Vit à Mayotte : <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non 2. Si non, pourquoi ? <input type="checkbox"/> 1 Expulsée en ce moment, depuis _____ mois <input type="checkbox"/> 2 Autre raison, précisez le lieu de vie : <input type="checkbox"/> 2.1 Comores ou autre pays _____ <input type="checkbox"/> 2.2 Territoire français à _____ (ville ou département)	<input type="checkbox"/> 1 Français <input type="checkbox"/> 2 Etranger en situation régulière (demandeur d'asile, titre de séjour, récépissé) <input type="checkbox"/> 3 Etranger en situation irrégulière <input type="checkbox"/> 4 Ne sait pas

LIEU DE VIE et SUIVI DE L'ENFANT

Commentaires et/ou évolution de la situation

6. Lieu de vie de l'enfant aujourd'hui :

- ₁ Dans le quartier où l'action Mdm est menée
- ₂ Dans le village où l'action Mdm est menée
- ₃ Dans la commune où l'action Mdm est menée
- ₄ Autre, précisez _____

*** 7. Chez qui/avec qui vit l'enfant (préciser la situation de la nuit dernière) ...**

- ₁ Avec père et/ou mère à la maison
- ₂ Chez des voisins
- ₃ Chez de la famille élargie (grands-parents, oncle, tante, cousins...)
- ₄ Confié à ses frères et/ou sœurs majeurs
- ₅ Vit avec ses frères et/ou sœurs mineurs (sans adulte référent)
- ₆ Vit seul en groupe (sans adulte référent)
- ₇ Autre, précisez : _____

Si l'enfant ne vit pas avec ses parents

8. Depuis combien de temps ?

- ₁ < 6 mois
- ₂ 6 à < 12 mois
- ₃ 12 mois et plus

9. Pourquoi ?

- ₁ Fugue
- ₂ Abandon
- ₃ Parents expulsés
- ₄ Arrivé seul à Mayotte
- ₅ Confié par les parents
- ₆ Autre, précisez : _____

10. Si l'enfant a moins de 6 ans, est-il suivi régulièrement en PMI ?

- ₁ Oui (→ aller à la question 12)
- ₂ Non, suivi interrompu
- ₃ Non → (re)adressé à la PMI de : _____

11. Si non, motifs de non suivi en PMI ou d'interruption de suivi (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Méconnaissance de la PMI
- ₂ Méconnaissance de la gratuité
- ₃ Difficultés financières pour se déplacer
- ₄ Peur de se déplacer, peur des contrôles de police
- ₅ Vient d'arriver (< 1 mois)
- ₆ A déjà été mal reçu
- ₇ Oubli / a raté le dernier rendez-vous
- ₈ Pense l'enfant trop âgé
- ₉ Suite prévue au dispensaire
- ₁₀ Nouveau-né
- ₁₁ Délai d'attente important, rv lointain
- ₁₂ Autre, précisez : _____

12. Si l'enfant a plus de 6 ans, est-t-il scolarisé ?

- ₁ Oui
- ₂ Non → à adresser au travailleur social

13. L'enfant (quel que soit son âge) est-il suivi par une institution ou une association?

Si oui, laquelle et pourquoi ?

- ₁ Oui, par une association (TAMA, APREDEMA, Secours Catholique, Solidarité, ...)
laquelle, pourquoi ? _____
- ₂ Oui, par une institution (ASE, DDASS, ...),
laquelle, pourquoi ? _____
- ₃ Non, n'est pas suivi

Personne contact : _____

OBSTACLES à l'accès et à la continuité des soins pour les enfants

Commentaires et/ou évolution de la situation

*** 14. De manière générale, quels sont les principaux obstacles que vous rencontrez pour l'accès aux soins de votre enfant ?** (plusieurs réponses possibles)

Ne pas citer les réponses, laisser la personne répondre spontanément. Il s'agit d'indiquer les obstacles cités par la personne et/ou repérés pendant l'entretien. La question des obstacles intègre les raisons de la venue au centre ce jour, de même que les motifs de retard de recours aux soins

- ₁ Méconnaissance des structures, ne sait pas à qui s'adresser
₂ Difficultés financières, consultation ou traitement trop cher
₃ Difficultés financières pour se déplacer
₄ Peur de se déplacer, peur des contrôles de police
₅ Peur de la dénonciation, peur d'être fiché/enregistré
₆ Difficultés administratives pour l'ouverture des droits, manque pièces demandées, complexité des démarches
₇ Barrière linguistique, problème de langue
₈ Mauvaise expérience/mauvais accueil dans le système de soins ou d'accès aux droits

précisez : _____

₉ Pas d'obstacles₁₀ Autre raison exprimée : _____***15. Savez-vous que, d'après la loi, les soins de santé pour les mineurs sont gratuits ?**₁ Oui ₂ Non**16. Lors de la dernière consultation pour votre enfant au dispensaire, vous a-t-on demandé de payer :**

- Pour voir le médecin ₁ Oui ₂ Non ₃ Non concerné(e) (n'est jamais allé au dispensaire)
 - Pour obtenir les médicaments ₁ Oui ₂ Non ₃ Non concerné(e) (n'est jamais allé au dispensaire)

16.2. Si oui, qu'avez-vous fait ?

- ₁ Paiement des sommes demandées ₃ Orientation vers associations (médecins du monde, etc.)
₂ Renoncement aux soins ₄ Autre, précisez _____

17. Lors de la dernière consultation pour votre enfant au CHM, vous a-t-on demandé de payer :

- Pour voir le médecin ₁ Oui ₂ Non ₃ Non concerné(e) (n'est jamais allé au CHM)
 - Pour obtenir les médicaments ₁ Oui ₂ Non ₃ Non concerné(e) (n'est jamais allé au CHM)

17.2. Si oui, qu'avez-vous fait ?

- ₁ Paiement des sommes demandées ₃ Orientation vers associations (médecins du monde, etc.)
₂ Renoncement aux soins ₄ Autre, précisez _____

17.3. Dans quel service a eu lieu cette dernière consultation ? _____**18. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à des soins pour votre/vos enfant(s) ?**₁ Oui ₂ Non ₃ Non concerné(e) (n'a pas eu besoin de soins)**18.2. Si oui, à quel(s) soins avez-vous renoncé pour votre/vos enfant(s) ?** (Plusieurs réponses possibles)

- ₁ Vaccinations
₂ Voir un médecin
₃ Faire des examens (prise de sang, radiographie, ...)
₄ Voir un dentiste
₅ Acheter des médicaments
₆ Acheter des lunettes
₇ Autre chose, précisez : _____
₈ Ne veut pas dire

Nom du médecin/infirmier : _____

A. Numéro de dossier : _____ B. Date de consultation : ____ / ____ / ____

C. Lieu de consultation : Centre MDM Koungou
 Ambulatoire, précisez la zone : _____
 1.1 Grand Mamoudrou 2.1 Nord 2.3 Centre 3.4 Sud 2.5 Petite Terre

Nom : _____

Prénom : _____

D. Consultation du patient à MDM : 1^{ère} consultation 2^{ème} et plus

E. Sexe : M F F. Date de naissance : ____ / ____ / ____ ou Age (en années) : _____

MOTIFS DE CONSULTATION ET PROBLEMES DE SANTE

MOTIFS DE CONSULTATION ou plainte(s) exprimé(s) par le patient

1. Demande d'un certificat médical ? 1 Oui 2 Non

2. Observation médicale / Soins infirmiers → Cocher la case s'il s'agit uniquement de soins infirmiers

1 Mesures paramètres vitaux 3 Pansement post-opératoire 5 Education à la santé
 2 Pansement (cicatrisation dirigée) 4 Soins sphère ORL et ophtalmo 6 Autres, préciser _____

Mesure des paramètres vitaux : TA : _____ Fréq. cardiaque : _____ Température : _____ Glycémie : _____

3. Poids : _____ kg 4. Taille (en cm) : _____

Surveillance malnutrition : Z-score (<5 ans) : _____ Z-score (>5 ans) : _____

5. Barème du Z-score :

Sévère Zscore < -3	Modéré -3 ≤ Zscore < -2	Médian - -2 ≤ Zscore < 0	Médian + Zscore > 0
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

5.1 Périmètre brachial : _____ mm :

1 Rouge (< 115 mm = malnutrition sévère) 3 Jaune (125-134 mm) = risque de malnutrition aigüe
 2 Orange (115-124 mm) = malnutrition modérée aigüe 4 Vert (> 134 mm = statut nutritionnel correct)

5.2 Pour les enfants de moins de 5 ans, présence d'œdèmes bilatéraux ? 1 Oui 2 Non

PROBLEME(S) DE SANTE ou résultat(s) de consultation ou diagnostic(s)

Prenez le temps d'interroger l'enfant ou les parents sur d'éventuels autres problèmes de santé, même s'il ne s'agit pas du motif de consultation.

	1 ^{er} diagnostic	2 ^{ème} diagnostic	3 ^{ème} diagnostic
Remarque pour le diagnostic s'il est connu ou les symptômes selon			
6. Code OSP			
7. Le problème était-il suivi ou traité avant la cs au centre ?	<input type="checkbox"/> 1 Oui complètement <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 3 Oui, partiellement <input type="checkbox"/> 4 Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 1 Oui complètement <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 3 Oui, partiellement <input type="checkbox"/> 4 Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 1 Oui complètement <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 3 Oui, partiellement <input type="checkbox"/> 4 NSP
8. Ancienneté des troubles (semaine)	_____ (semaines*)	_____ (semaines*)	_____ (semaines*)
9. La pathologie est aigüe/chronique	<input type="checkbox"/> 1 Aigüe <input type="checkbox"/> 2 Chronique <input type="checkbox"/> 3 NSP	<input type="checkbox"/> 1 Aigüe <input type="checkbox"/> 2 Chronique <input type="checkbox"/> 3 NSP	<input type="checkbox"/> 1 Aigüe <input type="checkbox"/> 2 Chronique <input type="checkbox"/> 3 NSP
10. Un traitement ou un suivi serait-il ?	<input type="checkbox"/> 1 Nécessaire <input type="checkbox"/> 2 Ne sait pas <input type="checkbox"/> 3 Accessoire	<input type="checkbox"/> 1 Nécessaire <input type="checkbox"/> 2 Ne sait pas <input type="checkbox"/> 3 Accessoire	<input type="checkbox"/> 1 Nécessaire <input type="checkbox"/> 2 Ne sait pas <input type="checkbox"/> 3 Accessoire

* Si 1 jour, saisir 0.1 ; Si 2 jours saisir 0.2 ; Si 3 jours, saisir 0.3 ; Si 4 jours, saisir 0.4 ; Si 5 jours, saisir 0.5 ; Si 6 jours, saisir 0.6 ; Si 7 jours, saisir 0.7 ; Si 8 jours, saisir 0.8

Nom du médecin/infirmier : _____

A. Numéro de dossier : _____ **B. Date de consultation :** ____ / ____ / ____

C. Lieu de consultation : Centre MDM Koungou
 Ambulatoire, précisez la zone : _____
 1.1 Grand Mamoudzou 1.2 Nord 1.3 Centre 1.4 Sud 1.5 Petite Terre

Nom : _____

Prénom : _____

D. Consultation du patient à Moïti : 1^{re} consultation 2^{ème} et plus

E. Sexe : M F **F. Date de naissance :** ____ / ____ / ____ ou **Age (en années) :** _____

MOTIFS de CONSULTATION ET PROBLEMES DE SANTE

MOTIFS DE CONSULTATION ou plainte(s) exprimé(s) par le patient

1. Demande d'un certificat médical ? Oui Non

2. **Observation médicale / Soins infirmiers :** → Cocher la case s'il s'agit uniquement de soins infirmiers

Mesures paramètres vitaux Pansement post-opératoire Education à la santé
 Pansement (cicatrisation dirigée) Soins sphère ORL et ophtalmo Autres, précisez : _____

Mesure des paramètres vitaux : TA : _____ Fréq. cardiaque : _____ Température : _____ Glycémie : _____

3. Poids : _____ kg 4. Taille (en cm) : _____

Surveillance malnutrition : Z-score (<5 ans) : _____ Z-score (>5 ans) : _____

5. Barème du Z-score :

Sévère Zscore < -3	Modéré -3 ≤ Zscore < -2	Médian - -2 ≤ Zscore < 0	Médian + Zscore > 0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.1 Périmètre brachial : _____ mm :

Rouge (< 115 mm = malnutrition sévère) Jaune (115-124 mm) = risque de malnutrition agée
 Orange (125-134 mm) = malnutrition modérée agée Vert (> 134 mm = statut nutritionnel correct)

5.2 Pour les enfants de moins de 5 ans, présence d'œdèmes bilatéraux ? Oui Non

PROBLEME(S) DE SANTE ou résultat(s) de consultation ou diagnostic(s)

Penser à interroger l'enfant ou les parents sur d'éventuels autres problèmes de santé, même s'il ne s'agit pas du motif de consultation.

	1 ^{er} diagnostic	2 ^{ème} diagnostic	3 ^{ème} diagnostic
Remarque le diagnostic s'il est connu ou les symptômes associés			
6. Code OISP			
7. Le problème était-il suivi ou traité avant la cs au centre ?	<input type="checkbox"/> Oui complètement <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, partiellement <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui complètement <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, partiellement <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui complètement <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, partiellement <input type="checkbox"/> NSP
8. Ancienneté des troubles (semaine)	_____ (semaines*)	_____ (semaines*)	_____ (semaines*)
9. La pathologie est-elle aiguë/chronique	<input type="checkbox"/> Aiguë <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Aiguë <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Aiguë <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> NSP
10. Un traitement ou un suivi serait-il ?	<input type="checkbox"/> Nécessaire <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Accessoire	<input type="checkbox"/> Nécessaire <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Accessoire	<input type="checkbox"/> Nécessaire <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Accessoire

* Si 1 jour, saisir 0.3 ; Si 2 jours saisir 0.6 ; Si 3 jours, saisir 0.9 ; Si 4 jours, saisir 1.2 ; Si 5 jours, saisir 1.5 ; Si 6 jours, saisir 1.8

ANNEXE 4 : Parcours de vie mineurs isolés, propos recueillis durant les consultations

S, 17 ans

S est une jeune fille née à Mayotte, sans papiers, de parents anjouanais. A l'expulsion de ses parents, quand S. a eu 12 ans, S. est prise en charge par la sœur de sa mère. A l'âge de 15 ans, elle est mariée religieusement à un homme de 17 ans son aîné. Elle accouche de son premier enfant à l'âge de 16 ans. L'enfant a la nationalité française car né sur le sol français d'une mère née en France. De ce fait, S attend elle-même un titre de séjour en tant que mère à charge d'un enfant français. Son mari n'est pas français. Elle me confie « bien aimer son mari » car il « paie les factures » et lorsqu'il n'est pas avec sa première épouse « s'occupe bien d'eux »

S. n'a pas poursuivi sa scolarité à l'issue de la troisième après avoir échoué son BEPC, enceinte de son enfant. Elle s'occupe de lui toute la journée.

N, 4 ans

N est petit garçon qui consulte habituellement dans le secteur nord de l'île. Il consulte à Mamoudzou pour de l'eczéma, en compagnie de la cousine de son père. Il est noté dans le carnet que N est un « mineur isolé » déjà suivi en PMI à Mtsamboro. Sa cousine m'explique que N est arrivé il y a six mois, pour traiter sa dermatite atopique. Il serait arrivé seul en kwassa – kwassa. La sœur de son père l'a d'abord pris en charge. Son mari a décidé il y a peu qu'ils ne pourraient plus s'en occuper. N. a donc été confié moins d'une semaine auparavant à cette cousine qui l'emmène aujourd'hui.

L'enfant est mutique, triste, abattu.

La dermatite atopique a d'abord été traitée par cures de corticoïdes, puis par émollients simples, qui suffisent depuis plusieurs mois.

Je m'enquiers du projet de vie de cet enfant après avoir réexpliqué la bénignité de son affection.

La cousine me répond que l'enfant va rester auprès d'elle, pour pouvoir étudier à Mayotte. Un rapprochement avec les parents n'est pas envisagé.

N. n'a pas pu bénéficier d'une place en maternelle cette année.

La cousine ne sait pas que l'obligation de scolariser les enfants sans papiers prend fin à l'âge de seize ans.

D, 15 ans

Je vois D pour la première fois après son arrivée en kwassa-kwassa en compagnie de « son grand frère ».

Il consulte en dispensaire pour prise en charge d'un défaut de consolidation de fracture. Il aurait eu une fracture de la palette humérale et une luxation du coude quelques années auparavant suite à une chute de manguier. Il aurait été traité par immobilisation simple pendant un mois puis secondairement opéré. Depuis, le coude est en flexion irréductible à 40°.

Il a donc pris le kwassa–kwassa pour prise en charge spécialisée. Il n'y a aucune trace de son dossier médical.

Après bilan radiologique, je l'adresse donc vers le chirurgien orthopédique.

Je revois D quelques mois plus tard, pour des « résultats ». Il a vu le chirurgien, qui conclue

sur le carnet bleu « cal vicieux, aucune prise en charge possible ». Je demande au jeune homme s'il a bien compris. Il acquiesce. Il me dit vouloir rester à Mayotte, car mis au ban de son village d'origine. Il n'a là-bas accès à aucune formation ni à aucun travail . Il dit être une charge trop lourde pour sa famille. Il précise « là-bas je suis foutu, je suis rien ». Il a conscience n'avoir droit à rien à Mayotte, n'avoir aucun espoir de guérison mais souhaite rester sur le territoire, préférant la condition de clandestin à Mayotte que celle d'infirmes dans son village.

Je l'ai vu pour la dernière fois en octobre, il n'était pas scolarisé, et vivait chez « des amis ».

BIBLIOGRAPHIE

1. Epsilon: Recensement : 212 600 habitants à Mayotte en 2012, la population augmente toujours fortement. <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/14613>
2. Médecins du Monde. Rapports d'activité 2012 Mayotte http://www.medecinsdumonde.org/content/download/11928/134210/file/RAPPORT+MDM+MAYOTTE_03_2012.pdf
3. Ntab B, Gandin P, Castetbon K, Sissoko D, Vernay M. Etat nutritionnel et activité physique à Mayotte, France: premiers résultats de l'étude NutriMay 2006. Bull Epidémiol Hebd. 2007;48-9.
4. Guyot D. Les mineurs isolés à Mayotte: Contribution à l'observatoire des mineurs isolés. 2012. <http://www.infomie.net/IMG/pdf/rapport-MIE-mayotte-2012-03.pdf>
5. Michalon T. L'archipel des sultans batailleurs. Le Monde diplomatique. juin 2009 .<http://www.monde-diplomatique.fr/2009/06/MICHALON/17230>
6. Caminade P. Comores-Mayotte une histoire néocoloniale. Paris: Agone; 2010.
7. Taglioni François. Mayotte s'ancre dans la république française. EchoGeo 1 juill 2009 <http://echogeo.revues.org/11277>
8. Carayol R. Départementalisation sous tension à Mayotte. Le Monde diplomatique. juin 2009 <http://www.monde-diplomatique.fr/2009/06/CARAYOL/17229>
9. Blanchard E. fractures (post)coloniales à Mayotte. Vacarme. 2007;38(1):62.
10. Ministère des outre-mer. Mayotte accède au statut de Région ultrapériphérique de l'Union européenne - Les Outre-Mer. <http://www.outre-mer.gouv.fr/?rupeisation-de-mayotte.html>
11. L'UE et les Outre-mers - RPUE - Représentation Permanente de la France auprès de l'Union européenne. <http://www.rpfrance.eu/L-UE-et-les-Outre-mers>
12. Blanchy S. Mayotte : « française à tout prix ». Ethnol Fr. avr 2002;32:677-87.
13. Taglioni François. L'île d'Anjouan figure de la balkanisation de l'archipel des Comores. EchoGeo 2 sept 2008. <http://echogeo.revues.org/7223>
14. Mathieu Y. La protection des droits de l'enfant à Mayotte , Le Défenseur des droits. 2013 http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/compte-rendu_mission-

protection-droits-enfants-mayotte.pdf

15. Florence S, Lebas J, Lesieur S. Migration, santé et recours aux soins à Mayotte en 2007 : enseignements d'une enquête représentative en population générale. Rev Epidemiologie Santé Publique. aout 2010;58(4):237-44.
16. ONU. Listes des pays les moins avancés 2014
http://www.un.org/en/development/desa/policy/cdp/ldc/ldc_list.pdf
17. Sudrie O, AFD. Quel niveau de développement des départements et collectivités d'outre-mer? Une approche par l'indice de développement humain
<http://www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/RECHERCHE/Scientifiques/Documents-de-travail/129-document-travail.pdf>
18. Goujon M. L'indice de développement humain: une évaluation pour Mayotte 2012
<http://www.oeconomia.net/private/colloqueiufm2012inegalites/08.goujon-hermet.pdf>
19. INSEE. Insee - Population - Mayotte : Recensement de la population de 2007 - Une population multipliée par quatre en 30 ans2009
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1231
20. Roinsard N. le 101e département. laviedesidees.fr. 8 mai 2012
http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/20120508_mayotte.pdf
21. Roinsard N, Vitale P. Chapitre 7 Des inégalités aux mobilités Outre-mer: une sociologie des migrations dans la France de l'océan Indien (Mayotte, La Réunion) in Mobilités ultramarines - Philippe Vitale. In: Mobilités ultramarines
22. Mayotte, Archives départementales, Service éducatif, Boissel P, Abdoul-Kader L. Médecine et santé à Mayotte et dans sa région du XIXe siècle à nos jours. Mamoudzou: Archives départementales de Mayotte; 2013.
23. Sakoyan J. « Dossier n° 5 – Les effets sanitaires d'une réforme administrative », Bulletin Amades , 67 | 2006, mis en ligne le 08 juillet 2009,: <http://amades.revues.org/342>.
24. Médecins du Monde. Accès aux soins et aux droits des mineurs en situation de précarité, Mayotte- Rapport d'activité 2013
25. Lartigau-Roussin C. De l'harmonie dans le soin. Face À Face Regards Sur Santé . 2004
26. Lartigau Roussin C. Les représentations de la maladie et les recours thérapeutiques à Mayotte. Mémoire de DEA en méthodologie et techniques nouvelles en sciences sociales.
27. Vidal J-M. Réalités thérapeutiques mahoraises. Maîtrise d'ethnologie. 1986.
28. HCSP. Avis relatif à l'adaptation des recommandations et du calendrier vaccinal dans le département de Mayotte 2012

[.http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspa20120202_calvaccMayotte.pdf](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspa20120202_calvaccMayotte.pdf)

29. Agence Régionale de Santé. Etat de santé de la population à Mayotte et à la Réunion.

30. Duflo Marie, Ghaem Marjane, « Mayotte, une zone de non-droit », *Plein droit* 1/ 2014 (n° 100), p. 31-34. Disponible sur: http://www.cairn.info/revue-plein-droit-2014-1-page-31.htm#anchor_citation

31. Ministère de la Santé. Calendrier vaccinal 2014, recommandations pour 2014 .Disponible sur:

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_ministere_sante_2014.pdf

32. OMS U. Normes de croissance OMS et identification de la malnutrition aigue sévère.http://cdrwww.who.int/entity/nutrition/publications/severemalnutrition/9789242598162_fre.pdf

33. OMS. Normalisation des relevés et rapports concernant l'état de la denture et les maladies dentaires . 1962. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_242_fre.pdf

34. mediametrie , calcul d'intervalles de confiance .<http://www.mediametrie.fr/calculettes-mediametrie.php?id=intervalle>

35. GISTI. Singularités mahoraises du droit des personnes étrangères. http://www.gisti.org/IMG/pdf/cj_mayotte_2015.pdf

36. Sakoyan J, Grassineau D, Vitale P. Chapitre 8 Des sans-papiers expulsés à leurs enfants «isolés»: les politiques migratoires de la départementalisation à Mayotte. In: *Mobilités ultramarines*

37. Roinsard N. Conditions de vie, pauvreté et protection sociale à Mayotte : une approche pluridimensionnelle des inégalités. *Rev Fr Aff Soc.* 1 déc 2014;4(4):28-49.

38. Blanchy S, Chami-Allaoui M. Circulation des enfants aux Comores: classe sociale, lignage, individu. In: *De l'adoption* .Clermont-Ferrand; 2004

http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/jafr_0399-0346_1992_num_62_1_2333

39. Martin G. La prise en charge des mineurs isolés étrangers mémoire de master TSASS. http://infomie.net/IMG/pdf/memoire_martin_gaetan_m2_tsass.pdf

40. Houtman F. Plaidoyer pour l'enfant: vers une culture de l'enfance: avec le texte de la Convention des droits de l'enfant . De Boeck Supérieur; 2000.

41. Arribat A. Mémoire mineurs isolés à Mayotte pour le diplôme universitaire enfants et jeunes de la rue.

42. Conseil de l'Europe. Charte Sociale européenne .

1961.<http://www.coe.int/T/DGHL/Monitoring/SocialCharter/Presentation/ESCRBooklet/Fren>

ch.pdf

43. Pansard S. L'observance thérapeutique des patients adultes suivis pour des pathologies chroniques en dispensaire à Mayotte : étude prospective transversale entre juin et novembre 2013.<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01081687/>
44. OMS. Vaccin BCG: position de l'OMS. Relevé Epidémiologique Hebd. 23 janv 2004;4(79):25-40.
45. WHO B régional de l'Afrique. Comores- Fiche d'information des statistiques sanitaires 2010.
46. Antoine D, Che D. Tuberculose à Mayotte et à la Réunion. Bull Veille Sanit. 2012;(18).
47. Guthmann J-P, Fonteneau L, Lévy-Bruhl D. Mesure de la couverture vaccinale en France 2012 -Institut national de veille sanitaire.http://www.invs.sante.fr/content/download/50550/215191/version/2/file/rapport_mesure_couverture_vaccinale_France.pdf
48. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique | Legifrance.<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078>
49. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coord Rédactionnelle Trad En Fr Prof Pestiaux Cent Univ Médecine Générale UCL Brux Belg. 2002[http://bookfel.org/download/fran%C3%A7ais\(2\)/m%C3%A9decine/D%C3%A9finition%20europ%C3%A9enne%20de%20la%20m%C3%A9decine%20g%C3%A9n%C3%A9rale.pdf](http://bookfel.org/download/fran%C3%A7ais(2)/m%C3%A9decine/D%C3%A9finition%20europ%C3%A9enne%20de%20la%20m%C3%A9decine%20g%C3%A9n%C3%A9rale.pdf)
50. Direction recherche études évaluations statistiques: la démographie des médecins. 2014.
51. Green LA, Fryer Jr GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. Ecology of medical care. N Engl J Med. 2001;344(2021):5.
52. INSEE. Insee - Population - Population légale 2011 : 237 550 habitants en Guyane. 2014 http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=25&ref_id=20678
53. Goasguen C. L'AME, un dispositif à bout de souffle.

Serment médical

Au moment d'être admise 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 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

RÉSUMÉ

Introduction

50 % de la population de Mayotte est âgée de moins de dix-huit ans. C'est aussi le département le plus pauvre de France, avec un taux de mortalité infantile quatre fois supérieures à la métropole .80% des logements sont insalubres. De plus, 3000 mineurs sont isolés, dont 500 entièrement livrés à eux-mêmes.

Le but de cette étude est d'évaluer l'état sanitaire et social des mineurs consultant en dispensaire de Jacaranda, à Mamoudzou, chef-lieu de Mayotte.

Patients et méthode

Il s'agit d'une étude prospective uni centrique se déroulant du 1^{er} juillet au 30 octobre 2014. Les patients et leurs accompagnants ont répondu à un questionnaire standardisé, permettant d'avoir des données démographiques, sociales, et sanitaires. Des obstacles à l'accès au soin ont été recherchés.

Résultats

159 patients ont été inclus. 80% sont nés à Mayotte .43.3% des patients ne sont pas affiliés à la sécurité sociale.7.9% des patients entre 6 et 16 ans ne sont pas scolarisés. Un tiers des patients n'a pas accès à l'eau courante à son domicile. Les patients consultent pour des infections ORL, cutanées et digestives en premier lieu. La couverture vaccinale est comprise entre 51,8% et 92,8 % selon les vaccins. Le recours au soin est retardé chez près d'un patient sur six. 32.1% des patients paient les frais de consultation.

Discussion

Une grande partie des patients vit dans des conditions socio-économiques précaires rendant leur état de santé précaire. De plus l'accès aux soins est rendu difficile par l'absence de couverture sociale, la non-application de la gratuité des soins pour les mineurs pourtant définie par la loi.

TITLE : Health and social status of children in primary care center in Mamoudzou (Mayotte), a prospective study from july to october 2014
DISCIPLINE :médecine générale
Mots clés : accès aux soins, précarité, soins primaires, mineurs , Mayotte