



HAL
open science

Évacuations sanitaires pédiatriques de Mayotte vers La Réunion : étude descriptive et analytique

Maeva Rajerison

► **To cite this version:**

Maeva Rajerison. Évacuations sanitaires pédiatriques de Mayotte vers La Réunion : étude descriptive et analytique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03670980

HAL Id: dumas-03670980

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03670980>

Submitted on 18 May 2022

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.

UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION

UFR SANTÉ

Année : 2022

N° : 2022LARE016M

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Évacuations sanitaires pédiatriques de Mayotte vers La Réunion :
étude descriptive et analytique**

Présentée et soutenue publiquement le 15 avril 2022 à 18h

Par Maeva Rajerison

JURY

Présidente :

Madame le Professeur Silvia Iacobelli

Assesseurs :

- **Monsieur le Professeur Jean-Bernard Gouyon**
- **Monsieur le Docteur Christophe Caralp**
- **Madame la Docteur Capucine Benoit de Coignac**

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Mahé Ruin

Table des matières

Table des matières	2
Sommaire des tableaux et figures	3
Abréviations	4
Préface	5
1. Qu'est-ce que l' EVASAN ?	5
2. La situation particulière de Mayotte et la problématique des Comores	6
3. EVASAN entre les Comores et Mayotte	19
4. EVASAN entre Mayotte et la Réunion	19
INTRODUCTION	21
MÉTHODES	22
1. Type d'étude, population étudiée	22
2. Source de données et variables	22
3. Analyses statistiques	24
4. Éthique	24
RÉSULTATS	25
1. Caractéristiques de la population étudiée	25
2. Modalités de transfert et de type de prise en charge selon nationalité et affiliation à la CSSM	28
3. Durées d'hospitalisation	28
4. Motifs de transfert selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-10)	29
5. Devenir et suivi post-EVASAN	30
6. Autres résultats	30
DISCUSSION	32
1. Résultats principaux	32
2. Résultats secondaires	40
3. Forces et limites de l'étude	42
4. Perspectives	43
CONCLUSION	45
Bibliographie	46

Sommaire des tableaux et figures

Sommaire des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques des patients, modalités de transfert et type de prise en charge

Tableau 2: Modalités de transfert et du type de prise en charge selon la nationalité et l'affiliation à la CSSM

Tableau 3: Devenir et suivi post-EVASAN des patients non décédés

Sommaire des figures

Figure 1: Population de Mayotte depuis 1958 aux années de recensement et taux de variation annuels moyens (en % par an). Source Insee, recensements de la population

Figure 2: Composition de la population de Mayotte selon l'âge et le lieu de naissance. Source Ined-Insee, enquête MFV-Mayotte 2015-2016

Figure 3: Pyramide des âges à Mayotte et en France métropolitaine (2017)
Source Insee, recensements de la population de Mayotte entre 2012 et 2017

Figure 4: Accès à l'eau des ménages ne disposant pas d'eau courante et part des résidences principales sans eau courante. Source Insee, Recensement population

Figure 5: Taux de chômage selon le sexe et l'origine de 2017 à 2019 chez les 15 ans ou plus. Source Insee, enquêtes Emploi Mayotte 2ème trimestre

Figure 6 : Répartition des diagnostics de départ selon la classification CIM-10

Abréviations

AME : Aide Médicale d'État

ARS : Agence Régionale de Santé

CESEDA : Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

CHM : Centre Hospitalier de Mayotte

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIDE : Convention internationale des droits de l'Enfant

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMU-c : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CSSM : Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte

DROM-COM : Départements, Régions et Communautés d'Outre-Mer

EVASAN : Évacuation sanitaire

Halde : Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité

IDE : Infirmier·e Diplômé·e d'État

IME : Institut Médico-Educatif

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études économiques

ITEP : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique

ORS : Observatoire Régional de Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SESSAD : Services d'éducation spéciale et de soins à domicile

SMUR : Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Préface

1. Qu'est-ce que l' EVASAN ?

Le terme évacuation sanitaire, ou en version contractée EVASAN, est issu du domaine militaire. Il se traduit en anglais par le terme *medevac* ou *medivac*, contraction de l'anglais *medical evacuation*. L'évacuation sanitaire dans le cadre militaire correspond à l'extraction d'une victime hors de la zone de combat vers une zone de soin. Elle a évolué au gré des conflits militaires : la meilleure motorisation des moyens de transports et l'adaptation des véhicules et du matériel médical au transport des blessés instables ont été des axes de développement majeurs. L'augmentation considérable des distances à parcourir a été un facteur d'expansion de l'évacuation aérienne.

L'EVASAN fait aujourd'hui partie intégrante de la médecine d'urgence pour le secours des civils. Elle correspond au transport d'un malade de sa zone d'origine (lieu d'incident ou zone de soin primaire) vers un établissement de soin adapté éloigné d'une grande distance. En pratique dans ce travail, nous utiliserons le terme EVASAN pour désigner les transferts sanitaires aériens.

En France, les départements, régions et communautés d'outre-mer (DROM-COM) sont particulièrement concernés par l'EVASAN. L'offre de soins n'est pas toujours complète dans ces territoires. Les transferts inter-îles sont par exemple fréquents en Polynésie (1). Certains transferts sont organisés vers l'étranger comme la Nouvelle-Zélande depuis la Polynésie et la Nouvelle-Calédonie, ou le Canada pour le territoire de Saint-Pierre-et-Miquelon (2).

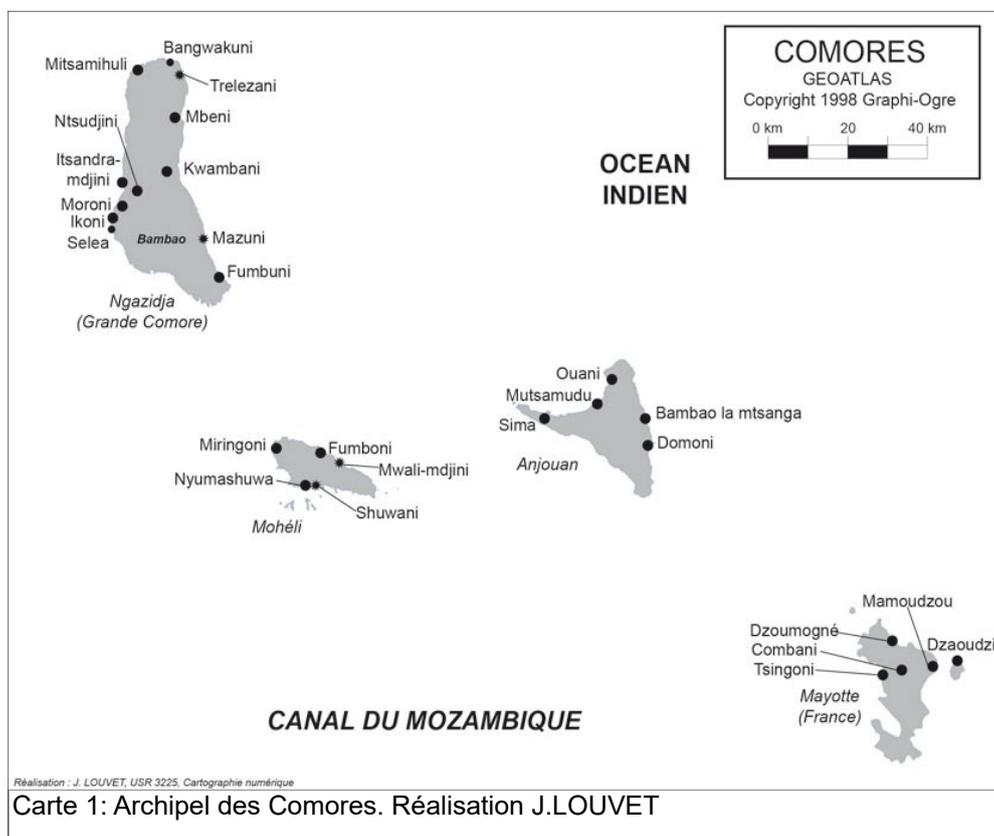
La situation géographique du département de Guyane est particulière car elle est frontalière avec le Brésil et le Suriname. On pouvait lire dans le récent Programme Régional de Santé Guyane que « Les gradients socio-économiques avec les pays voisins et la présence de personnes d'origine étrangère implantées de longue date, ont pour conséquence des migrations aux frontières avec des impacts sur le système de santé : les difficultés d'accès aux soins et aux droits, la nécessité de compétences interculturelles pour les soins et de la prévention et les besoins accrus sur la quantité de services à fournir dans les hôpitaux et en centres de santé frontaliers, en sont des exemples. » (3)

Cette situation de tension entre flux migratoires et accessibilité aux soins fait écho aux problématiques actuelles des DOM de l'Océan Indien.

2. La situation particulière de Mayotte et la problématique des Comores

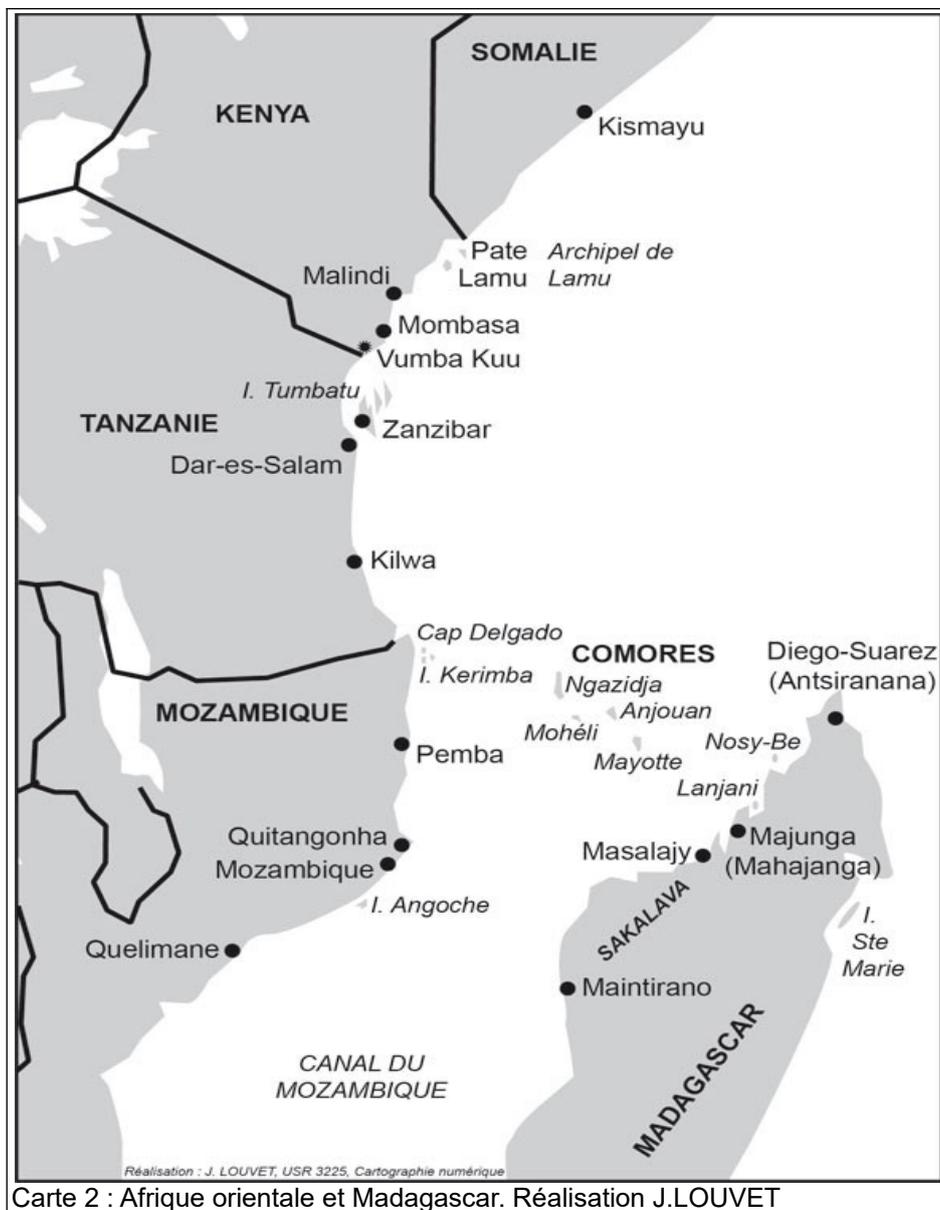
2.1 Histoire et géographie

L'île de Mayotte fait partie de l'archipel des Comores. C'est un groupe de quatre îles appelées d'Ouest en Est Grande-Comore (Ngazidja), Mohéli (Mwali), Anjouan (Ndzouani) et Mayotte (Maore). L'archipel est situé entre le littoral nord du Mozambique et la pointe nord de Madagascar.



Au début du XXe siècle l'archipel des Comores est une colonie française, province de la colonie de « Madagascar et dépendances ». Dans la fin des années 50 l'archipel tend à s'autonomiser, cette période marquant une première rupture entre la population de l'île de Mayotte souhaitant devenir département d'outre-mer et le reste des Comores s'établissant officiellement comme Territoire Français d'Outre-Mer.

Dans les années 70 un referendum est organisé île par île pour décider de l'indépendance du territoire comorien. Parmi les quatre îles de l'archipel, seule Mayotte vote majoritairement pour un maintien dans la Nation française.



Carte 2 : Afrique orientale et Madagascar. Réalisation J.LOUVET

La République Fédérale Islamique des Comores clame son indépendance en 1975 et Mayotte devient officiellement une collectivité territoriale française en 1976.

Le statut de Mayotte évoluera ensuite vers une départementalisation progressive, à la demande de la population mahoraise, pour devenir en mars 2011 le 101ème département français (4).

2.2 Langue et culture

Malgré la séparation administrative entre Mayotte et le reste de l'archipel des Comores, ces îles conservent une proximité culturelle. Elles font partie de l'aire culturelle du swahili, langue véhiculaire parlée en Afrique de l'Est, regroupant une population arabo-africaine imprégnée par l'Islam. L'héritage swahili et la religion musulmane engendrent le partage de nombreuses valeurs et traditions comme le système matrilineaire (mode de filiation reposant sur l'ascendance maternelle), la hiérarchie de l'âge ou les traditions religieuses (5).

Les langues comoriennes se divisent en deux groupes partageant une intercompréhension: d'une part les langues parlées en Grande Comore (*shingazidja*) et à Mohéli (*shimwali*), d'autre part les langues parlées à Anjouan (*shindzuani*) et à Mayotte (*shimaore*). Le shimaore est la langue maternelle la plus courante à Mayotte et coexiste avec plusieurs langues parlées comme le shibushi (dialecte dérivé du malgache) ou le français. Le français est d'ailleurs très minoritaire parmi les langues parlées dans l'enfance et plus d'un habitant sur trois ne le parle pas (6).

2.3 Démographie

D'un point de vue démographique Mayotte est le département français connaissant la plus forte croissance dans **une population qui a doublé en une vingtaine d'années**. En 2017 ce sont 256 000 personnes qui ont été recensées par l'Observatoire Régional de Santé (ORS) contre 131 000 en 1997 (7).

Cette croissance positive s'explique d'une part par un excédent migratoire positif, mais surtout par un **excédent important de naissances, majoritairement de mères étrangères, sur les décès** (8).

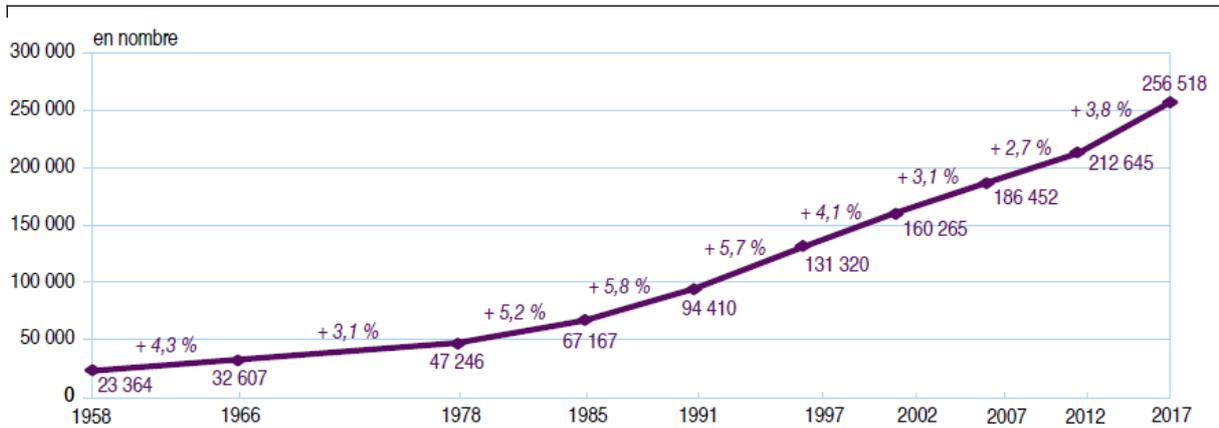
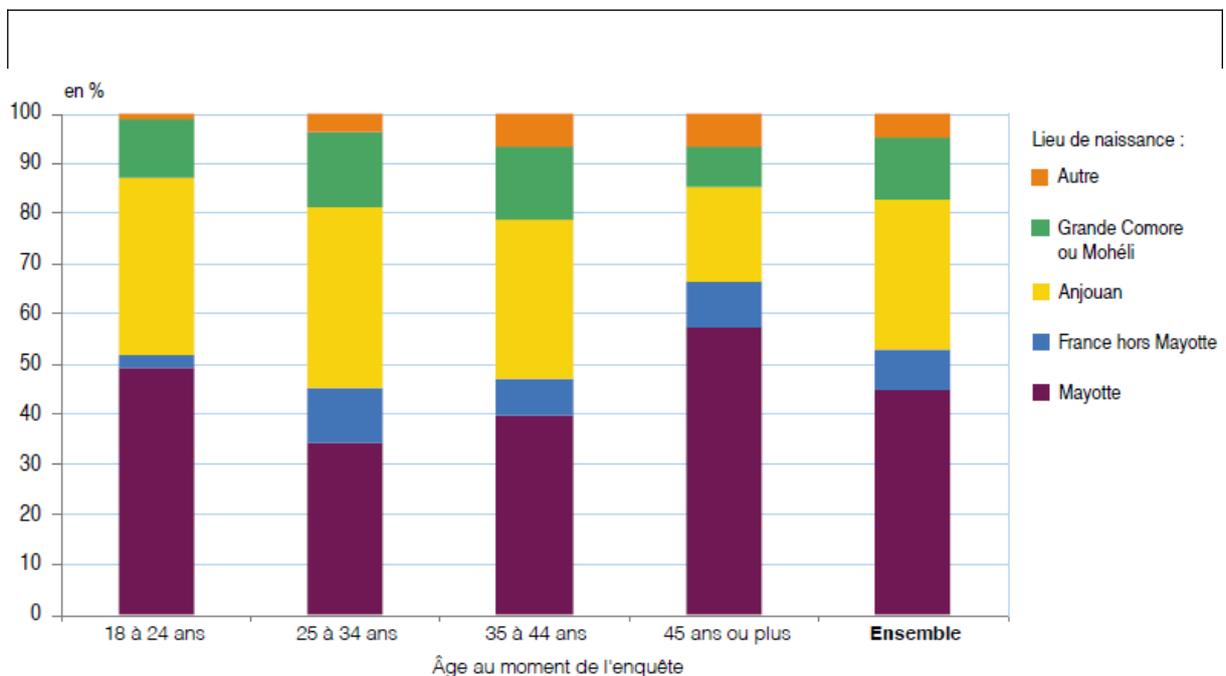


Figure 1: Population de Mayotte depuis 1958 aux années de recensement et taux de variation annuels moyens (en % par an). Source Insee, recensements de la population

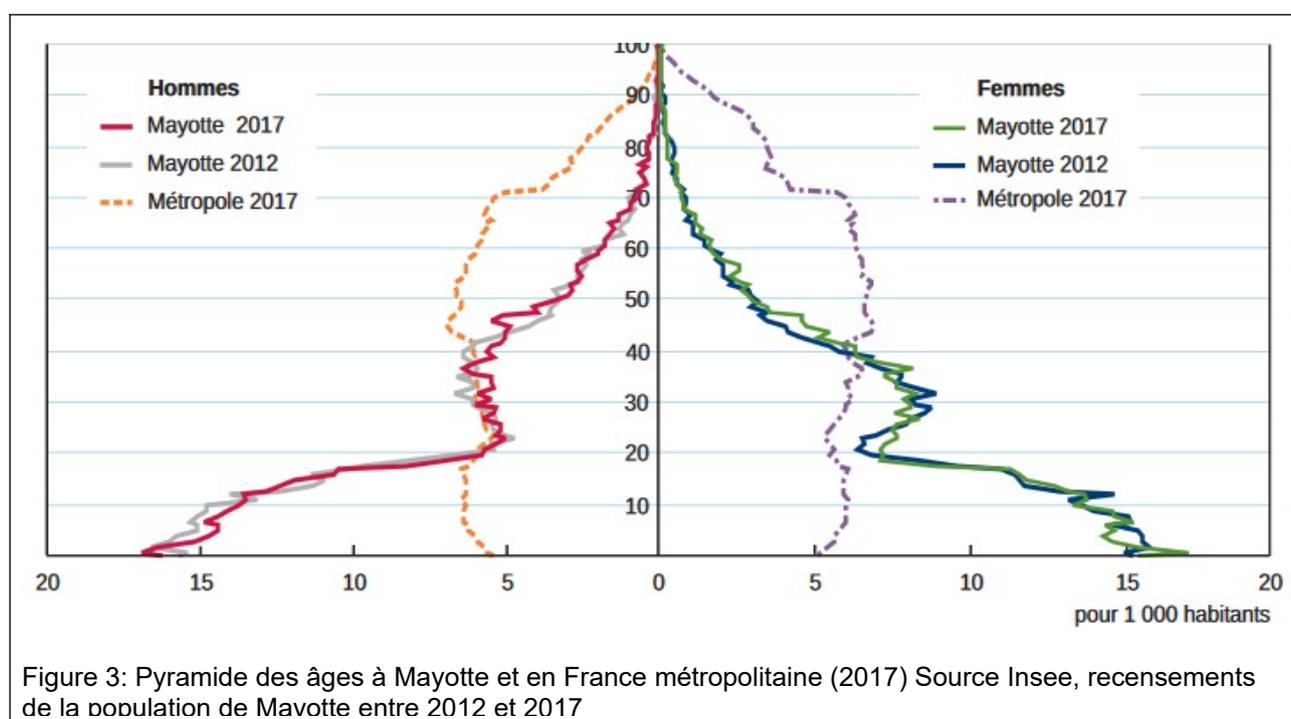
Le département connaît un flux d'immigration depuis plusieurs dizaines d'années : **en 2015 plus de la moitié des adultes âgés de 18 à 79 ans n'était pas née à Mayotte**, parmi eux les natifs des Comores étaient majoritaires (42 % de la population), notamment ceux d'Anjouan (30 %). **La moitié des adultes natifs des Comores sont en situation irrégulière** (9). Mais la mobilité du département est aussi marquée par une importante émigration : chez les jeunes de 18 à 24 ans, 45 % vivent hors du département, principalement en métropole ou à La Réunion, proportion plus élevée qu'aux Antilles ou à La Réunion (33 % et 20 %) (9).



Champ : personnes de 18 à 79 ans résidant à Mayotte.

Figure 2: Composition de la population de Mayotte selon l'âge et le lieu de naissance. Source Ined-Insee, enquête MFV-Mayotte 2015-2016

Mayotte est également le département le plus fécond de France avec un indicateur conjoncturel de fécondité de 4,2 enfants par femme contre 1,8 pour le reste de la France (10). Le taux de natalité en 2020 était trois fois plus élevé à Mayotte (35,2 naissances pour 1000 habitants) que dans le reste de la France (10,9 ‰) et deux fois plus qu'à La Réunion (15,4 ‰) (11). Cette natalité est en augmentation, ceci essentiellement en raison du nombre de naissances issues de mères étrangères, majoritairement comoriennes (69 % des mères étrangères) puis malgaches. À noter également la part importante de jeunes mères de moins de 20 ans (12,6 % des naissances) et de mères mineures (5 % des naissances) qui sont 10 fois plus nombreuses qu'en métropole (respectivement 1,2 % et 0,4 %), pour La Réunion respectivement 8,1 % et 2 % (12,13).



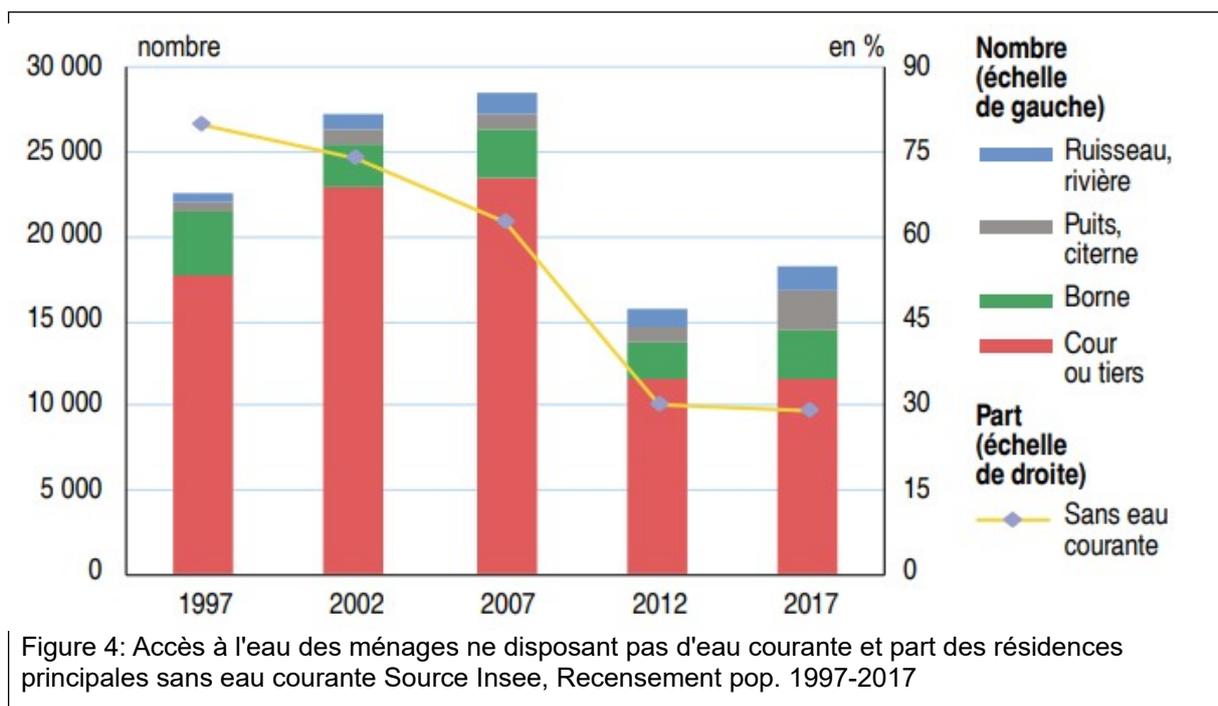
Ceci nous amène à rappeler la jeunesse qui caractérise la population mahoraise. **En 2017 un habitant sur deux était mineur**, un habitant sur cinq avait moins de 6 ans contre 9 % de la population réunionnaise et 7 % de la population métropolitaine. L'âge moyen est de 23 ans contre 41 en métropole et 35 ans à La Réunion (8).

Ainsi la population de Mayotte reste jeune et la population de nationalité étrangère progresse fortement.

2.4 Conditions de logement

On peut décrire à Mayotte deux principaux types d'habitation : les constructions dites fragiles (à base de tôle, bois, terre ou végétal) et celles dites en dur.

Les constructions fragiles continuent de marquer le paysage mahorais et ceci de façon stable malgré l'accroissement important de nouveaux logements et de la population depuis 1997. Elles représentent toujours **quatre logements sur dix**. Moins coûteuses et rapides à construire, elles sont préférentiellement édifiées par les nouveaux arrivants, en particulier ceux venus des Comores, souvent sans emploi, autour des communes principales de l'île. Les conditions de logement y sont plus rudimentaires : le sol est souvent en terre battue ou simplement recouvert d'un revêtement, 20 % n'ont pas accès à l'électricité, quasiment toutes manquent d'une des installations sanitaires de base (eau courante, toilettes ou douche) et sont surpeuplées.



Bien qu'on note une amélioration depuis 1997, **la problématique principale reste celle de l'accès à l'eau courante : un habitant sur trois n'y a pas accès** dans son logement, tendance plus marquée pour les habitats en tôle (56 %) que pour ceux en durs (12 %). L'utilisation d'un robinet dans la cour ou chez des tiers voisins est la solution adoptée par une majorité de foyers. Le recours aux borne-

fontaines est en augmentation et certains ménages s'approvisionnent directement dans des ruisseaux (14).

Du côté des logements en dur, les conditions de vie sont plus favorables et s'améliorent : l'accès à l'électricité et à l'eau courante y sont quasi généralisés et les ménages sont plus équipés. Cependant Mayotte reste loin des standards de la métropole (14).

2.5 Situations familiales et financières

A Mayotte, la moitié des familles (contre 16 % en métropole) sont dites familles nombreuses (au moins 3 enfants mineurs) et 29 % (contre 4 % en métropole) sont dites très nombreuses (quatre enfants ou plus). La plupart des enfants vivent avec leurs deux parents (sept enfants sur dix).

On note qu'après l'âge de 6 ans, près d'un enfant sur dix vit sans ses parents, majoritairement chez un autre membre de la famille (67 %) ou chez une personne sans lien de parenté (23 %).

En prenant la définition nationale des jeunes isolés, soit des jeunes vivant dans un ménage en dehors de leur famille, selon le recensement de l'Institut National de la Statistique et des Études économiques (INSEE) de 2012, ils seraient 4000 sur le territoire mahorais, les trois quarts d'entre eux âgés de 13 à 19 ans. Ce chiffre s'élèverait plutôt autour de 5000-6000 selon les associations locales. Parmi eux, près de 400 vivraient seuls sans référent adulte, la plupart de nationalité comorienne et beaucoup nés à Mayotte mais dont les parents ont été expulsés (15,16).

Ce chiffre est à relativiser en prenant en compte l'organisation familiale dans la culture mahoraise. La prise en charge des enfants y est collective : les adultes, en particulier ceux issus de la lignée maternelle, s'associent pour prendre la responsabilité des enfants. Ainsi, même s'ils ne sont pas les représentants légaux en terme juridiques, les autres adultes ont un devoir de protection et d'assistance aux enfants de leurs apparentés dans un esprit de solidarité familiale. Ils sont communément appelés « oncle » et « tante » sans que ceci traduise un lien de parenté (16).

Plus de la moitié des mineurs fait partie de familles dont aucun des deux parents ne déclare travailler, un taux largement plus élevé que celui observé en France (11

%). Cette tendance s'accroît dans les familles où la personne de référence est de nationalité étrangère (80 % des parents sans travail).

D'après l'enquête Budget des Familles de Mayotte portant sur l'année 2011, **84 % de la population vit sous le seuil de pauvreté métropolitain** (<959€/mois) et la moitié déclare disposer de moins de 384€/mois, niveau très faible comparé à la métropole (1599€/mois) (17).

Le taux de chômage à Mayotte est le plus élevé de France et même de l'Union européenne avec un taux autour de 30 % depuis 2016. Les non natifs de Mayotte (la plupart venant des Comores) sont les plus concernés avec un taux 2,5 fois plus élevé que pour les natifs mahorais (18).

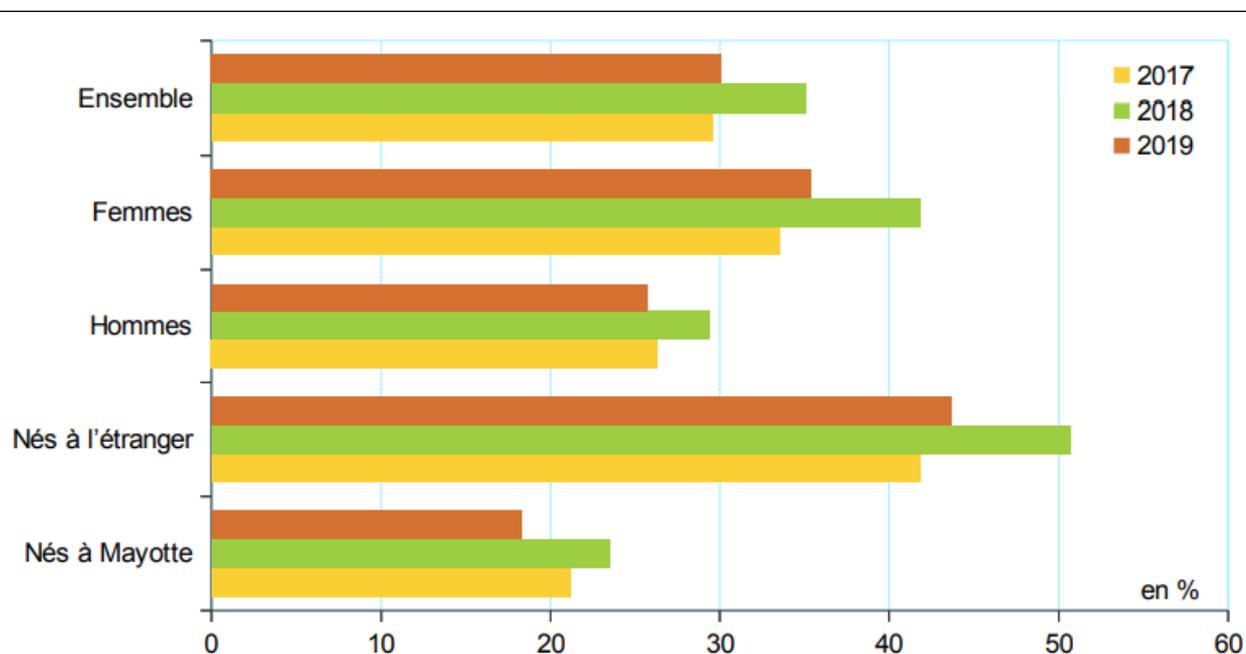


Figure 5: Taux de chômage selon le sexe et l'origine de 2017 à 2019 chez les 15 ans ou plus.

Source : Insee, enquêtes Emploi Mayotte 2ème trimestre

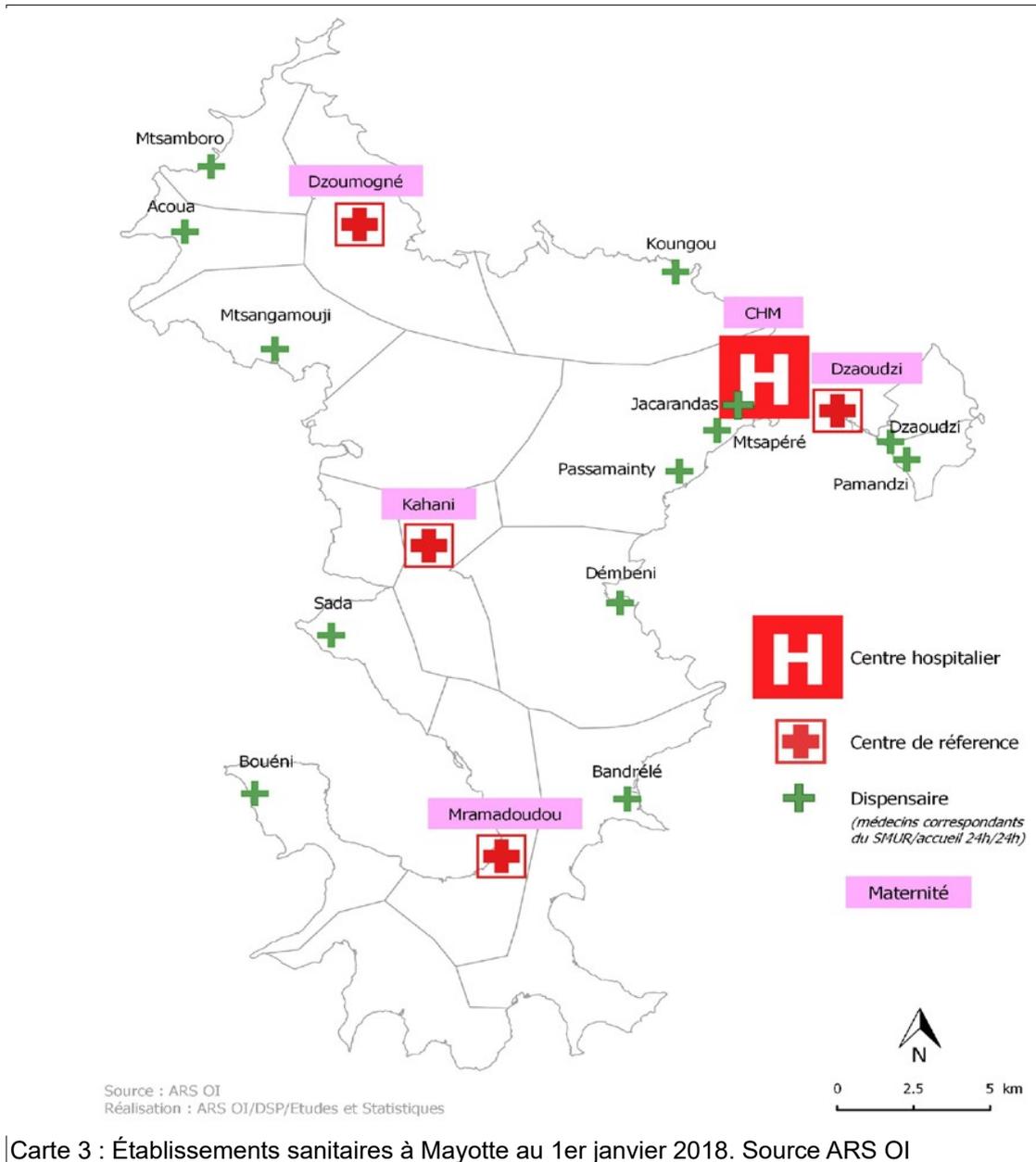
2.6 Offre de soins

L'offre de soins à Mayotte s'articule majoritairement autour d'établissements publics, les seuls établissements privés étant représentés par les 3 centres de dialyse de l'île.

Mayotte est dotée en terme d'offre hospitalière donc publique :

- d'un centre hospitalier situé à Mamoudzou qui assure les hospitalisations en médecine, en chirurgie, centralise le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et les urgences générales ;

- de 4 centres de référence proposant des consultations en médecine générale et des soins avec permanence médicale 24h/24 avec lits d'hospitalisation pour les accouchements physiologiques ;
- de 13 dispensaires répartis sur le territoire et assurant les soins de 1er recours en consultation en journée (19).



Le premier centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et le service d'hospitalisation à domicile en lien avec le CHM ont débuté leur activité en 2021. A noter qu'il n'existe pas d'établissement spécialisé pour la prise en charge des maladies mentales (19).

En termes de capacité d'accueil hospitalier pour un même nombre d'habitants, La Réunion dispose de 2 fois plus de lits que ce soit en médecine ou en chirurgie (19).

La densité de médecins (101 pour 100 000 habitants) et d'Infirmiers Diplômés d'État (IDE) est à Mayotte trois fois moins importante qu'à La Réunion (291 / 100 000) ou qu'en métropole (318 / 100 000). Certaines spécialités sont absentes de l'offre de soins (dermatologie, rhumatologie, chirurgie ophtalmologique) et les autres professions paramédicales sont extrêmement peu représentées voire parfois absentes (orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, opticiens, ...) (20).

Le seul domaine où l'écart est moindre est la gynécologie obstétrique avec un nombre de sages-femmes et une capacité d'hospitalisation deux fois supérieurs à la métropole. Le centre hospitalier de Mayotte est ainsi la première maternité de France avec 9539 accouchements en 2017, devant le CHU de Lille et le Centre Hospitalier Sud Francilien (21).

Du point de vue de l'accueil des personnes en situation de handicap, l'offre est maigre : il existe sur l'île 1 Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP) , 1 Institut Médico-Educatif (IME), 2 établissements pour enfants polyhandicapés et 3 Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) avec des taux d'équipement très inférieurs à ceux de La Réunion (0,7 pour 1000 jeunes de -20 ans contre 5,7 à La Réunion) (19).

S'ajoute au déficit quantitatif de professionnels de santé un turn-over très important de ces mêmes professionnels, majoritairement recrutés hors-département. Hormis pour les professions d' IDE et de puéricultrices, les formations se déroulent hors département (19).

L'activité pédiatrique est constituée d'une importante activité de médecine néonatale et de pédiatrie générale. Il existe également une prise en charge en réanimation couplée au service de réanimation adulte. Les avis spécialisés (oncologie, cardiologie, néphrologie, chirurgie, ...) se font en lien avec les médecins de La Réunion (22) sous forme de missions pluriannuelles ou de téléconsultations. Il n'existe pas de plateau de chirurgie pédiatrique sur Mayotte.

2.6 État de santé

Une mortalité élevée chez les enfants et les plus de 60 ans

La mortalité infantile est trois fois plus importante qu'en métropole avec en moyenne 10 décès par 1000 naissances avant l'âge de 1 an (23). Cette mortalité accrue peut être expliquée par une plus grande précarité des nouvelles mères et une plus grande fragilité des nourrissons. En effet, on rappelle le nombre important de jeunes mères, souvent de nationalité étrangère, vivant souvent dans des conditions de logement plus difficiles, non couvertes par une sécurité sociale donc potentiellement moins suivies en pré-natal, et plus particulièrement les nouvelles mères mineures qui représentent 500 grossesses par an dont 55 chez les moins de 15 ans. D'autre part, les naissances prématurées sont plus fréquentes ainsi que les nouveau-nés à faible poids de naissance (< 2500g) (23).

Après 60 ans, la mortalité est à nouveau plus élevée qu'en métropole. Chez les hommes, le risque de décès est 1,5 fois supérieur. Pour les femmes, chez qui s'ajoutent les facteurs du surpoids et du nombre élevé de grossesses, il est 3 fois supérieur (24). En comparaison avec la métropole **l'espérance de vie à la naissance moindre** (5 ans de moins pour les hommes, 9 ans de moins pour les femmes).

Une méconnaissance des décès

Un quart des décès est d'origine indéterminée. Cette cause indéfinie est la plus fréquente et pourrait s'expliquer par l'accès insuffisant au système de santé et donc la méconnaissance des états de santé par la population (24). Les deux premières causes de décès identifiées sont les maladies de l'appareil circulatoire et les cancers (24).

Cependant le nombre global de décès reste plus faible que dans le reste de la France du fait d'une population très jeune.

2.7 Politique de santé et politique migratoire

Une politique de santé particulière

Malgré la départementalisation en 2011, Mayotte n'obéit pas aux mêmes lois que le reste des départements français, notamment au sujet de la couverture sociale.

L'accès aux soins était gratuit pour tous jusqu'en 2005. Suite à l'arrêté du 12 juillet 2004 et à la création de la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM), **la prise en charge gratuite n'est assurée que pour les affiliés à la CSSM** (25). L'affiliation relève d'une démarche d'inscription individuelle, sous conditions d'être un résident régulier et en situation régulière à Mayotte (donc également ouverte aux étrangers). Les non-affiliés doivent payer un forfait de soins dont les tarifs sont fixés par arrêté. Si cette évolution se rapproche du fonctionnement métropolitain, les conditions d'affiliation sont régies par un texte de loi spécifique (26). On note surtout que **la Complémentaire santé solidaire (ex-Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c)) et l'Aide Médicale d'État (AME) ne s'appliquent pas à Mayotte**. Ainsi les étrangers en situation irrégulière ne disposent d'aucune couverture sociale et les individus les plus précaires, à condition qu'ils aient réalisé les démarches d'affiliation, ne peuvent bénéficier du tiers payant. On note depuis 2019 la mise en place d'une exonération du ticket modérateur pour les soins de ville (pour les affiliés CSSM) et le projet d'extension de la Complémentaire santé solidaire à Mayotte prévu en 2022 (27).

Ces inégalités sont pointées du doigt depuis plusieurs années, notamment par la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde) (devenue le Défenseur des Droits en 2011) qui renouvelle son inquiétude dans un nouveau rapport de 2020 sur « le problème majeur d'accès aux services publics et d'exercice réel des droits qui affecte l'ensemble de la population » (28). Ce rapport très complet revient aussi sur le problème d'affiliation des mineurs de parents non-affiliables et des mineurs isolés de plus en plus nombreux sur l'île. Le dispositif de santé à Mayotte reste « contraire à la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) et à la décision du Conseil d'État du 7 juin 2006 qui a énoncé clairement que les enfants ne peuvent être soumis à aucune restriction d'accès aux soins. Cet arrêté vise les enfants nés et à naître ».

Malgré cette politique de santé dissuasive, Mayotte semble continuer d'offrir des soins plus accessibles et de meilleure qualité aux yeux de la population comorienne

voisine, et bien qu'elle **ne représente qu'environ 9 % des motifs d'immigration** (29), la migration sanitaire participe à l'immigration clandestine.

Une politique migratoire dissuasive

Les liens culturels, historiques et géographiques étroits entre Mayotte et l'Union des Comores (dont l'île la plus proche d'Anjouan se trouve à 70km des côtes mahoraises) expliquent la circulation importante de population entre ces îles.

En 1995, un système d'entrée contrôlée via un visa d'entrée est mis en place pour les Comoriens voulant se rendre à Mayotte (30). Ceci marque la fin de la libre circulation entre les îles et le début de l'immigration clandestine. Le fossé creusé par l'entrée de Mayotte dans le processus d'autonomisation jusqu'à sa départementalisation en 2011 a augmenté les disparités socio-économiques et ainsi la pression migratoire entre ces deux régions. Une politique d'immigration plutôt dissuasive a été renforcée aux cours des années. Citons deux exemples :

- Depuis 2014, le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) est appliqué à Mayotte, sous réserve de nombreuses adaptations. Les conditions d'accès à un titre de séjour sont plus restrictives. La validité du titre de séjour est souvent limitée au territoire de Mayotte et le voyage ailleurs en France nécessite un visa (31).

- Depuis 2019, l'acquisition de la nationalité française à Mayotte est régie par un amendement spécifique (32). Pour obtenir la nationalité française, un bébé né à Mayotte doit avoir, au jour de sa naissance, un de ses parents présent de manière régulière sur le territoire depuis au moins trois mois. Après avoir été saisi à deux recours, le Conseil Constitutionnel a validé cet amendement.

Malgré les différentes mesures prises par le gouvernement français pour maîtriser l'immigration, **la moitié des reconductions à la frontière en France ont lieu à Mayotte** (33). Les actualités à propos de l'immigration clandestine abondent, soit pour relater de nouveaux naufrages (34), soit pour pointer du doigt le lien avec la montée de l'insécurité.

C'est dans ce contexte de proximité culturelle, de fossé socio-économique et de tension migratoire que certains étrangers tentent de gagner Mayotte à la recherche de soins médicaux.

3. EVASAN entre les Comores et Mayotte

Dans les paragraphes précédents, nous avons vu les liens étroits qu'entretiennent Mayotte et l'Union des Comores d'un point de vue géographique, historique et culturel. Nous avons également vu les mouvements migratoires qui les lient. Une partie minoritaire de ces mouvements est constituée par la migration sanitaire, c'est à dire la migration à la recherche de soins difficilement accessibles dans le lieu d'origine.

Comme l'expliquait la thèse du Dr Thocaven (35), il existe une procédure officielle d'EVASAN entre les Comores et Mayotte. Une demande d'évacuation sanitaire est faite par le comité EVASAN des Comores après examen du dossier et acceptée sous condition de paiement par le comité EVASAN du CHM et le directeur du CHM. Les demandes par cette voie légale sont en baisse significative. Ceci pourrait être expliqué par les difficultés de faisabilité des transferts soumis à de nombreuses conditions, dont l'avance des soins nécessaires.

Les transferts illégaux sont beaucoup plus fréquents. D'après les travaux des Dr Thocaven et Goussein (36), sur une période de six mois, 276 patients des urgences du CHM étaient arrivés en de façon clandestine, contre 35 patients arrivés par voie programmée sur la même année entière 2013. Ils se font par les mêmes moyens que la migration non-sanitaire, dans des embarcations maritimes de fortune inadaptées surnommées *kwassa* (ou *kwassa-kwassa*). Ce sont des canots de pêche motorisés d'une dizaine de mètre de long sur un mètre de large, utilisés par les passeurs pour la traversée clandestine. Cette traversée se fait le plus souvent au départ de l'île la plus proche d'Anjouan et coûte en moyenne neuf fois le salaire comorien moyen par adulte. Franchir les 70km qui séparent les deux îles exposent les migrants aux risques de naufrage en mer et d'interception par les autorités.

La proportion de migration pour raison sanitaire varie selon les sources entre 7 et 11 % (29). Cette population présente un retard de prise en charge de pathologies parfois évoluées (36). Les hospitalisations sont plus longues et plus coûteuses.

4. EVASAN entre Mayotte et la Réunion

Du fait du plateau technique non complet de Mayotte, certains patients sont transférés pour suite de prise en charge vers des hôpitaux réunionnais ou métropolitains. Ces transferts sont organisés par un service hospitalier dédié du Centre Hospitalier de Mayotte appelé service EVASAN, qui agit de la réception des

demandes de transfert à l'organisation du transport jusqu'au retour des patients sur le sol mahorais.

Le nombre d' EVASAN au départ de Mayotte est en évolution. Il était de 1006 en 2018 contre 934 patients en 2015 (37). La grande majorité des départs se font vers un établissement de santé réunionnais (920 patients soit 91,5 % des départs totaux de 2018) et plus fréquemment vers un des deux sites du centre hospitalier universitaires (72 %).

Le travail du Dr Barde (38) a montré que la population évasanée au départ de Mayotte était jeune avec **31 % des transferts représentés par les patients mineurs**, soit 311 enfants en 2018, dont 253 vers La Réunion. Les pathologies motivant le transfert étaient graves avec des durées d'hospitalisation en moyenne deux fois plus longues que la population réunionnaise. Ce travail a montré une **association entre l'allongement des durées d'hospitalisations avec l'origine comorienne et la non-affiliation à la CSSM** des patients. Les causes évoquées pouvant expliquer cette différence étaient entre autres :

- le défaut de structures d'aval pouvant accueillir les patients n'ayant pas de famille sur place ;
- l'attente d'un vol retour ;
- l'absence d'accompagnement familial pour les patients mineurs.

Parmi les 253 enfants évasanés vers La Réunion dans le travail du Dr Barde en 2018 (38), 139 soit plus de la moitié sont partis sans accompagnement familial. La majorité était des enfants sans couverture sociale.

La présence parentale fait partie des droits de l'enfant hospitalisé. Ces droits sont encadrés par plusieurs textes officiels (39–41). Ces textes traduisent l'évolution des soins pédiatriques vers une meilleure intégration des dimensions psychologique et développementale de l'enfant. Ces dimensions ont été étudiées dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle, notamment par la théorisation de l'attachement par Bowlby (42), et l'étude de la qualité de ce lien par Ainsworth (43). Ils soulignent la place donnée à l'anxiété de l'enfant et de sa famille. On y comprend l'importance du parent comme un co-acteur des soins dont on devrait favoriser l'accessibilité et la disponibilité. La présence parentale a été démontrée comme bénéfique notamment dans la prise en charge de la douleur (44,45) ou dans l'acceptation de la maladie de l'enfant (46).

INTRODUCTION

Les EVASAN de Mayotte vers La Réunion s'inscrivent dans un contexte régional de disparités sociales et économiques. Malgré sa départementalisation en 2011 (4), Mayotte reste marqué par une précarité avec comme toile de fond sa proximité historique, culturelle et géographique avec l'Union des Comores. Le département est régi par dérogations et n'est pas soumis aux mêmes lois que le reste du territoire national, notamment dans les domaines de l'accès aux soins et de l'immigration (25,26,31,32). La population étrangère grandissante est jeune, précarisée, en moins bonne santé (14,15,24,47). L'offre de soins sous-dimensionnée (19) ne permet pas de couvrir l'ensemble des besoins d'une population ayant doublé en une vingtaine d'années (7).

L' EVASAN de Mayotte vers La Réunion concerne près d'un millier de patients par an (37). Plus d'un patient transféré sur 4 est mineur et 1 enfant sur 2 quitte Mayotte sans accompagnant familial (38).

Les caractéristiques de la population globale ayant bénéficié d'une EVASAN entre Mayotte et La Réunion ont été décrites. Nous savons que la nationalité comorienne et la non-affiliation à la CSSM sont des facteurs associés à l'allongement des durées d'hospitalisation, avec des durées en moyenne deux fois plus longues que la population réunionnaise (38).

Cependant les spécificités de la population pédiatrique restent à étudier. Nous ne savons pas si les facteurs d'allongement des durées d'hospitalisation retrouvés dans les travaux précédents s'appliquent à la population pédiatrique. Par ailleurs, nous ne savons pas si l'absence d'accompagnement familial influe sur les durées d'hospitalisation de ces enfants.

L'objectif principal de notre étude est de décrire les caractéristiques démographiques de la population pédiatrique ayant bénéficié d'une EVASAN de Mayotte vers La Réunion entre 2016 et 2019, et de décrire les caractéristiques des transferts. Les objectifs secondaires sont de déterminer s'il existe une association entre durée d'hospitalisation et accompagnement familial et de décrire le suivi post-EVASAN.

MÉTHODES

1. Type d'étude, population étudiée

Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, transversale, descriptive et analytique de la population pédiatrique ayant bénéficié d'une EVASAN depuis Mayotte vers La Réunion.

Les patients ont été recrutés à partir de la base de données de l'UF EVASAN de Mayotte. Cette base de données réunissait les départs de patients pédiatriques à destination de La Réunion.

La période de recrutement s'étendait du 01/01/2016 au 31/12/2019.

Les patients étaient exclus s'ils étaient âgés de plus de 18 ans ou si leur établissement de destination n'était pas un site du CHU de La Réunion (Nord ou Sud).

2. Source de données et variables

Les données de cette étude étaient issues de deux sources.

La première source était la base de données informatisées de l'UF EVASAN à partir de laquelle les variables suivantes ont été extraites : âge au départ de Mayotte, sexe, nationalité, statut d'affiliation à la CSSM, service demandeur, diagnostic principal au départ, accompagnement du patient, type de transport, date de départ, établissements et services d'accueil.

La deuxième source était le dossier informatisé patient via le logiciel CROSSWAY utilisé dans les deux sites du CHU de La Réunion. A partir de l'analyse individuelle de chaque dossier patient, les variables suivantes ont été recueillies : nombre d'hospitalisations, nombre de jours d'hospitalisation, nombre de jours d'hospitalisation en réanimation, statut francophone, recours à une traduction, recours à une assistance sociale, nature du suivi post-EVASAN, décès.

Pour déterminer la nature du suivi post-EVASAN, les patients ont été suivis jusqu'au 30/03/2020. Plusieurs transferts sur la période de recueil pouvaient être liés au même patient physique. Nous avons analysé chaque transfert comme un patient distinct.

L'âge de départ a été calculé comme la différence entre la date de départ et la date de naissance.

Nous avons créé des catégories d'âges pour classer les patients: moins d'un mois, un mois à cinq ans, cinq à onze ans et plus de onze ans.

La nationalité a été répartie en quatre modalités : française, comorienne, malgache et autres.

Le service demandeur a été réparti en six modalités : pédiatrie générale, réanimation pédiatrique, chirurgie, missions de CHU, néonatalogie et autres.

L'établissement d'accueil a été réparti en deux modalités : CHU Nord et CHU Sud.

Le service d'accueil a été réparti en six modalités : pédiatrie générale, réanimation pédiatrique, chirurgie pédiatrique, oncologie pédiatrique, néonatalogie (incluant la réanimation néonatale) et autres.

Une variable supplémentaire a été créée selon le type de service. Elle a été répartie en deux modalités : conventionnel (pédiatrie générale, chirurgie pédiatrique, oncologie pédiatrique, néonatalogie n'incluant pas la réanimation néonatale) et réanimation (réanimation pédiatrique et néonatale).

Le diagnostic principal au départ a été réparti selon la classification CIM-10. Il prend des valeurs de 1 à 22.

L'accompagnement au départ a été réparti en cinq modalités : mère, père, famille autre, social et absence. Le terme « accompagnant familial » inclut les modalités mère, père et famille autre.

Le type de transport a été réparti en trois modalités : deux modalités de transport dit médicalisé : soit avec médecin, soit avec IDE seul, et une modalité de transport non-médicalisé.

Le recours à une assistance sociale ou à un traducteur étaient cotés comme présents s'ils étaient retrouvés mentionnés dans les observations médicales, les courriers d'hospitalisation ou de consultation, ou s'ils apparaissaient dans les cotations informatisées (cotation de consultation).

Le statut francophone a été recherché dans les observations médicales et les courriers d'hospitalisation ou de consultation.

Le suivi post-EVASAN a été évalué comme suit : les courriers d'hospitalisation ont été analysés à la recherche d'une indication de suivi post-EVASAN en consultation ou en hospitalisation. Nous avons cherché si ce suivi avait été planifié et si le patient était venu. Nous avons différencié les suivis prévus au CHM ou au CHU.

3. Analyses statistiques

Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs absolus (nombre de patients) et effectifs relatifs (pourcentage). Les variables quantitatives ont été exprimées par la moyenne \pm écart type.

Concernant les analyses comparatives bivariées : dans tous les cas, le seuil de significativité pour le risque de première espèce alpha est fixé à 0.05, ce qui équivaut à dire que nous considérons une différence comme statistiquement significative si la valeur critique de « p » est inférieure à 5 %. La comparaison des moyennes a été faite par un test T de Student après vérification des conditions d'application, dans le cas contraire elle a été faite par un test de Wilcoxon.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel STATA V13.1 (StataCorp LP, Lakeway Drive, College Station, Texas 77845 USA).

4. Éthique

Cette étude a été enregistrée dans le registre public de l'INDS sous le numéro MR 0306050220 et a été réalisée conformément à la méthodologie de référence MR004 de la CNIL. Les données patients ont été anonymisées.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

1068 fiches-patients ont été recueillies à partir de la base de données de l'UF EVASAN.

58 patients ont été exclus :

- 57 patients admis hors CHU Nord ou Sud dans la base de données :
 - Hôpital d'Enfants 17 : patients
 - Centre Surdité-IRSAM-Centre Action Médico Sociale Précoce Jacarandas: 11 patients
 - Association Jeunes Diabétiques Cilaos : 9 patients
 - Néonatalogie (par manque de place au CHM) : 5 patients
 - Structure de R ducation Fonctionnelle Infantile 3 patients
 - R ducation non précisée : 2 patients
 - Unité Vanille (pédopsychiatrie) : 2 patients
 - Pédiatrie : 2 patients
 - consultation ORL : 1 patient
 - consultation ophtalmologie : 1 patient
 - non précisé pour 4 patients ;

- 1 patiente adulte.

Au total, 1010 patients ont été inclus dans l'analyse.

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques des patients, modalités de transfert et type de prise en charge

Caractéristiques	2016 n=250	2017 n=231	2018 n=236	2019 n=293	Total n=1010
Sexe n (%)					
Garçon	148 (59)	140 (61)	123 (52)	179 (61)	590 (58)
Fille	102 (41)	91 (39)	113 (48)	114 (39)	420 (42)
Âge n (%)					
< 1 mois	24 (10)	30 (13)	36 (15)	41 (14)	131 (13)
1 mois – 5 ans	129 (51)	105 (45)	133 (57)	149 (51)	516 (51)
5 – 11 ans	65 (26)	58 (25)	31 (13)	50 (17)	204 (20)
> 11 ans	32 (13)	38 (17)	36 (15)	53 (18)	159 (16)
Nationalité n (%)					
données manquantes = 1					
France	106 (42)	96 (42)	104 (44)	117 (40)	423 (42)
Comores	143 (57)	134 (58)	128 (54)	171 (58)	576 (57)
Madagascar	0	0	3 (1)	2 (1)	5 (0,5)
Autre	1 (1)	0	1 (1)	3 (1)	5 (0,5)
Affiliation n (%)					
données manquantes= 2					
Non	98 (39)	83 (36)	105 (45)	131 (45)	417 (41)
Oui	152 (61)	148 (64)	130 (55)	161 (55)	591 (59)
<i>Parmi les Français n (%)</i>					
<i>données manquantes =1</i>					
Non	3 (3)	4 (4)	11 (11)	6 (5)	24 (6)
Oui	103 (97)	92 (96)	92 (89)	111 (95)	398 (94)
<i>Parmi les Comoriens n (%)</i>					
<i>données manquantes = 1</i>					
Non	95 (66)	78 (58)	91 (71)	122 (72)	386 (67)
Oui	48 (34)	56 (42)	37 (29)	48 (28)	189 (33)
Transport n (%)					
Non médicalisé	134 (54)	144 (62)	133 (56)	175 (60)	586 (58)
Avec médecin	65 (26)	59 (26)	64 (27)	68 (23)	256 (25)
Avec IDE seul	51 (20)	28 (12)	39 (17)	50 (17)	168 (17)

Parmi les Français n (%)

Non médicalisé	65 (61)	63 (66)	69 (66)	73 (62)	270 (64)
Avec médecin	29 (28)	31 (32)	23 (22)	29 (25)	112 (26)
Avec IDE seul	12 (11)	2 (2)	12 (12)	15 (13)	41 (10)

Parmi les Comoriens n (%)

Non médicalisé	69 (48)	80 (60)	64 (50)	99 (58)	312 (54)
Avec médecin	35 (25)	28 (21)	37 (29)	39 (23)	139 (24)
Avec IDE seul	39 (27)	26 (19)	27 (21)	33 (19)	125 (22)

Accompagnant n (%)

Aucun	72 (29)	70 (30)	80 (34)	73 (25)	295 (29)
Mère	74 (29)	90 (39)	90 (38)	148 (50)	402 (40)
Père	36 (14)	24 (11)	28 (12)	31 (11)	119 (12)
Famille autre	24 (10)	7 (3)	2 (1)	10 (3)	43 (4)
Social	44 (18)	40 (17)	36 (15)	31 (11)	151 (15)

Service demandeur n (%)

Pédiatrie	117 (47)	112 (48)	122 (52)	138 (47)	489 (49)
Réanimation pédiatrique	12 (5)	16 (7)	17 (7)	16 (5)	61 (6)
Chirurgie	10 (4)	10 (4)	2 (1)	1 (0)	23 (2)
Missions CHU	54 (21)	31 (14)	22 (9)	45 (15)	152 (15)
Néonatalogie	33 (13)	42 (18)	43 (18)	45 (15)	163 (16)
Autre	24 (10)	20 (9)	30 (13)	48 (16)	122 (12)

Hôpital d'accueil n (%)

CHU Nord	167 (67)	189 (82)	171 (72)	230 (79)	757 (75)
CHU Sud	83 (33)	42 (18)	65 (28)	63 (21)	253 (25)

Service d'accueil n (%)

Pédiatrie	79 (32)	62 (27)	75 (32)	58 (20)	274 (27)
Réanimation pédiatrique	23 (9)	26 (11)	34 (14)	23 (8)	106 (10)
Chirurgie pédiatrique	86 (34)	81 (35)	56 (24)	127 (43)	350 (35)
Oncologie pédiatrique	17 (7)	24 (10)	21 (9)	27 (9)	89 (9)
Néonatalogie	34 (14)	29 (13)	44 (18)	42 (14)	149 (15)
Autre	11 (4)	9 (4)	6 (3)	16 (6)	42 (4)

Type de service n (%)

données manquantes = 18

Réanimation	85 (34)	94 (42)	87 (38)	92 (32)	358 (36)
Conventionnel seul	164 (66)	132 (58)	143 (62)	195 (68)	634 (64)

2. Modalités de transfert et de type de prise en charge selon nationalité et affiliation à la CSSM

Tableau 2: Modalités de transfert et du type de prise en charge selon la nationalité et l'affiliation à la CSSM

	France	Comores	Affiliés	Non-affiliés
Type de service n (%)				
données manquantes = 18				
Réanimation	129 (31)	222 (39)	188 (32)	170 (42)
Conventionnel seul	287 (69)	344 (61)	393 (68)	239 (58)
Transport n (%)				
Non médicalisé	270 (64)	312 (54)	388 (66)	197 (47)
Avec médecin ou IDE	153 (36)	264 (46)	203 (34)	220 (53)
Accompagnement n (%)				
Familial	350 (83)	210 (36)	472 (80)	91 (22)
Mère	260	138	334	67
Père	69	50	107	12
Autre	21	22	31	12
Non familial	73 (17)	366 (64)	119 (20)	326 (78)
Aucun	52 (12)	239 (41)	74 (13)	220 (53)
Social	21	127	45	106

3. Durées d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation était de $44,3 \pm 2,2$ jours pour les patients comoriens et de $26,0 \pm 1,6$ jours pour les patients français ($p < 0,0001$) (24 données manquantes).

Elle était de $45,2 \pm 2,4$ jours pour les non-affiliés et de $30,5 \pm 1,8$ jours pour les affiliés ($p < 0,0001$) (2 données manquantes).

La durée d'hospitalisation en réanimation était de $15,2 \pm 2,4$ jours pour les patients comoriens et de $14,0 \pm 1,8$ jours pour les patients français ($p=0,74$).

Elle était de $14,8 \pm 2,8$ jours pour les non-affiliés et de $14,4 \pm 1,8$ jours pour les affiliés ($p=0,89$).

La durée d'hospitalisation était de $44,7 \pm 2,2$ jours pour les patients sans accompagnant familial, et de $30,2 \pm 1,9$ jours pour les patients avec accompagnant familial ($p<0,0001$).

Parmi les patients français, la durée d'hospitalisation était de $32,1 \pm 4,2$ jours pour les patients sans accompagnant familial, et de $24,8 \pm 1,8$ jours pour les patients avec accompagnant familial ($p=0,0002$).

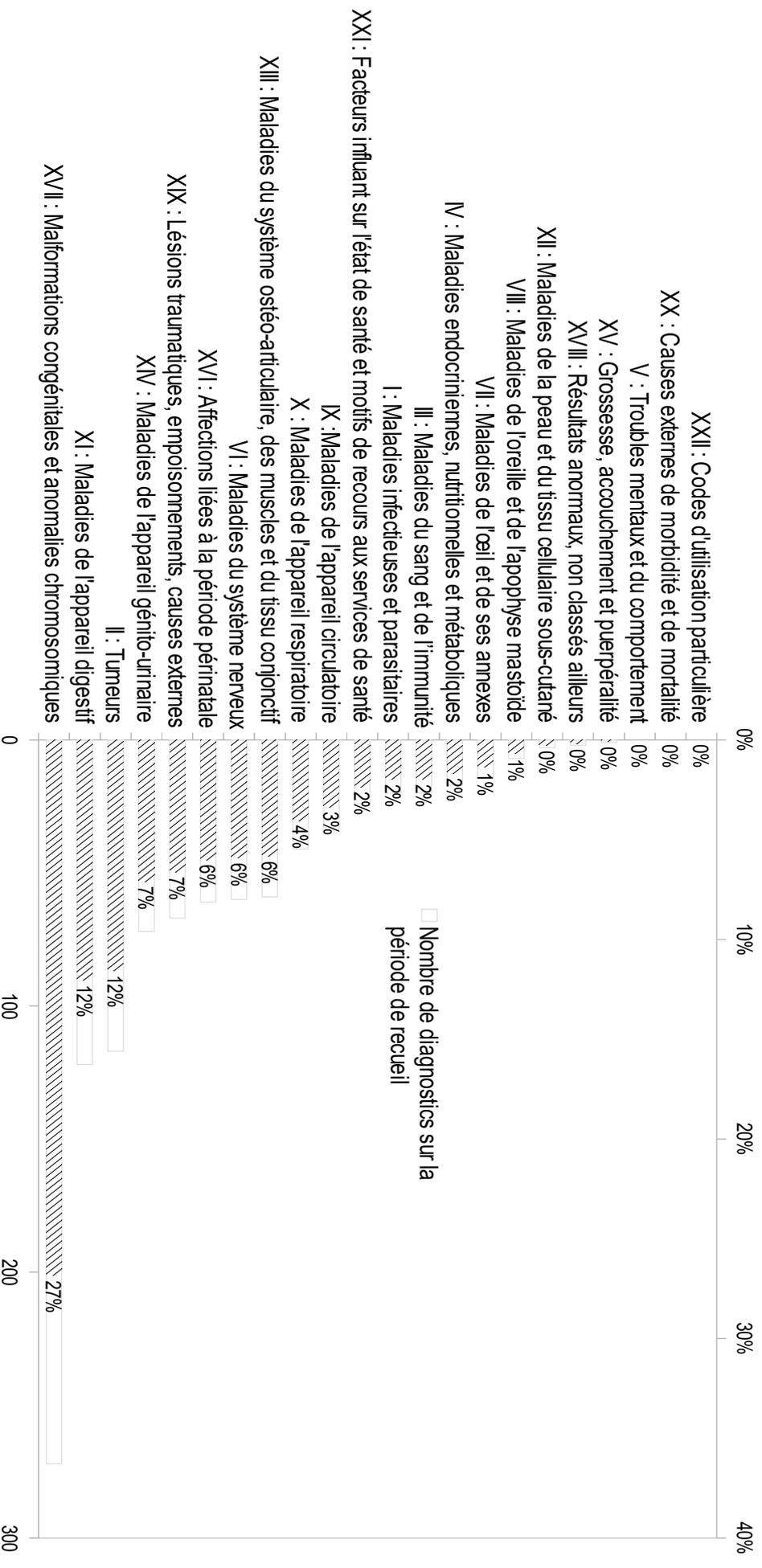
Parmi les patients comoriens la durée d'hospitalisation était de $47,3 \pm 2,6$ jours pour les patients sans accompagnant familial, et de $39,1 \pm 4,1$ jours pour les patients avec accompagnant familial ($p < 0,001$).

4. Motifs de transfert selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-10)

24 patients ont été transférés en Néonatalogie par manque de place en hospitalisation au CHM.

Figure 6 : Répartition des diagnostics de départ selon la classification CIM-10 (page 31)

Repartition des diagnostics de départ selon la classification CIM-10



5. Devenir et suivi post-EVASAN

Tableau 3: Devenir et suivi post-EVASAN des patients non décédés

Patients retournés à Mayotte n (%)	802 (82)
Absence de suivi proposé	298 (37)
Suivi proposé	504 (63)
<i>Suivi réalisé</i>	<i>410 (81)</i>
<i>Suivi non réalisé</i>	<i>94 (19)</i>
Patients non retournés à Mayotte n (%)	171 (18)
Absence de suivi proposé	35 (20)
Suivi proposé	136 (80)
<i>Suivi réalisé</i>	<i>123 (90)</i>
<i>Suivi non réalisé</i>	<i>13 (10)</i>
Total des patients analysés n (%)	973 (100)
données manquantes = 4 (décès et retour inconnus)	

6. Autres résultats

33 patients (3 %) sont décédés sur la période de recueil (17 français, 15 comoriens, 1 malgache).

42 patients (4 %) ont bénéficié d'une EVASAN secondaire vers la métropole.

271 patients (27 %), dont 185 patients comoriens, ont bénéficié d'une assistance sociale.

85 patients étaient déclarés non-francophones, mais le statut francophone n'était pas renseigné dans 885 dossiers.

58 patients ont bénéficié d'un service de traduction.

DISCUSSION

1. Résultats principaux

Population globale

Le nombre d' EVASAN pédiatriques entre Mayotte et La Réunion augmente entre 2016 et 2019. L'évolution du nombre d' EVASAN pédiatriques est similaire à celle des EVASAN adultes et enfants confondus. Elle suit l'augmentation observée depuis 2015 par l' UF EVASAN (37).

Sexe et âge

Le sex-ratio est de 1,4 en faveur des garçons. La population est majoritairement représentée par les enfants de moins de 5 ans (63 %). **On retrouve une prédominance néonatale (plus d'1 patient sur 10).**

La répartition selon l'âge concorde avec la répartition nationale des séjours hospitaliers en pédiatrie dont les moins de 5 ans représentait 60 % en 2019 (48).

Le nombre important d' EVASAN néonatales peut être lié à l'activité néonatale très importante à Mayotte, première maternité de France (21) avec un taux de natalité 3 fois plus élevé qu'en métropole. Les malformations congénitales découvertes en post-natal sont plus fréquentes car l'activité de diagnostic anténatal y est moindre, dans un contexte de croyances religieuses opposées à l'interruption de grossesse. Les patients atteints de malformations nécessitant une prise en charge chirurgicale devront bénéficier d'une EVASAN vers le plateau chirurgical de La Réunion. La surcharge d'activité en néonatalogie au CHM est également un des motifs de transfert, mais elle est minoritaire.

Hôpital et service receveurs

Concernant l'établissement d'arrivée, **trois quart des patients sont pris en charge au CHU Nord**, soit 230 patients en 2019 sur un total de 293 transferts vers les CHU. Cette répartition Nord/Sud est stable sur la période d'étude.

La répartition des EVASAN en faveur du CHU Nord peut être expliquée d'une part par la présence exclusive des filières d'oncopédiatrie, de néphropédiatrie et de dialyse ; d'autre part par l'importante activité de chirurgie pédiatrique (majorité des patients opérés au CHU Nord, chirurgie néonatale exclusivement au CHU Nord).

Concernant les services receveurs, la proportion de transferts en pédiatrie générale décroît doucement, alors que celle des transferts en chirurgie pédiatrique a fortement augmenté en 2019. Les tendances pour les autres services sont stables.

La diminution des transferts vers les services de pédiatrie générale réunionnais traduit peut-être une augmentation et diversification des prises en charges médicales possibles au CHM. Nous n'avons pas d'élément expliquant l'augmentation soudaine de l'activité chirurgicale en 2019. La comparaison de nos résultats avec des données plus récentes serait nécessaire afin de confirmer cette évolution.

Assistance sociale

Plus d'un quart des patients (27 %) ont bénéficié d'une assistance sociale, parmi eux 68 % étaient de nationalité comorienne.

La proportion de recours à une assistance sociale (27 %) semble faible devant le nombre de patients non affiliés à la CSSM (41 %). Cette proportion peut être sous-estimée par l'absence de codage informatique ou de mention systématique dans les dossiers. La majorité des patients ayant bénéficié d'une assistance sociale étaient de nationalité comorienne (185 patients) mais un nombre important ne l'étaient pas (86 patients). Il serait intéressant de comparer ces chiffres avec la population pédiatrique non évasanée.

La nature de l'intervention des travailleurs sociaux n'a pas pu être analysée à partir des éléments recueillis dans ce travail. Cependant, par expérience, nous pouvons affirmer que le travail des assistants sociaux est conséquent pour l'ouverture des droits de prise en charge des soins, pour trouver des ressources pour les parents ayant pu accompagner leur enfant, pour trouver et établir un contact avec les familles n'ayant pas pu accompagner leur enfant, ceci en lien avec leurs collègues de Mayotte, pour organiser les rapprochements familiaux, etc. De surcroît, les rapprochements familiaux sont complexifiés par la situation irrégulière dans laquelle se trouvent parfois les familles à Mayotte ou par le fait qu'elles soient restées aux Comores.

Statut francophone et service de traduction

Seuls 85 patients non-francophones et 58 recours à un service de traduction ont été recensés. L'information était manquante dans 885 dossiers.

Concernant le recours à la traduction, nos chiffres sont probablement très sous-estimés : d'une part le statut francophone était absent de 88 % des dossiers analysés (et rappelons qu'un habitant sur trois à Mayotte ne parle pas français (6)) ; d'autre part le service de traduction ne bénéficie pas d'un codage informatique ou d'une mention systématique dans les dossiers des patients ; enfin il existe au sein de l'hôpital une liste de locuteurs en langue étrangère travaillant à d'autres fonctions que la traduction. Ces derniers se signalent de façon bénévole et peuvent être sollicités pour traduire auprès des patients, selon leur disponibilité. Le recours à ce type de traduction n'est pas exceptionnel, mais il n'est pas non plus tracé au niveau informatique.

Au vu des éléments recueillis, tous les patients qui auraient nécessité un service de traduction n'en ont probablement pas bénéficié. Cependant nous ne pouvons conclure de façon claire sur l'adéquation entre besoin et offre de traduction pour les patients EVASAN. Il serait nécessaire que ces éléments apparaissent de façon systématique dans les dossiers patients pour pouvoir effectuer de meilleures analyses.

Nationalité

La majorité des patients évasanés sont de nationalité comorienne, ils représentent 57 % des départs de Mayotte, ce chiffre est stable sur la période d'étude. Les patients français représentent 42 % des EVASAN. La proportion de patient de nationalité malgache ou autre reste négligeable (<1 %).

Dans la population étudiée, la proportion de patients de nationalité comorienne est plus importante qu'en population générale (48 %) tous âges confondus (8). Notre étude ne permet pas de savoir s'il s'agit de patients récemment arrivés à Mayotte (par exemple par le biais des EVASAN « illégales » en kwassa) ou installés depuis longtemps. Dans notre pratique à l'interrogatoire les patients disent souvent être arrivés récemment. La surreprésentation des patients comoriens traduit leur état de santé plus défavorable.

Concernant les comoriens arrivés de façon récente à Mayotte, la question principale est celle de l'accès et de la qualité des soins aux Comores : malgré un réseau de santé assez dense, la dotation en personnel et équipement médicaux semble insuffisante. Les structures sanitaires sont délaissées par la population comorienne. Le coût des soins y est élevé pour une population à très faible niveau de ressources (36). La qualité perçue des soins disponibles à Mayotte et la familiarité culturelle avec les Comores sont probablement d'autres facteurs expliquant la migration sanitaire entre ces îles. Dans le travail du Dr Gaussein, étudiant les patients comoriens récemment arrivés à Mayotte par voie illégale, plus de la moitié des patients avaient déjà été hospitalisés aux Comores. Néanmoins à leur arrivée à Mayotte, 75 % de ces derniers avaient à nouveau nécessité une hospitalisation. De plus, parmi les patients n'ayant jamais été hospitalisés antérieurement aux Comores, 68 % avaient nécessité une hospitalisation à Mayotte (36). Ces chiffres questionnent l'efficacité du système de soins comorien et le délaissement des structures sanitaires par la population comorienne.

L'amélioration du secteur de la santé dans l'Union des Comores pourrait passer par des plans d'aides structurelle et financière internationaux en améliorant l'accès aux soins, la communication aux usagers, la qualité des équipements et la formation et l'emploi de personnels qualifiés.

La deuxième problématique est celle de l'aggravation d'états de santé déjà précaires, engendrée par les conditions de migration. La majorité des personnes migrant pour raison sanitaire arrivent à Mayotte de façon illégale, comme l'ont montré les travaux des Dr Gaussein et Thocaven (35,36) : pour rappel, sur une période de six mois, 276 patients des urgences du CHM étaient arrivés en kwassa, contre 35 patients arrivés par voie programmée sur la même année entière. Ces derniers sont dans un état de santé plus grave que ceux transférés par la procédure légale, supposément à cause des délais et conditions de transport. Les obstacles à la voie légale sont nombreux : complexité administrative, difficulté à avancer les frais de soins, difficulté à obtenir un visa sanitaire.

Plusieurs perspectives d'amélioration ont été proposées dans le travail du Dr Thocaven afin de faciliter la procédure d'EVASAN entre les Comores et Mayotte : création de formulaires uniques et pré-remplis, création d'un véritable circuit des demandes, permettre une traçabilité des demandes, identifier des référents médicaux côté Comores et Mayotte pour chaque dossier, plafonner le montant des devis des frais de soins etc. L'objectif serait de permettre aux patients nécessitant

une EVASAN d'arriver au CHM dans des conditions de transport adaptées, et de limiter les EVASAN non nécessaires en ré-orientant les patients vers des filières de soins adaptées à leurs besoins aux Comores, si ces filières existent. Ce dernier point nous permet de rappeler le lien crucial entre amélioration du système de santé dans l'Union des Comores et amélioration des conditions d'EVASAN. Par ailleurs, la procédure de transfert légal devrait idéalement assurer un accompagnement familial systématique des patients mineurs par un parent.

Pour les patients comoriens résidant depuis longtemps à Mayotte se pose la question de leur utilisation des soins et des obstacles à leur recours.

Florence et al. a retrouvé que **le renoncement aux soins est trois fois plus fréquent chez les patients étrangers** (29). Les obstacles aux soins sont également plus fréquents. **Chez les patients non-français, le premier obstacle évoqué est le coût des soins, le deuxième est la peur de l'arrestation** (29).

Le problème du coût des soins peut être expliqué d'une part par une précarité financière. Plusieurs indicateurs le montrent dans la population comorienne: taux de chômage (18), logement fragile, absence d'accès à l'eau courante ou à l'électricité (14). Cette précarité financière est elle-même associée à une précarité sociale : situation irrégulière (9), barrière de la langue (6), isolement géographique, isolement des mineurs (15), méconnaissance des droits, etc. Ces facteurs limitent en soi l'accès aux soins. S'y ajoute l'accès difficile aux aides sociales : la Complémentaire santé solidaire et l'AME ne s'appliquent pas à Mayotte (26). L'affiliation à la CSSM est le résultat d'une démarche individuelle et nécessite une situation régulière sur le territoire mahorais. Les ressources des personnes non-affiliées et précaires sont ainsi plus faibles, que ce soit sur le plan personnel ou sur le plan des aides sociales.

Le travail de Florence et al. montrait, dans la population étrangère, un recours significativement plus faible à la médecine libérale, contrastant avec un recours aux soins semblable concernant les urgences, les hospitalisations ou les consultations en dispensaire (29). Ce constat est corroboré par de récentes données de l'INSEE qui montraient que plus les personnes sont pauvres, plus elles fréquentent les centres de consultations publics (47). Ces données soulignent les difficultés d'accès à la médecine de ville pour la population étrangère, et traduisent la pression exercée sur le secteur de santé public.

Concernant la population pédiatrique, le renoncement est six fois plus fréquent dans la population étrangère (29). Pourtant depuis 2012, le Code de la

Santé Publique stipule que les soins concernant les mineurs « sont pris en charge en totalité lorsque les ressources des personnes concernées sont inférieures [à un montant fixé par une décision du représentant de l'État] » (article L.6416-5 du code de la santé publique). L'application effective de ce texte de loi est également mise en doute quand on observe les chiffres décrits par Médecins du Monde : dans une étude menée dans leurs centres de consultation pédiatrique, où la population consultant était majoritairement comorienne, le retard de soins estimé par l'équipe médicale s'élevait à un tiers des consultations (49). 53 % des patients avaient renoncé à des soins nécessaires dans la dernière année. Ce chiffre s'élevait à 72 % si les 2 parents étaient en situation irrégulière.

Il serait intéressant de réfléchir à l'amélioration de l'accès à la médecine de ville pour la population étrangère, par exemple en favorisant l'application de l'AME et de la Complémentaire Santé Solidaire au département de Mayotte, dans l'alignement à la réglementation en vigueur en France métropolitaine. De telles mesures pourraient favoriser la médecine préventive, limiter le renoncement aux soins et empêcher la chronicisation de problèmes de santé initialement aigus. Par ailleurs il semble nécessaire de veiller au respect du Code de la Santé Publique, concernant la prise en charge financière des soins aux mineurs pour les personnes à ressources limitées.

Le problème de la peur de l'arrestation est lié à la pression exercée par les contrôles d'identité sur le territoire mahorais. Comme le rapporte le Défenseur des Droits (28), ces contrôles se sont intensifiés jusqu'à avoir lieu aux abords de lieux de soins ou de locaux associatifs, limitant ainsi la mobilité des personnes adultes mais aussi mineures et entravant leur accès aux soins. Cette hausse des contrôles est survenue malgré les recommandations antérieures, faites aux ministères de l'Intérieur et de la Justice, appelant à encadrer ces pratiques dissuasives. Devant ses inquiétudes renouvelées, le Défenseur des Droits a échangé avec la directrice de l'Agence Régionale de Santé et le sous-préfet à la lutte contre l'immigration illégale de Mayotte, au sujet d'un projet de convention entre l'ARS et la Police aux Frontières. Ce projet viserait à établir des zones protégées autour des centres de santé où il ne pourrait y avoir de contrôle d'identité. Bien que les suites ne nous soient pas connues, nous partageons la satisfaction du Défenseur des Droits vis-à-vis de ce projet et partageons son souhait que de telles zones soient créées aux abords d'autres lieux d'exercice de droit (associations humanitaires, écoles, etc.).

Nous rappelons que des Ordonnances de Quitter le Territoire Français ont déjà été prononcées (puis sanctionnées) à l'encontre de personnes en situation régulière ou français (50). A Mayotte, les mesures d'éloignement sont rapides et ne font que rarement l'objet d'un accès au juge. Ainsi, la peur de l'arrestation ne concerne pas que les personnes en situation irrégulière. En plus d'entraver l'accès aux soins pour tous, nous pensons que cette situation renforce le risque que les enfants hospitalisés et bénéficiant d'une EVASAN se retrouvent sans accompagnant familial.

Affiliation

La majorité des patients sont affiliés à la CSSM (59 %) mais la répartition diffère selon la nationalité : **la quasi totalité des patients français sont affiliés à la CSSM (94 %), alors que seul un tiers des patients comoriens sont affiliés (33 %)**. Sur la période d'étude, la tendance à l'affiliation est stable chez les patients français. Elle est plutôt à la baisse chez les patients comoriens : 34 % en 2016 et 28 % en 2019.

Nous pensons que cette diminution traduit un déséquilibre entre l'augmentation de la population comorienne à Mayotte et les possibilités d'accès aux droits sociaux.

Dans le cadre de l'EVASAN et l'urgence du transfert, les démarches sociales n'ont parfois pas le temps d'être entreprises au départ de Mayotte. Ainsi, nos chiffres reflètent réellement la situation d'affiliation de la population en demande d'EVASAN. Cette situation pourrait expliquer le recours très fréquent au service d'assistance sociale à l'arrivée à La Réunion.

Il nous semblerait intéressant de réfléchir au renforcement de la communication et information de la population concernant leurs droits, notamment en matière d'accès aux soins, et de favoriser l'accessibilité aux structures en charge de l'affiliation (transport en commun, traduction des documents, etc.), afin que la totalité de la population éligible soit affiliée. De plus, comme l'a recommandé le Défenseur des Droits (28), il nous semble intéressant de systématiser l'affiliation des mineurs dont les parents ne sont pas affiliés et celle des mineurs non accompagnés, dans l'intérêt supérieur de ces enfants.

Accompagnant

Une majorité de patients (56 %) a bénéficié d'un accompagnant familial. Cette proportion a augmenté de 54 % en 2016 à 64 % en 2019.

Les mères sont majoritaires et en proportion grandissante (51 % en 2019 contre 30 % en 2016). Viennent ensuite les pères, accompagnant 12 % des transferts, chiffre stable sur la période d'étude. Les accompagnants familiaux non spécifiés sont minoritaires et concernent 4 % des transferts sur les quatre ans de recueil.

La proportion des patients accompagnés par leur famille augmente, mais **1 patient sur 3 quitte encore Mayotte sans accompagnant familial en 2019**. En l'absence de famille, la plupart des transferts sont réalisés en l'absence totale d'accompagnant.

Les modalités d'accompagnement diffèrent de façon nette selon la nationalité et l'affiliation : **l'absence d'accompagnant familial est plus fréquent parmi les patients comoriens (64 % contre 17 % pour les patients français) et les non-affiliés (78 % contre 20 % pour les affiliés).**

La problématique des contrôles de police explique probablement les chiffres retrouvés dans notre étude concernant l'accompagnement familial. L'absence d'accompagnant familial au départ de Mayotte pourrait être expliquée par l'absence de parents sur le territoire mahorais ou par leur peur de se présenter à l'hôpital. Si les enfants ont pu effectuer la traversée avec leurs parents, il est possible que ces derniers aient été expulsés secondairement. Certains enfants réalisent la traversée Comores-Mayotte seuls pour dans l'espoir de diminuer leur risque de reconduction. Mais depuis que l'ordonnance n°2000-373 du 26 avril 2000 a été abrogée par l'ordonnance n°2014-464 du 7 mai 2014 (31), le CESEDA ne fait plus de différence entre personne majeure et mineure sans représentant légal. Les deux statuts sont passibles de reconduction à la frontière dans un délai d'un jour franc. La précédente ordonnance était plus protectrice des mineurs isolés, avec nomination d'un administrateur *ad hoc* pour assister le mineur dans les procédures administratives et juridiques. Il est aussi possible que les parents se cachent des autorités, par peur d'être expulsés et de laisser le reste de la fratrie seul.

L'accompagnement familial devrait être la règle dans le respect des droits de l'enfant hospitalisé. Il est mis à mal par des situations sociales et juridiques dépassant le cadre hospitalier. Il nous semble nécessaire que les parents accompagnant un enfant en demande de soins ne puissent être reconduits à la frontière.

Type de service

La majorité des patients n'ont pas nécessité de soins en réanimation (64%). La fréquence d'hospitalisation en réanimation augmente avec la nationalité comorienne (39 % vs. 31 % parmi les français) et avec la non-affiliation (42 %).

Transport

La majorité des transports sont non médicalisés (58 %), toutefois 1 patient sur 4 nécessite l'intervention d'un médecin. Les transports avec médecin/IDE sont plus fréquents parmi les patients comoriens comparés aux patients français (46 % vs. 36 %). La différence dans le transport avec médecin ou IDE est encore plus grande si l'on compare les statuts d'affiliation à la CSSM (53 % non-affiliés vs. 34 % affiliés).

La plus grande fréquence des hospitalisations en réanimation et des médicalisations du transport, parmi les patients comoriens et les non-affiliés, pourrait traduire la gravité de leur état de santé.

2. Résultats secondaires

2.1 Facteurs associés à l'allongement des durées d'hospitalisation

Nous avons retrouvé 3 facteurs associés à l'allongement des durées d'hospitalisation : la nationalité comorienne, l'absence d'affiliation à la CSSM (ces deux associations ayant déjà été retrouvées dans la thèse du Dr Barde (38)) **et l'absence d'accompagnant familial**. Cependant ces deux premiers facteurs n'étaient pas associés à des séjours en réanimation plus longs. Ces résultats d'apparence contradictoires nuancent le lien entre gravité et durée d'hospitalisation. Les patients comoriens, non-affiliés, sans accompagnant familial, arriveraient dans un état plus grave, mais ne nécessiteraient pas significativement de soins plus « lourds ».

Nous introduisons cette nuance sachant que la durée d'hospitalisation en réanimation n'est pas un indicateur idéal de gravité. En effet elle peut indiquer une période de soins critiques, mais des soins d'intensité importante sont également réalisés dans des services conventionnels.

Quelle serait alors l'explication pour des hospitalisations prolongées ? Nous avons retrouvé que l'absence d'accompagnant familial était associée à un allongement des durées d'hospitalisation, que les patients soient comoriens ou français.

On peut alors supposer que **l' allongement des durées d'hospitalisation serait plus lié à une situation sociale précaire qu'à la gravité d'un état de santé.**

Le devenir des patients considérés mineurs non accompagnés au départ de Mayotte est problématique : quel est leur devenir à la sortie de l'hôpital à La Réunion ? S'ils ne relèvent plus de soins hospitaliers, les mineurs non accompagnés sont en théorie mis sous la responsabilité de l'Aide Sociale à l'Enfance pour qu'ils soient hébergés (foyer d'accueil, familles d'accueil, etc.). En pratique l'ASE n'a que rarement des solutions d'hébergement à proposer au jour de la sortie de l'hôpital. Ceci est vrai pour les mineurs non accompagnés étrangers, mais également pour les enfants réunionnais ne pouvant retourner dans leur hébergement antérieur à l'hospitalisation. Si les possibilités d'accueil à La Réunion sont moins limitées qu'à Mayotte, la tension entre offre et demande d'hébergement reste néanmoins très élevée. Doivent-ils être accompagnés sur le département de La Réunion ou celui de Mayotte ? Ces patients se retrouvent hospitalisés de façon prolongée en attente d'une solution sociale (28).

La question du devenir des patients mineurs non accompagnés soulève un réel raisonnement éthique qui est celui du déracinement familial, celui du sens de proposer des soins à un enfant s'il ne peut plus vivre dans son environnement familial.

2.2 Devenir et suivi des patients

La majorité des patients est retournée à Mayotte (82 %). Parmi eux, plus d'un tiers n'a pas eu de suivi prévu. Si l'on suppose que les suivis nécessaires avaient tous été organisés on peut conclure qu'un tiers des patients retournés à Mayotte ne nécessitait pas de soins hospitaliers ultérieurs. Néanmoins parmi les patients pour qui un suivi était prévu, près d'un patient sur 5 ne s'est pas présenté. Ce chiffre peut être surestimé : les dossiers du CHM n'ayant pas été analysés dans cette étude, certains patients ont pu être revus en consultation à Mayotte et avoir été classés à tort dans la catégorie « suivi non réalisé ». Une analyse des dossiers CHM des

patients retournés à Mayotte permettrait une meilleure évaluation du suivi post-EVASAN.

Près d'un patient sur 5 n'est pas retourné à Mayotte (18 %). Dans cette proportion, la majorité des patients (88 %) sont restés pour raison médicale : suivi médical non compatible avec un retour à Mayotte ou soins encore en cours à la fin de la période de recueil. Parmi ces 18 %, 1 patient sur 5 n'avait pas de suivi prévu. Parmi les patients à qui un suivi avait été proposé 10 % ont été perdus de vue.

La faible proportion de patients supposément restés à La Réunion sans indication médicale (3.6 %) est probablement surestimée de par les modalités de recueil de notre étude : la période de recueil ne s'étendant que jusqu'à avril 2020, soit 4 mois après la fin de l'inclusion, certains suivis ont pu être prévus ultérieurement mais non recueillis dans cette étude. Par ailleurs certains patients ont pu bénéficier de suivis non recueillis car prévu hors CHU (ex Hôpital d'Enfants). Nos chiffres viennent nuancer l'idée que l' EVASAN serait l'opportunité pour certaines familles de rester vivre à La Réunion au-delà des soins de leurs enfants.

3. Forces et limites de l'étude

3.1 Les points forts

Ce travail est le premier à décrire de façon spécifique la population pédiatrique ayant bénéficié d'une EVASAN vers La Réunion sur un plan démographique (sexe, nationalité, âge, statut francophone), socio-économique (affiliation à la CSSM, type d'accompagnant), médical (type de transport, de service d'accueil, de soins en réanimation ou non) et paramédical (service d'assistance sociale, service de traduction).

La force de cette étude a été l'exhaustivité du recueil de données, car chaque dossier a été analysé individuellement. Ceci a permis de réduire le nombre de données manquantes.

3.2 Les points faibles

Notre étude comporte deux biais majeurs :

3.2.1 Biais de sélection

Le biais de sélection est d'abord induit par l'absence de recueil des patients EVASAN d'autre provenance que Mayotte. Nous avons fait ce choix devant l'absence de centralisation des données concernant les patients EVASAN arrivant à La Réunion, notamment devant l'absence de codage informatique systématique. Nous ne savons pas combien de patients cela représente.

D'autre part les patients accueillis hors CHU Nord et Sud ont également été exclus de l'analyse devant l'absence de dossier informatisé disponible via le logiciel CROSSWAY. Devant le faible nombre de patients concernés (57 patients sur 1068, soit 5 %) nous avons considéré cette proportion négligeable. Cependant il est possible que le profil de ces patients soit différent. Bénéficiant d'une EVASAN vers des structures type SSR ou pour des consultations, ils ont été transférés dans des contextes programmés. Ainsi il est possible qu'en dehors du contexte d'urgence que les démarches d'affiliation à la CSSM ou l'accompagnement familial aient pu être réalisés.

3.2.2 Biais de classement

Du fait d'un recueil centré sur les données disponibles au CHU de La Réunion il manque à nos analyses les données issues des autres établissements de santé. Un recueil des données des dossiers du CHM aurait été souhaitable pour une meilleure analyse des modalités de suivi. Par exemple, certains patients ont pu être cotés à tort « suivi non réalisé » alors qu'une consultation ultérieure au CHM a pu être faite. Pour les mêmes raisons, un recueil des données de l'Hôpital d'Enfants aurait également été utile. Plusieurs patients ont été hospitalisés dans cet établissement à la suite de leur hospitalisation au CHU. Le suivi a potentiellement été organisé par les services de SSR.

4. Perspectives

Il serait intéressant de poursuivre l'étude du profil des EVASAN selon l'évolution de l'offre de soins et de la politique d'immigration et de contrôle d'identité à Mayotte.

Depuis le commencement de ce travail l'offre de soins à Mayotte s'est déjà développée avec l'ouverture d'un centre de SSR et d'un service d'hospitalisation à domicile en lien avec le centre hospitalier de Mamoudzou. D'autres avancées sont encore attendues comme la mise en place de la Complémentaire santé solidaire (ex

CMU-C) en 2022. L'évolution de la politique d'immigration sera à suivre avec la prochaine élection présidentielle française de 2022.

Au vu de nos résultats, afin d'améliorer la prise en charge des patients EVASAN, il serait intéressant d'identifier précocement le statut francophone de l'enfant et des parents et si nécessaire renforcer l'activité de traduction et l'utilisation de communication en langue étrangère dans les services (support visuel, formation des soignants, etc.). Ensuite, le renforcement de l'activité d'assistance sociale nous semble évident devant le nombre et la complexité des situations rencontrées. Enfin, le développement de l'offre de soins à Mayotte nous semble être un axe majeur de bonne santé de cette population.

CONCLUSION

La population pédiatrique bénéficiant d'une EVASAN de Mayotte vers La Réunion est en augmentation. Elle est caractérisée par une majorité de patients de nationalité comorienne. La majorité des patients sont affiliés à la CSSM, mais la répartition diffère nettement selon la nationalité. Seul un tiers des patients comoriens sont affiliés, chiffre en baisse sur la période d'étude 2016-2019. Bien que l'accompagnement familial augmente, plus d'un enfant sur 3 quitte encore Mayotte sans parent en 2019.

La nationalité comorienne, l'absence d'affiliation à la CSSM et l'absence d'accompagnant familial étaient significativement associés à l'allongement des durées d'hospitalisation. Cependant, ces facteurs n'étaient pas associés à des séjours en réanimation plus longs. Ainsi, nous faisons l'hypothèse que l'allongement des durées d'hospitalisation serait plus lié à une situation sociale précaire qu'à la gravité d'un état de santé.

Du fait des liens étroits qui lient l'Union des Comores et Mayotte, nous pensons que les perspectives d'amélioration des conditions d' EVASAN relèvent de changements dans la structure des système des soins dans ces deux régions : amélioration de l'accès, de la qualité et de la diversité des soins ainsi que de la communication aux usagers.

Enfin, afin que conformément aux textes de loi, le droit à l'accompagnement familial de l'enfant hospitalisé soit respecté, nous pensons nécessaire de faire évoluer les pratiques des autorités compétentes, pour que les contrôles d'identité ne soient pas une entrave à l'accès aux soins.

Bibliographie

1. Dagorn C, Paulot J-M, Vachey L, Mejane J. Évaluation du système de protection sociale et de santé - Appui au gouvernement de la Polynésie française. IGAS-IGA-IGF; 2019. 68p. Disponible : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_conjoint_igas-iga-igf_tome_i.pdf
2. Debeauvais J. Situation de la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre et Miquelon et de l'offre de soins territoriale. IGAS; 2020. 80p. Disponible <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-075rv.2020.pdf>
3. Projet régional Santé Guyane 2018-2027. ARS Guyane; 2018. 170p. Disponible : https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/2018-05/PRS_SRS%20guyane%20mis%20consultation.pdf
4. Loi n° 2001-616 du 11 juillet 2001 relative à Mayotte
5. Blanchy S. Famille et parenté dans l'archipel des Comores. Journal des africanistes. 1992; 62(1):7-53
6. Mayotte : les langues parlées 2007 - Recensement de la population de Mayotte. INSEE; 2007
7. Genay V, Merceron S. Recensement de la population - Mayotte 2017. INSEE Analyses Mayotte; 2017(15)
8. Chaussy C, Merceron S, Genay V. À Mayotte, près d'un habitant sur deux est de nationalité étrangère. INSEE Première; 2019(1737)
9. Marie C-V, Breton D, Crouzet M, Fabre E, Merceron S. Migrations natalité et solidarités familiales. INSEE Analyses Mayotte; 2017(12)
10. INSEE. Indicateur conjoncturel de fécondité en 2020 [Internet] [cité 1 déc 2021]. Disponible : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012734#tableau-TCRD_046_tab1_departements
11. INSEE. Taux de natalité et âge moyen de la mère à la naissance en 2020, et nombre de naissances en 2019 [Internet] [cité 1 déc 2021]. Disponible : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012761#tableau-TCRD_053_tab1_departements

12. Papon S. 759000 nouveau-nés en France en 2018. INSEE Première; 2019(1773)
13. Sui-Seng S, Touzet C. Naissance domiciliées en 2017 à Mayotte - 9 800 naissances en 2017. INSEE Flash Mayotte; 2018(72)
14. Thibault P. Évolution des conditions de logement à Mayotte - Quatre logements sur dix sont en tôle en 2017. INSEE Analyses Mayotte; 2019(18)
15. ORS OI, Aboudou, Medevielle. La santé des jeunes à Mayotte. Tableau de bord. [Internet]. 2019 [cité le 20 avril 2022]. Disponible : https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/orsoi_tb_sante_jeunes_mayotte_2019.pdf
16. Clain E. Une famille sur deux a trois enfants ou plus à Mayotte en 2012. INSEE Flash Mayotte; 2015(20)
17. Brasset, Le Pabic. Enquête budget familles Mayotte - Entre faiblesse des revenus et hausse de la consommation. INSEE Analyses Mayotte; 2014(3)
18. Fleuret, Jonzo. Enquête emploi Mayotte 2019 - Un taux de chômage de 30 %. INSEE Flash Mayotte; 2019(98)
19. ARS OI. STATISS Mayotte Réunion 2018. [Internet] [cité le 20 avril 2022]. Disponible : https://www.lareunion.ars.sante.fr/system/files/2019-10/ARS_Statiss2018_VD_0_1.pdf
20. INSEE, DRESS, ASIP-Santé-RPPS. Professionnels de santé au 1er janvier 2018. [Internet] [cité le 20 avril 2022]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>
21. Le tour de France des maternités : états des lieux, chiffres clés [Internet]. reseau-hopital-ght.fr. 2018 [cité 26 oct 2020]. Disponible : <https://www.reseau-hopital-ght.fr/actualites/specialites-medicales/maternite-nouveau-ne/les-maternites-en-france.html>
22. Centre Hospitalier de Mayotte [Internet] [cité 30 janv 2022]. Disponible : <https://www.chmayotte.com/newpage15>

23. Duchemann C. Petite enfance, enfance et adolescence à Mayotte. ORS OI ; 2017
24. Chaussy C, Merceron S, Balicchi J. Les décès à Mayotte en 2016 - Surmortalité des enfants et des femmes de 60 ans ou plus. INSEE Flash Mayotte; 2018(68)
25. Ordonnance n° 2004-688 du 12 juillet 2004 relative à l'adaptation du droit de la santé publique et de la sécurité sociale à Mayotte [Internet]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=6_J6lfF43mctuEPUsILEHX-9gRX-cMgK-3DaXqN0q4o=
26. Arrêté n° 2/2005/ARH Relatif à la fixation de la provision financière à la charge des personnes non affiliées à un régime d'assurance maladie pour bénéficier des soins dispensés par le centre hospitalier de Mayotte [Internet]. Agence régionale de l'hospitalisation la Réunion-Mayotte. Disponible : https://www.gisti.org/IMG/pdf/Arr_2-2005I-ARH.pdf
27. Préfecture Mayotte. Comité stratégique de pilotage et de suivi du Plan d'action pour l'avenir de Mayotte [Internet]. 2018. [cité le 20 avril 2022] Disponible sur: <https://www.mayotte.gouv.fr/content/download/10628/80401/file/Comit%C3%A9%20Strat%C3%A9gique%20N%C2%B01%20-%20Dossier%20de%20presse.pdf>
28. Défenseur des Droits. Établir Mayotte dans ses droits [Internet]. 2020. 58p. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-mayotte-10.02.20-4.pdf>
29. Florence S, Lebas J, Parizot I, Sissoko D, Querre M, Paquet C, et al. Migration et santé à Mayotte en 2007. Rev d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2010;58(4):237-244
30. La Cimade. Quelques éléments d'analyse sur le Visa Balladur [Internet] 2017 [cité 30 janv 2022]. Disponible : <https://www.lacimade.org/quelques-elements-danalyse-visa-balladur/>
31. Décret n°2014-527 du 23 mai portant modification du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (partie réglementaire) en ce qui concerne Mayotte, Wallis-et-Futuna, la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie [Internet]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000028970111/>

32. Décret n° 2019-136 du 27 février 2019 relatif aux conditions d'acquisition de la nationalité française à raison de la naissance et de la résidence en France des enfants nés à Mayotte de parents étrangers [Internet]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038174920/>
33. La Cimade. Statistiques 2017 : ce que disent les chiffres de l'expulsion des personnes exilées [Internet]. 2018 [cité 30 janv 2022]. Disponible : <https://www.lacimade.org/statistiques-ce-que-disent-les-chiffres-de-l-expulsion-des-personnes-exilees/>
34. Le Monde. Un nouveau drame de l'immigration clandestine à Mayotte fait plusieurs morts, dont un enfant. [Internet]. 25 sept 2020 [cité 26 oct 2020]; Disponible : https://www.lemonde.fr/international/article/2020/09/25/un-nouveau-drame-de-l-immigration-clandestine-a-mayotte-fait-plusieurs-morts-dont-un-enfant_6053600_3210.html
35. Thocaven C. État des lieux du processus de migration sanitaire programmé des Comores vers Mayotte [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université Bordeaux Segalen; 2014
36. Goussein M. Étude descriptive aux urgences du Centre Hospitalier de Mayotte d'une population migrant pour raison de santé [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université Bordeaux Segalen; 2014
37. UF EVASAN. Rapport d'activité 2018. Centre Hospitalier de Mayotte; 2018
38. Barde A. Étude descriptive de la population ayant bénéficié d'une évacuation sanitaire au départ de Mayotte vers le CHU de la Réunion sur l'année 2015 et comparaison des Durées moyennes de séjours (DMS) en fonction des Groupes homogènes de malades (GHM) entre cette population et les patients réunionnais [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université Bordeaux Segalen; 2017
39. Conventions des Nations Unies. Convention Internationale des Droits de l'Enfant.1989
40. Ministère de l'Emploi et des Solidarités. Circulaire relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie [Internet]. DH/EO3/98/688 nov 23, 1998. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=11219>

41. Parlement Européen. La charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé.1986
42. Bowlby J. Attachment and loss. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1969. 401p
43. Ainsworth, Mary D. Salter, et al. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Psychology Press, 2015
44. Hannallah, Raafat S., and Jose K. Rosales. Experience with parents' presence during anaesthesia induction in children. Canadian Anaesthetists' Society Journal. 1983 ;30(3) : 286-289
45. Costet M, Ménage S, Bourdaud N, Gall O. Accueillir les parents en salle de surveillance postinterventionnelle. Soins. Pédiatrie Puériculture. 2012;266:37-41
46. Tinsley C, Hill JB, Shah J, Zimmerman G, Wilson M, Freier K, et al. Experience of families during cardiopulmonary resuscitation in a pediatric intensive care unit. Pediatrics. 2008;122(4):799-804
47. Thibault P, Merceron S, Balicchi J. Près de la moitié des habitants de Mayotte ayant eu besoin d'un soin ont dû le reporter ou y renoncer. INSEE Analyses Mayotte. 2019;29
48. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. Analyse de l'activité hospitalière 2019, Champ MCO - Deux secteurs. 2019
49. Baillot J, Luminet B, Drouot N, Corty JF. Reality of healthcare access for migrant children in Mayotte. Bulletin de la Société de Pathologie Exotique (1990). 2012;105(2):123-129
50. Dubois C. À Mayotte, l'État hors la loi expulse à tout va. Politis. 2021;1657 :16-19

Évacuations sanitaires pédiatriques de Mayotte vers La Réunion : étude descriptive et analytique

Introduction : L'activité d' EVASAN de Mayotte vers La Réunion est en augmentation dans un contexte régional de disparités sociales et économiques. Les patients de Mayotte bénéficiant d'une EVASAN sont dans un état de santé plus grave que les patients réunionnais hospitalisés pour le même type de pathologie. La nationalité comorienne et la non-affiliation à la CSSM sont associées à des séjours hospitaliers deux fois plus longs. Si les caractéristiques de la population générale ayant bénéficié d'une EVASAN ont été étudiées, les spécificités de la population pédiatrique n'ont pas été décrites.

Méthode : Nous avons conduit une étude observationnelle rétrospective transversale descriptive et analytique de la population pédiatrique ayant bénéficié d'une EVASAN depuis Mayotte vers La Réunion sur une période de 4 ans (2016 à 2019).

Résultats : 1010 patients ont été inclus. La majorité des patients étaient de nationalité comorienne (57 %) et affiliés à la CSSM (59 %). Cependant les patients Comoriens étaient largement moins représentés parmi les patients affiliés (33 % vs. 94 % de français). 27 % des patients ont bénéficié d'une assistance sociale, parmi eux la majorité (68 %) était de nationalité comorienne. Trois quarts des patients furent pris en charge au CHU Nord, avec comme motif de transfert majoritaire les malformations congénitales et anomalies chromosomiques. Seuls 56 % des patients ont bénéficié d'un accompagnement familial. 82 % des patients sont retournés à Mayotte à l'issue de l' EVASAN.

L'allongement des durées d'hospitalisation était significativement associé à la nationalité comorienne, l'absence d'affiliation à la CSSM et l'absence d'accompagnant familial. L'absence d'accompagnant familial était associée à l'allongement des durées d'hospitalisation quelle que soit la nationalité.

Conclusion : D'après nos résultats nous supposons que l'allongement des durées d'hospitalisation serait plus lié à une situation sociale précaire qu'à la gravité d'un état de santé. L'analyse des EVASAN pédiatriques entre Mayotte et La Réunion reflète la précarité de la population mahoraise. Des axes d'amélioration consisteraient en l'optimisation de l'accès à la santé et aux droits sociaux à Mayotte, mais aussi à empêcher l'entrave aux soins liée à la politique du contrôle de l'immigration. L'évolution de l'ensemble de ces perspectives devrait œuvrer au respect du droit de l'enfant hospitalisé, à pouvoir être accompagné de ses parents.

Discipline Pédiatrie

Mots-Clés EVASAN, transport sanitaire, pédiatrie, Réunion, Mayotte

Pediatric medevacs from Mayotte to Reunion Island : a descriptive and analytical study

Background : Medical evacuation (medevac) activity from Mayotte to Reunion Island is increasing in a regional context of social and economic disparities. Previous studies have shown that patients requiring medevac from Mayotte Island were in poorer health condition, compared to patients from Reunion Island with comparable medical conditions. Moreover, patients who weren't registered for social security and of Comorian nationality stayed in hospital for twice as long. While the characteristics of the overall population requiring medevac had been investigated, the paediatric population's distinctive features had not been described yet.

Method : We conducted a retrospective cross-sectional descriptive and analytical observational study of the paediatric population who required medevac from Mayotte Island to Reunion Island over a 4-year period (2016 to 2019).

Results : We included 1010 patients. A majority of them were Comorian (57 %) and CSSM insured (59 %). However among insured patients there were by far fewer Comorian patients (33 % vs. 94 % of French patients). 27 % of patients benefited from social assistance, the majority of whom (68 %) were Comorian. Three quarters of the patients were admitted to the North University Hospital. The most frequent reason for transfer were congenital malformations and chromosomal abnormalities. Only 56 % of patients were escorted by a family member. 82 % of patients returned to Mayotte Island.

Longer hospital stays were significantly associated with Comorian nationality, lack of social security and lack of family escort. Moreover, the absence of family escort was associated with longer hospital stays regardless of nationality.

Conclusion: According to our results, we assume that longer hospital stays are more related to precarious social situation than to the severity of a health condition. Analysis of paediatric medevacs reflects the precarious situation of the Mahoran population. Improvements could be made by optimising access to healthcare and social rights in Mayotte Island, but also by preventing obstacles to healthcare access related to immigration control policy. The evolution of all these perspectives should work towards respecting the right of hospitalised children to be escorted by their parents.

Discipline Pediatrics

Keywords medevac, transportation of patients, pediatrics, Reunion, Mayotte