



Centre de Santé de soins primaires

- Mayotte-

Rapport d'Activité 2009



**Médecins Sans Frontières
107 rue de la mosquée, Cavani
97600 Mamoudzou
Mayotte
06 39 25 00 32**

SOMMAIRE

	page
RESUME DE L'ACTIVITE MSF MAYOTTE EN 2009	3
A. CONTEXTE	
1. Situation géopolitique	4
2. Obstacles à l'accès aux soins	5
3. Conditions de vie dans les bidonvilles	5
4. Tissu associatif encore embryonnaire et services sociaux faibles	5
B. L'ACCES AUX SOINS ET SES LIMITES	
1. Description générale	7
1.1. Sentiment de peur et climat d'insécurité	7
1.2. Complexité des démarches d'affiliation à la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte	7
1.3. Failles dans le système d'exemption de paiement prévu pour les malades sans couverture médicale	8
1.4. Lenteur et restriction des démarches de titre de séjour pour raison médicale (« étranger malade »)	8
2. Difficultés d'accès aux soins constatés par les patients MSF	10
C. ACTIVITES	
1. Consultations médicales et soins infirmiers au CDS de Kaweni	11
1.1. Pathologies	11
1.2. Soins infirmiers	12
2. Consultations dans les villages	13
3. Vaccinations	14
4. Le cas particulier des pathologies chroniques	14
5. Malnutrition	16
6. Références	16
6.1 Références médicales	16
6.2 Références sociales	17
D. CONCLUSION	18
Annexe I : Descriptions d'obstacles d'accès aux soins	19
Annexe II : Définition des pathologies rencontrées	22
Annexe III : Index des abréviations	24

RESUME DE L'ACTIVITE DU CENTRE DE SANTE MSF EN 2009

18/05/2009 – 31/12/2009

Consultations

10817 consultations médicales et infirmières ont été effectuées en 2009 (dont 725 suivis d'anciens cas et 1770 soins infirmiers) pour 5014 patients reçus. Kaweni a une population estimée à 10 000 habitants.

56% des patients vus sont des enfants de moins de 18 ans (31% de moins de 5 ans pour toutes les consultations, 35% pour les nouveaux cas).

Pathologies soignées

- Les pathologies principales sont :
 - o 25% d'infections aiguës des voies respiratoires supérieures
 - o 14% d'infections cutanées
 - o 6% de traumatismes/blessures/brûlures
 - o 6% de cas gynécologiques
 - o 4% d'infections aiguës des voies respiratoires inférieures
 - o 3% de syndromes grippaux (dont 88% des cas vus en octobre 2009)
 - o 3% d'affections gastriques, 3% de diarrhées, 3% de parasitoses intestinales
 - o 7% de pathologies chroniques (hypertension artérielle, asthme, diabète)
- 1770 soins infirmiers ont été effectués en 2009, dont 93% de pansements.

Références

- 389 références médicales ont été effectuées vers le Centre Hospitalier de Mayotte (urgences et consultations spécialisées) et la Protection Materno-Infantile (PMI).
- Une moyenne de 8 familles par mois (généralement des familles monoparentales) est référée à l'association Solidarité Mayotte pour l'obtention de colis alimentaires. Seules les situations les plus précaires sont orientées.

Problèmes d'accès aux soins

- 95% des patients reçus n'ont pas de couverture médicale (pour rappel, un grand nombre de ces personnes vivent à Mayotte depuis des années, mais n'arrivent pas à se faire régulariser).
- 72% (des 3031 patients ayant répondu à la question) déclarent avoir dû renoncer à des soins au cours des trois dernières années – 70% pour des raisons d'argent et 58% à cause de la peur de se déplacer (ils pouvaient donner plusieurs raisons).
- 58% avait néanmoins réussi à voir un médecin depuis moins de 6 mois (même si parfois les enfants ne vont qu'à la PMI, tandis que certains adultes ne font que des passages aux urgences).
- Les retards vaccinaux existent mais sont peu fréquents, notamment suite à une campagne de rattrapage en 2009. Néanmoins, une dizaine d'enfants de moins de 6 ans est référée chaque mois à la PMI et 45 enfants âgés de plus de 6 ans ont été vaccinés au centre MSF en 2009.

Consultations dans les villages

Nous avons commencé à faire des consultations ponctuelles dans certains villages où l'on nous rapporte des difficultés particulières d'accès aux soins.

Villages visités en 2009 : Vahibé, Combani, Koungou, Hajangua et Ongoujou.

Interpellations de malades

L'équipe MSF a été informée de l'arrestation de 14 de ses patients en 2009. Elle est intervenue pour 10 d'entre eux, afin de demander leur maintien sur le territoire français pour raisons médicales (les autres patients n'ayant pas de pathologie justifiant une demande de maintien sur le territoire français). Seuls 6 ont été libérés.

A. CONTEXTE

1. Situation géopolitique

Le 18 mai 2009, MSF a ouvert un Centre de Santé (CDS) dans le quartier de Kaweni, un des bidonvilles de Mamoudzou, capitale de Mayotte, prodiguant des soins de santé primaire gratuits à une population précaire, dont la majorité se trouve en situation irrégulière.

Mayotte est une des quatre îles de l'archipel des Comores. En 1976, lorsque le reste des Comores choisit l'indépendance, les Mahorais votent de rester français. En 2011, Mayotte deviendra le 101^{ème} département de France. En attendant, elle reste une "collectivité départementale"¹, dans laquelle les lois françaises ne s'appliquent que partiellement, notamment concernant la protection sociale, l'entrée au séjour des étrangers et le droit d'asile². Après la départementalisation, il est estimé qu'il faudra 20 ans pour que l'île atteigne le niveau de la métropole en terme de prestations sociales³.

La population de cette île de 374 km² est estimée à 186.452 habitants⁴. 54% de la population est âgée de moins de 20 ans⁵. Au moins un tiers est en situation irrégulière, essentiellement des migrants sans titre de séjour, venant surtout de l'île d'Anjouan (des Comores), mais aussi d'autres pays d'Afrique. Certains vivent à Mayotte depuis des années, voire plusieurs décennies, ou sont même des Français nés à Mayotte. Beaucoup ne peuvent prouver leur identité, en partie car le système d'état civil n'a été mis en place qu'en 2000⁶.

La répression contre les personnes en situation irrégulière est croissante. En 2008, 16.500 personnes ont été reconduites à la frontière⁷, contre 13.000 en 2007 et 2006⁸. En 2009, le nombre d'éloignements atteint 19.972. Les personnes en situation irrégulière vivent donc dans la peur constante de se faire arrêter et expulser (la durée de rétention est de moins de 48 heures, ce qui donne peu de temps pour une quelconque procédure d'appel). Certains vont jusqu'à dormir dans la forêt par peur de "descentes" de la Police aux Frontières (PAF) durant la nuit dans leur quartier.

Historiquement, Mayotte était l'île des Comores la plus pauvre. Le retournement de situation qu'ont connu les Mahorais en votant en 1976 de rester français - grâce au développement économique qui a suivi - a déstabilisé les relations qui existaient jusque-là entre les îles de l'archipel. L'instauration des visas et autres mesures d'éloignement des Anjouanais ont aussi diminué l'échange historique commercial et familial entre les îles. Une tension existe aujourd'hui entre Mahorais et Comoriens, surtout Anjouanais (pourtant membres des mêmes familles). La discrimination dont les Anjouanais se sentent victimes est parfois réelle, mais est souvent utilisée par les autorités (qu'elles soient administratives, préfectorales ou sanitaires), qui expliquent ainsi que les pratiques de discrimination illégales relèvent d'initiatives individuelles.

¹ Loi du 11 juillet 2001. Journal Officiel du 13 juillet 2001.

² L'Article LO. 6113-1 (Journal Officiel du 22 février 2007, entré en vigueur le 1er janvier 2008) fait entrer Mayotte dans le régime de l'identité législative applicable aux départements, toujours à l'exception de certains domaines : "Les dispositions législatives et réglementaires sont applicables de plein droit à Mayotte, à l'exception de celles qui interviennent dans les matières relevant de la loi organique en application de l'article 74 de la Constitution ou dans l'une des matières suivantes : ..." conditions d'entrée et de séjours des étrangers, le droit foncier, la protection sociale, la fiscalité.

³ <http://www.porte-parole.gouv.fr/wp-content/uploads/2009/03/100-cles-actu-la-departmentalisation-de-mayotte.pdf>

⁴ INSEE 2007. http://www.insee.fr/fr/insee_regions/mayotte/themes/infos/insee_infos_32.pdf

⁵ <http://www.mayotte-online.com/actualite.php?id=10>

⁶ D'après D. Versini, Défenseure des Enfants, il y aurait à la Commission de Révision de l'État Civil (CREC) 14.000 dossiers en attente. Oct 2008: http://www.defenseurdesenfants.fr/pdf/fiche_04_deplacement_mayotte.pdf

⁷ <http://www.france24.com/fr/20090327-comores-mayotte-referendum-immigration-expulsions-reconduites-frontiere-clandestins>

⁸ Non incluses dans les 29.000 reconduites effectuées en métropole.

2. Obstacles à l'accès aux soins (détails partie B)

La peur des services d'ordre est un des obstacles majeurs pour l'accès aux soins.

L'autre frein est financier, depuis l'instauration de la CSSM (Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte) en 2005 mettant fin au système de soins jusque-là gratuit pour tous. Depuis, les soins sont gratuits pour les personnes affiliées à la CSSM et payants pour les autres.

Cette législation - tout en établissant les bases d'une couverture sociale pour les Mahorais - exclut de fait une partie de la population résidant à Mayotte, y compris les Français non affiliés à la CSSM (détails page 7).

Les soins payants sont clairement mis en avant comme une stratégie politique de lutte contre l'immigration illégale. Or, d'après une étude de l'INSERM/UPMC⁹ réalisée en 2007, moins de 10% des personnes disent être venues à Mayotte pour des raisons de santé, les principales raisons évoquées étant d'abord économiques et familiales.

L'Aide Médicale d'Etat (AME) n'existe pas à Mayotte. Toutefois, les personnes non affiliées à la CSSM dont "le défaut de soins peut entraîner une Altération Grave et Durable (AGD) de l'état de santé"¹⁰ peuvent être soignées gratuitement dans les structures publiques, gérées par le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) (détails page 8)

3. Conditions de vie dans les bidonvilles

Les habitations dans les bidonvilles sont - hormis quelques maisons « en dur » aux abords des routes - un enchevêtrement de tôles, de bois, de bâches et autres matériaux basiques et bon marché. Les familles louent ou empruntent un « banga » - rarement plus d'une pièce de quelques mètres carrés - ou sont hébergés par des proches. Les bangas sont parfois regroupés en « lotissement », où vivent plusieurs familles, partageant ainsi l'espace pour cuisiner et les sanitaires. Au-delà de la route goudronnée, sur les hauteurs, le bitume fait place à la terre, les rues se rétrécissent et la pente laisse dévaler des détritiques en tout genre à chaque averse.

L'absence d'eau courante pose aussi des problèmes d'hygiène. L'accès à l'eau se fait de plusieurs façons. A Kaweni, la forme la plus courante est la fontaine à eau fonctionnant grâce à un système de carte prépayée (30 € pour 9m³ d'eau pour le premier achat, puis 12,5 € pour le même volume d'eau) ; mais il n'en existe que trois dans tout le quartier, obligeant certains habitants à parcourir de grandes distances pour se fournir en eau. Certaines maisons sont équipées en eau courante, mais les coupures sont fréquentes à cause des factures souvent impayées, faute de revenus. Dans la partie est de Kaweni, la rivière offre à ceux qui vivent à proximité la possibilité de puiser l'eau nécessaire à la lessive, douche, cuisine, même à boire.

L'alimentation est aussi un problème pour cette population. Le riz, aliment de base d'une majorité de plats, constitue pour les populations des bidonvilles l'essentiel de l'alimentation. Parfois restreint à un repas par jour au gré des « arrivages » de nourriture dans le foyer, le régime alimentaire est peu varié et rarement équilibré, pauvre en protéines et trop riche en matières grasses (manioc ou fruits à pain frits).

4. Tissu associatif encore embryonnaire et services sociaux faibles

Le réseau associatif présent à Mayotte est encore peu développé. Le manque de financements et de moyens des associations, ainsi que la diminution de la prise en charge des institutions de l'Etat (par

⁹ Rapport INSERM/UPMC : Santé et migration à Mayotte, avril 2008, p.66

¹⁰ Article L. 6416-5 2°-a du Code de la santé publique.

exemple le Conseil Général) restreignent les capacités de réponse des associations, en dépit de leurs efforts pour pallier les besoins existants.

Pour chaque problème social - aide alimentaire, vestimentaire, aide à la scolarité, ateliers éducatifs, médiation pour les jeunes, formation et insertion professionnelle, permanences sociales, aide aux mineurs isolés, aide aux victimes, consultations médicales - il n'existe généralement qu'une seule association qui offre de l'aide. Les associations principales sont Solidarité Mayotte, APREDEMA, TAMA, Médecins du Monde, ACFAV, Secours Catholique.

Pour ce qui est de l'accès aux droits - notamment l'aide à la régularisation - il existe la CCCP (Coordination pour la Convivialité, la Concorde et la Paix) avec peu de permanenciers, ainsi que la CIMADE œuvrant uniquement avec des bénévoles. Médecins du Monde fournit de l'aide en matière d'accès à la santé, TAMA pour le regroupement familial et Solidarité Mayotte accompagne les demandeurs d'asile.

Concernant le service public, seule l'unité d'action sociale du Conseil Général essaie de répondre aux demandes de personnes sollicitant un soutien pour remplir leurs dossiers administratifs.

En général, on peut dire que les services sociaux publics sont saturés, dû à différents facteurs :

- la demande croissante de services sociaux,
- le manque de personnel,
- la complexité des démarches administratives,
- les difficultés d'accès aux droits sociaux (couverture médicale, état civil, etc).

Par ailleurs, il n'y a pas d'hébergement social disponible pour les personnes - souvent françaises - vivant dans les conditions décrites ci-dessus. Il n'existe pas non plus de foyers pour jeunes en difficultés ni de centre d'accueil pour demandeurs d'asile. Pour les mineurs isolés, il n'y a pas de centre d'accueil et seule une cinquantaine de familles d'accueil est répertoriée sur l'île, pour plus de 5000 enfants identifiés.

Dans ce contexte, MSF a ouvert un centre de santé primaire dans le bidonville de Kaweni, pour faciliter l'accès aux soins à cette population marginalisée. Ce rapport présente les résultats des sept mois d'activités médicales de 2009.

B. L'ACCES AUX SOINS ET SES LIMITES

1. Description générale

Le système de santé de Mayotte s'articule essentiellement autour du secteur public (dispensaires et CHM). Le secteur libéral est encore peu développé (une vingtaine de médecins libéraux sur l'île). Il est clairement admis que l'offre de soins reste insuffisante au regard des besoins de la population.

Les personnes en situation irrégulière n'ont pas de possibilité d'affiliation à la CSSM. Les soins sont donc payants : 10 € pour une consultation de médecine générale, 15 € pour une consultation spécialisée et 30 € aux urgences. Le forfait « grossesse » est de 300 € incluant tout le suivi de la grossesse, l'accouchement et les soins post-nataux du 1^{er} mois. Pour les pathologies chroniques, il s'agit de payer une consultation spécialisée tous les mois.

Un des obstacles majeurs aux soins est financier. Les autres limites entravant l'accès aux soins sont détaillées ci-après.

1.1. Sentiment de peur et climat d'insécurité

Le sentiment de peur est tangible dans les bidonvilles, dû aux opérations fréquentes d'arrestation dans ces quartiers. Il y a un risque réel d'interpellation et de reconduite (près de 20.000 en 2009, pour une population en situation irrégulière estimée entre 50.000 et 70.000 habitants).

La peur de se déplacer est omniprésente, y compris pour aller se faire soigner. Ceci reste non quantifiable directement, mais il est certain que nombre de malades retardent leurs déplacements au dispensaire (voire à la PMI, pourtant gratuite). Les conséquences sur les patients ayant des pathologies chroniques - souffrant de ruptures itératives de traitement - sont les plus visibles, provoquant des décompensations et des passages fréquents aux urgences (*détails sur pathologies chroniques, page 14*).

A titre d'exemple, plusieurs patients suivis par MSF ont été arrêtés. En 2009, sur 5014 patients reçus au Centre de Santé, l'équipe MSF a été informée de l'arrestation de 14 de ses patients (généralement par la famille). Elle est intervenue pour demander le maintien sur le territoire français pour raisons médicales de 10 d'entre eux (les autres patients n'ayant pas de pathologie justifiant une demande de maintien sur le territoire français). Seuls 6 ont été libérés (*voir annexe II*).

1.2. Complexité des démarches d'affiliation à la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte

En 2008, le taux d'affiliation à l'assurance maladie des Français de Mayotte était de 78%. Près d'un étranger sur deux en situation régulière accède à l'assurance maladie (47,3% en 2008). Il reste donc au moins 40.000 personnes en situation régulière qui n'accèdent pas à l'assurance maladie¹¹, dont 8000 résidents français et 32.000 résidents étrangers. Quant aux enfants, environ 18.000 d'entre eux restent exclus du dispositif en 2008¹², dont 1000 enfants français et 17.000 enfants étrangers.

La condition sine qua non pour avoir droit à l'affiliation est de justifier de la nationalité française ou de posséder un titre de séjour valide au moment de l'inscription, quelle que soit sa durée de validité. Or, les démarches d'affiliation - compte tenu de l'engorgement du service - nécessitent au moins 3

¹¹ Ces chiffres sont des estimations pour 2008, d'après les chiffres sur la CSSM parus dans le rapport « Accès aux droits des personnes en situation d'exclusion à Mayotte - Etat des lieux, diagnostic » de la DASS ; Juin 2009. Page 46.

¹² *Idem*.

mois¹³. Le titre de séjour peut alors expirer entre temps, empêchant le renouvellement de l'affiliation. Il faut alors relancer les démarches, engendrant de longues périodes de rupture d'affiliation.

En plus des personnes n'arrivant pas à s'affilier, une partie ayant droit à la Sécurité Sociale n'en fait pas la demande, en raison de la complexité de la procédure : 20% des patients n'accédant pas à l'assurance maladie sont des Français.

1.3. Failles dans le système d'exemption de paiement prévu pour les malades sans couverture médicale

Deux dispositifs sont prévus dans le secteur public pour permettre aux médecins de fournir des soins de première nécessité gratuitement à des patients démunis non affiliés à la CSSM :

- les « bons AGD » (pour les pathologies dont "le défaut de soins peut entraîner une Altération Grave et Durable (AGD) de l'état de santé"). Signés par le médecin, ils permettent une consultation gratuite et dans certains cas des examens para-cliniques, ainsi que les traitements nécessaires à la prise en charge de l'épisode,
- les « bons roses » exonérant de paiement tous les patients de moins de 18 ans.

Nous avons noté plusieurs problèmes dans la mise en œuvre et l'application de ces mesures :

- les patients sont parfois renvoyés dès le bureau des entrées, s'ils n'ont pas de quoi s'acquitter de la consultation ;
- il n'existe pas de définition écrite et commune des critères pour obtenir un bon AGD (ni à l'attention des médecins, ni des patients), leur interprétation est donc variable selon les soignants ;
- l'utilisation des bons roses n'est pas claire non plus et il n'y a pas eu de campagne d'information auprès des populations concernées sur l'existence de ce dispositif adopté en 2009 ;
- même lorsqu'un bon rose et AGD est signé, le patient cumule une dette envers le CHM, ce qui décourage certains de revenir par peur de devoir payer les arriérés ;
- le changement fréquent des médecins de l'île contribue à la méconnaissance des dispositifs (plusieurs médecins rencontrés ne savaient pas que les bons AGD ont une durée limitée et n'ont pas cours pour toute la durée d'un traitement) ;
- nous avons été maintes fois témoins de problèmes au bureau des entrées pour des personnes ayant une maladie de longue durée, ou avec une pathologie ou blessure nécessitant plusieurs consultations de suivi. L'impression qui en ressort est qu'il y a une limite du nombre de fois où une personne peut bénéficier d'un soin exempté de paiement, une fois la phase urgente passée.

1.4. Lenteur et restriction des démarches de titre de séjour pour raison médicale (« étranger malade »)

Nous avons constaté que certains patients avec des pathologies lourdes n'ont pas connaissance de l'existence de titres de séjour pour raison médicale, bien qu'ils soient suivis par un praticien du CHM. Nous avons entrepris d'appuyer la demande de deux patients atteints de pathologies lourdes suivis au CHM. Ceci nous a menés à plusieurs constats :

- les procédures pour étrangers malades à la Préfecture sont très complexes et extrêmement longues (par rapport aux procédures en métropole, pourtant déjà pas simples) ;
- peu de médecins pensent à faire une demande de titre de séjour pour raison médicale. A Mayotte, seuls les médecins du CHM peuvent rédiger les certificats médicaux descriptifs envoyés au Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) et à la Préfecture. Les délais de traitement des dossiers, les aléas de la Poste et les changements de médecins du CHM sont autant de facteurs qui limitent la prise de décision du MISP qui ne peut émettre d'avis, s'il

¹³ La CSSM aurait plus de 4000 dossiers non traités en janvier 2010.

- n'est pas en mesure de faire le lien entre les données médicales et les données administratives concernant un dossier ;
- il y a un manque de clarté entre l'utilisation des certificats descriptifs et non-descriptifs. De plus, beaucoup de médecins ne font que ces derniers, insuffisants pour une prise de décision.

Les retards dans le traitement des dossiers et les nombreux obstacles à la régularisation pour soins ont de graves conséquences pour la santé des patients (pas d'affiliation possible à la CSSM, d'où difficultés persistantes d'accès aux soins).

2. Difficultés d'accès aux soins constatés par les patients MSF

- La non affiliation à la Sécurité Sociale.

95% des 5014 patients reçus au CDS de MSF à Kaweni (lors de 10817 consultations) en 2009 n'étaient pas affiliés à la CSSM. Par ailleurs, depuis novembre 2009, nous avons réalisé des consultations ambulatoires dans certains villages, identifiés comme étant particulièrement sensibles en terme d'accès aux soins (457 consultations dans 5 villages), où la majorité n'avait pas de couverture médicale non plus. Le profil de nos patients est réparti comme suit.

Profil des patients*	Kaweni	Moyenne villages
Affiliés	5 %	33 %
Non Affiliés	95 %	67 %

* basés sur le registre d'enregistrement, ces chiffres concernent la totalité des patients qui viennent consulter, y compris les anciens patients en suivi médical ou infirmier.

Parmi les villages visités, Combani et Koungou ont un pourcentage de patients non affiliés équivalent à celui de Kaweni.

- Le renoncement aux soins.

Lors de l'anamnèse de tout nouveau patient, le médecin le questionne sur d'éventuels problèmes d'accès aux soins : la date de la dernière consultation médicale (d'après le carnet de santé), s'il a dû renoncer à se faire soigner au cours des trois dernières années ainsi que les raisons de ce renoncement. Les informations ci-dessous sont donc recueillies d'après les 5014 fiches patients du CDS.

Accès aux soins		Kaweni	
		Nombre	%
Dernière consultation médicale	Entre 0 et 6 mois	1189	58,4 %
	Entre 6 mois et 2 ans	580	28,5 %
	Plus de 2 ans	266	13,1 %
Renoncement aux soins	Oui	2192	72,3 %
	Non	839	27,7 %
Raisons citées (plusieurs réponses possibles)	Peur	1272	58 %
	Argent	1533	70 %
	Confiance	76	3,5 %
	Médecine traditionnelle	10	0,5 %
	Autres	45	2 %
Feuilles incomplètes		879	
Feuilles non renseignées		720	

On constate que presque les trois-quarts des patients reçus à Kaweni ont dû renoncer à des soins, principalement par peur du déplacement et par manque d'argent. Nous avons toutefois remarqué que le renoncement aux soins est moindre quand il s'agit d'enfants malades.

C. ACTIVITES

1. Consultations médicales et soins infirmiers au CDS de Kaweni

1.1. Pathologies

Un total de 10817 consultations médicales et actes infirmiers a été réalisé au Centre de Santé de MSF à Kaweni en 2009 (du 18 mai au 31 décembre), pour 5014 patients reçus. 56% des patients sont des mineurs. 90% des patients viennent de Kaweni.

Sexe	%	Age	%
Hommes	43,6 %	< 5 ans	30,6 %
Femmes	56,4 %	5-18 ans	25,3 %
		18-50 ans	39,7 %
		> 50 ans	4,4 %

% basés sur le registre d'enregistrement, ces chiffres concernent la totalité des patients qui viennent consulter, y compris les anciens patients en suivi médical ou infirmier.

Le tableau ci-dessous montre les principales pathologies rencontrées (toutes tranches d'âge), réparties entre nouveaux cas et suivis d'anciens cas.

2009	mi-mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Dec	Total	%
Nouveaux cas										
Affections gastriques ¹⁴	16	38	26	15	35	74	41	23	268	3,2
Affections oculaires	9	16	29	13	39	38	46	19	209	2,5
Asthme ¹⁵	11	16	20	20	12	14	6	11	110	1,3
Cas gynéco-obstétriques	17	44	70	52	41	109	87	56	476	5,7
Diabète ¹⁶		4	2	1	4	7	4	6	28	0,3
Diarrhée non sanglante	32	58	37	40	30	22	25	26	270	3,2
Douleurs généralisées	42	38	26	12	28	31	16	22	215	2,6
Fièvre d'origine indéterminée	5	10	21	15	14	23	9	10	107	1,3
HTA ¹⁶	19	23	6	10	10	16	19	14	117	1,4
Infections aiguës des voies respiratoires inférieures	12	38	44	48	33	102	16	50	343	4,1
Infections aiguës des voies respiratoires supérieures	128	262	280	229	274	482	189	226	2070	24,9
Infections cutanées	94	135	180	118	173	219	164	106	1189	14,3
Maladies chroniques ¹⁶	5	10	8	7			15	9	54	0,6
Malnutrition ¹⁶		2	1	2		11	3	15	34	0,4
Parasitoses intestinales	21	37	74	33	18	9	3	11	206	2,5
Syndrome grippal				2	7	253	19	4	285	3,4
Traumas, blessures, brûlures accidentels	15	55	78	73	52	82	83	42	480	5,8
Autres	63	215	278	212	229	278	103	144	1522	18,3
Total nouveaux cas	510	1 051	1 231	952	1 037	1 794	908	839	8322	100
% consultations < 5 ans (nouveaux cas)	38	37,3	31,7	36,4	32,6	28,7	38,9	38,9		35,3
Total anciens cas	10	132	183	141	87	62	67	43	725	
Total consultations médicales	520	1183	1414	1093	1124	1856	975	882	9047	
Actes infirmiers	84	193	305	314	234	235	142	263	1770	
Total des consultations	604	1376	1719	1407	1358	2091	1117	1145	10817	

¹⁴ Voir annexe III pour la définition des pathologies

¹⁵ cf. partie 4. Pathologies chroniques, page 14.

¹⁶ cf. partie 5. Malnutrition, page 16.

Les 5 pathologies les plus fréquentes :

- infections aiguës des voies respiratoires supérieures (24,9%)
- infections cutanées (14,3%)
- traumatismes/blessures/brûlures accidentels (5,8%)
- cas gynéco-obstétriques (5,7%)
- infections aiguës des voies respiratoires inférieures (4,1%), auxquelles on peut ajouter les syndromes grippaux (3,4% sur les 8 mois d'activité, mais avec 88% des cas vus en octobre représentant 14% des pathologies de ce mois-là). Ceci correspond à l'épidémie de grippe A H1N1 qui a sévi sur l'île à cette période.

Par ailleurs, la prise en charge des pathologies chroniques représente 7% de la totalité des consultations (*détails page 14*).

Les infections aiguës des voies respiratoires supérieures comprennent tout épisode infectieux sus-laryngé, c'est-à-dire les rhinopharyngites, angines, otites et sinusites. On constate que les otites des enfants sont particulièrement fréquentes et souvent vues au stade de perforation, à relier probablement à un certain retard aux soins. La plupart des bronchites nécessite le recours aux antibiotiques.

Ces infections des voies respiratoires -particulièrement fréquentes- (29% des pathologies) s'inscrivent dans un contexte de climat chaud et humide, où la poussière est omniprésente et la promiscuité de rigueur.

Les infections cutanées sont en grande partie liées aux conditions précaires d'hygiène et d'accès à l'eau (impétigo, mycoses), mais aussi de promiscuité (gale). Les gales sont très souvent sur-infectées.

Les affections cutanées sont souvent d'abord traitées avec des préparations traditionnelles diverses (plantes, dentifrice, terre, paracétamol écrasé...), pouvant favoriser la surinfection. Les abcès sont extrêmement fréquents, nécessitant souvent le recours à un drainage chirurgical.

Les traumatismes, blessures et brûlures d'origine accidentelle représentent la troisième pathologie. Le bidonville est escarpé, le sol est en terre, de nombreuses tôles coupantes et déchets jonchent les rues.

Les cas gynéco-obstétriques incluent tout syndrome évoquant un trouble d'origine gynécologique, tout acte lié à une grossesse et tout acte lié à une contraception, en excluant les infections sexuellement transmissibles.

Le suivi de grossesses et la contraception étant pris en charge gratuitement en PMI, nous n'en faisons pas.

La majorité de nos consultations concerne des troubles hormonaux, des problèmes de fertilité, des demandes d'interruption volontaire de grossesse.

Il existe un réel déficit de gynécologues sur l'île ; le service de gynéco-obstétrique du CHM est complètement saturé et il n'y a qu'un seul gynécologue en libéral.

Les cas « autres » représentent 18,3% des pathologies et incluent les affections rhumatologiques, les problèmes dentaires, les céphalées isolées, les allergies...

1.2. Soins infirmiers

Les actes infirmiers (10 à 15 actes/jour en moyenne) comprennent majoritairement des pansements et des prélèvements pour bilans biologiques (en partenariat avec le laboratoire du CHM) ainsi que la vaccination (voir "2. Vaccinations" ci-dessous).

Depuis qu'une convention pour les examens biologiques a été mise en place en septembre avec le CHM, nous effectuons une moyenne de 4 prélèvements par semaine. Il s'agit surtout de bilans d'orientation devant des symptômes inexplicables ou de bilan de pathologies chroniques.

Une part de l'activité infirmière inclut également la surveillance de patients dont la condition est instable, traités et suivis au CDS ainsi que les injections de médicaments (dans le traitement des infections sexuellement transmissibles par exemple).

93% des actes concernent les soins - incluant le suivi des pansements - dans les cas d'abcès, de pathologies dermatologiques et affections cutanées sur-infectées, de plaies post-traumatiques ainsi que de suivis postopératoires.

On constate que les plaies infectées et toutes autres infections cutanées sont très fréquentes, en raison des conditions d'hygiène et du climat chaud et humide. Les premiers soins sont généralement réalisés avec des méthodes traditionnelles, qui rallongent bien souvent le temps de guérison.

2. Consultations dans les villages.

En novembre 2009, nous avons commencé une série de consultations ambulatoires dans certains villages identifiés comme étant particulièrement sensibles en terme d'accès aux soins, selon divers critères :

- présence de personnes en situation irrégulière (rapport INSEE, évaluations bidonvilles par MSF),
- provenance des admissions aux urgences du CHM (statistiques des urgences 2008),
- répartition des structures de santé (carte sanitaire)
- données d'autres organisations
- information des membres de l'équipe MSF.

L'objectif est d'apporter des soins à des personnes plus isolées des structures sanitaires, en essayant de comparer les pathologies et la sévérité des cas dans des régions éloignées des structures de santé, ainsi que les motifs de renoncements aux soins.

Entre mi-novembre et fin décembre, nous avons réalisé 9 journées de consultations dans 5 villages différents : Vahibé, Combani, Koungou, Hajangua et Ongoujou.

Le tableau suivant montre la répartition par sexe et par âge des patients (moyenne sur l'ensemble des villages ; à noter que l'âge n'est pas renseigné pour 3,3 % des patients).

Sexe	%	Age	%
Hommes	38,9 %	< 5 ans	31,7 %
Femmes	61,1 %	5-18 ans	18,1 %
		18-50 ans	38,7 %
		> 50 ans	8,2 %

Pathologies

La comparaison des morbidités des 457 patients vus dans les villages avec celles des patients de Kaweni n'a pas retrouvé de différence significative. De plus, les saisons pendant lesquelles se sont effectuées les consultations sont différentes.

Globalement, les pathologies rencontrées sont similaires à celles de Kaweni. Proportionnellement (moyenne sur toutes les journées de consultations à l'extérieur), les principales sont les suivantes :

- infections des voies respiratoires supérieures (26 %),
- infections cutanées (16,5 %),
- douleurs généralisées (8,7 %),

- parasitoses intestinales (5,1 %),
- affections gastriques (4,3 %).

3. Vaccinations

Lors de l'ouverture du CDS de MSF, Médecins Du Monde (MDM) était en cours de campagne de rattrapage vaccinal pour les enfants non scolarisés, tandis que la DASS s'occupait des enfants scolarisés.

Si nous recevons un enfant avec un retard vaccinal :

- s'il a moins de 6 ans, il est orienté à la PMI
- de 6 à 18 ans, nous le vaccinons.

En moyenne, 10 enfants de moins de 6 ans sont orientés à la PMI par mois pour un retard vaccinal. Une dotation de vaccins nous a été faite par la DASS pour poursuivre le rattrapage vaccinal à Kaweni.

Nombre de vaccinations effectuées au CDS en 2009 (pour 45 enfants) :

Vaccins	6-15 ans	15-18 ans	Total
DTCP	36	12	48
Tétanos	14	17	31
ROR	23	4	27
Hépatite B	24	7	31
Total	97	40	137

En 2010, en plus de continuer à vacciner les plus de 6 ans, nous allons documenter le nombre exact d'enfants avec des retards vaccinaux (toutes tranches d'âge) orientés à la PMI.

4. Le cas particulier des pathologies chroniques

Nous suivons de près les personnes présentant une pathologie chronique, en mettant l'accent sur trois maladies courantes à Mayotte : l'asthme, le diabète et l'hypertension artérielle (HTA).

En effet, d'après le rapport de l'INSERM¹⁷, les pathologies chroniques (surtout maladies cardiovasculaires et diabète) constituent le motif de recours aux soins le plus fréquent et la première cause d'hospitalisation en médecine au CHM.

Les conséquences des difficultés d'accès aux soins sont particulièrement visibles chez ces malades. La peur du déplacement, les risques d'arrestations lors des trajets fréquents au dispensaire, les reconduites à la frontière, ainsi que les problèmes financiers provoquent un suivi médical irrégulier et aléatoire : selon l'étude de l'INSERM, 58% des malades chroniques ne sont que partiellement ou pas du tout suivis. Les ruptures de traitement - généralement des traitements à vie - sont fréquentes, entraînant des décompensations de leur maladie. Les complications paraissent plus nombreuses et précoces qu'en métropole.

Ces maladies chroniques relèvent théoriquement des « AGD » (*voir explications page 8*). Sinon, le tarif est de 10 ou 15 euros par mois pour une personne non affiliée à la CSSM. Or, nous avons constaté des obstacles d'accès aux AGD plus nombreux chez ces malades. En plus des difficultés d'application déjà citées, le bon d'AGD doit être renouvelé mensuellement, au moins pour la

¹⁷ INSERM/UPMC *op cit.*

délivrance des médicaments. Ceci implique un passage chez le médecin pour la signature du bon, compliquant encore plus le parcours de soins à l'intérieur de l'hôpital.

L'étude Maydia¹⁸ réalisée à Mayotte en 2008 montre les tendances suivantes :

- la prévalence de l'HTA à Mayotte est très élevée, touchant 50% des hommes et 37% des femmes. Une autre étude¹⁹ faite en 2006 retrouvait une prévalence de 59% chez les adultes de plus de 50 ans. La fréquence de l'HTA à Mayotte est plus élevée qu'en métropole (évaluée à 31% dans la population adulte de 18 à 74 ans en 2006²⁰).
- les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) seraient relativement fréquents pour une population pourtant jeune (5%).
- la prévalence du diabète à Mayotte est estimée à 10,5% entre 30 et 69 ans (4,9% en métropole). Cette prévalence augmente avec l'âge (plus de 26% entre 60 et 69 ans). Le nombre total de personnes diabétiques chez les plus de 30 ans est estimé à 4800 sur Mayotte. De plus, la moyenne d'âge du diagnostic se situe actuellement entre 40 et 49 ans (contre 53 ans en métropole).

Le tableau suivant reprend les nouveaux cas et suivis de maladies chroniques au CDS en 2009.

Maladies chroniques	mi mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	
Nouveaux cas									Total
Asthme (dont < 5 ans)	11	16	20	20	12	14	6	11	110
Diabète	0	4	2	1	4	7	4	6	28
HTA	19	23	6	10	10	16	19	14	117
Autres maladies chroniques	5	10	8	7	0	0	15	9	54
Total nouveaux cas	35	53	36	38	26	37	44	40	309
Anciens cas									Total
Asthme	1	2	7	4	7	8	0	5	34
Diabète	0	2	2	3	8	15	19	2	51
HTA	2	47	39	27	28	38	47	35	263
Total cas suivis	3	51	48	34	43	61	66	42	348
Total maladies chroniques	38	104	84	72	69	98	110	82	657

Les prises en charge de maladies chroniques (tant dans leur diagnostic que suivi) représentent 7,3% (657/9047) de la totalité des consultations médicales.

L'HTA représente 58% (380/657) des maladies chroniques, l'asthme 22% (144/657), le diabète 12% (79/657) et les autres pathologies 8%. L'HTA et le diabète sont souvent coexistants.

On constate que l'HTA est souvent sévère, nécessitant fréquemment le recours à une trithérapie médicamenteuse. Nombre de nos patients hypertendus ont des antécédents d'AVC.

La plupart de nos patients sont diabétiques de type II. Nous constatons que l'équilibre de la maladie est très difficile à obtenir (régime insuffisant, peu de contrôle des autres facteurs de risque vasculaire et ruptures de traitement). La prise en charge d'un diabétique insulino-dépendant est

¹⁸ Solet JL, Baroux N. Etude Maydia 2008-Etude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, décembre 2009.

¹⁹ Ntab B, Gandin P, Castetbon K, Sissoko D, Vernay M. Etat nutritionnel et activité physique à Mayotte : premiers résultats de l'étude Nutrimay 2006. Bull Epidemiol Hebd 2007 ; 48-49 : 402-4.

²⁰ Etude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé. Institut de veille sanitaire, Université Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, 2007.

compliquée (conditions matérielles non adaptées, manque de compréhension, problème des infirmiers à domicile surchargés...).

L'asthme concerne aussi bien les enfants que les adultes. Beaucoup d'entre eux nécessitent un traitement de fond, permettant un contrôle minimal de la maladie. Là aussi, les interruptions itératives du traitement de fond entraînent des décompensations et des passages aux urgences.

Dans « autres pathologies chroniques » figurent en majorité :

- l'épilepsie,
- les pathologies cardiaques,
- les pathologies auto-immunes,
- les pathologies endocriniennes (dysthyroïdies)
- les pathologies neurologiques.

5. Malnutrition

Dans le tableau des morbidités de 2009, 34 cas de malnutrition aiguë sont référencés comme pathologie principale. Cependant, tous les cas détectés (par une prise systématique du poids et de la taille des enfants) n'ont pas été répertoriés dans la morbidité « malnutrition », ne s'agissant pas toujours de la pathologie principale.

Il s'agit principalement de malnutrition aiguë modérée (rapport poids-taille < -2DS).

Tous les enfants atteints de malnutrition aiguë ont été référés : à la PMI en cas de malnutrition modérée (prise en charge par l'administration de Plumpy'nut®) et au service de pédiatrie du CHM en cas de malnutrition sévère (rapport poids-taille < -3DS).

6. Références

6.1. Références médicales

Une partie de l'activité des médecins du CDS concerne les références des patients vers les structures de santé complémentaires. Un total de 389 références principales a été fait en 2009, réparties comme suit :

Références externes	Nombre
CHM : urgences/hospitalisation	125
Spécialistes	175
PMI	89
Total	389

Nous référons au CHM les patients nécessitant des soins urgents ainsi que des avis et prises en charge spécialisés. En cas de difficultés persistantes, nous les accompagnons.

En PMI, nous référons les cas de grossesse diagnostiqués au CDS, les grossesses en cours non suivies, les demandes de contraception et d'IVG, ainsi que les enfants de moins de 6 ans pour vaccination (non documenté systématiquement en 2009) et prise en charge de la malnutrition modérée.

6.2. Références sociales

105 patients reçus en consultation au CDS ont été orientés pour :

- aide alimentaire
- aide à la régularisation
- scolarisation pour des mineurs isolés
- maltraitance.

L'équipe du centre de santé ne fait pas de dépistage systématique des problèmes sociaux de nos patients. Seuls les patients en danger - par un état de santé et/ou une histoire médicale et familiale précaires - sont orientés vers les différentes associations.

Les références principales sont vers Solidarité Mayotte pour des colis alimentaires (34 familles surtout lors du dernier trimestre 2009), ainsi que la CCCP pour une aide à la régularisation (50 personnes). Les autres ont été orientés à l'Unité d'Action Sociale (UAS) du Conseil Général pour une aide administrative, à APREDEMA pour des mineurs en situation précaire et pour aide à la scolarité. Par ailleurs, TAMA, l'ASE et la cellule BASS maltraitance ont été sollicités pour 2 cas de maltraitance.

D. CONCLUSION

Après plus de 7 mois d'activités en 2009, ce rapport nous permet de dresser un premier tableau de l'état de santé des habitants de Kaweni ainsi que de leur accès au système de santé.

Les pathologies principales sont celles que l'on peut attendre pour une population vivant dans des conditions très précaires. Les projets sociaux prévus en 2010 - notamment le lancement d'un Samu Social et d'une banque alimentaire - permettront de soulager certains des plus pauvres.

Le système de santé est en évolution, avec des projets d'agrandissement de l'hôpital dans les années à venir ainsi que des changements en discussion sur le système de couverture médicale ou d'exemption de frais pour les malades démunis. Néanmoins, des obstacles existent qui continuent de rendre l'accès aux soins difficile pour certains malades, notamment ceux souffrant de pathologies chroniques.

L'éloignement de personnes gravement malades avec un traitement en cours, de même que les difficultés d'obtenir des titres de séjour pour soins restent une préoccupation.

MSF reste présent en 2010 pour affiner le tableau épidémiologique de la population prise en charge (avec accent mis sur la malnutrition, les retards vaccinaux et les pathologies lourdes) et pour approfondir la compréhension des obstacles entravant l'accès aux soins de certains malades.

ANNEXE I : DESCRIPTIONS D'OBSTACLES D'ACCES AUX SOINS

CAS REPRESENTATIFS DES OBSTACLES D'ACCES AUX SOINS

Nous tenons à disposition un document plus complet de cas documentés « obstacles aux soins – témoignages et descriptions de cas ».

C, 14 ans. Rupture de soins pour son épilepsie

Famille de Kaweni, 4 enfants. C, né en 1995 à la maternité de Mamoudzou, deuxième de la fratrie, souffre d'épilepsie depuis le jour de sa naissance. Son père, né en 1964 à Anjouan est arrivé en 1977 à Mayotte. Sa mère est décédée alors que le dernier enfant n'avait que 3 ans.

La demande de titre de séjour pour soins est faite par le service de Pédiatrie et de Néonatalogie du CHM en 2002, pour une épilepsie rebelle, nécessitant une prise en charge spécialisée non disponible dans le pays d'origine et dont le défaut de soins est susceptible de nuire profondément à la santé de l'enfant.

Le père obtient un titre de séjour, de 2002 à 2003 (qui n'a plus été renouvelé).

L'enfant est pris en charge régulièrement par le CHM jusqu'en 2006 (dernier rendez-vous avril 2006). Arrêté pendant le mois du ramadan, le père ne l'emmène pas au rendez-vous suivant (août 2006), car il avait trop peur de se faire attraper et renvoyer. Ayant d'autres enfants à charge, il a préféré la sécurité que de prendre le risque de se faire renvoyer pour la santé de son fils.

L'enfant est en rupture de soins jusqu'au 28/08/09, date à laquelle il consulte chez nous pour la première fois, alors que le père décrit plusieurs crises d'épilepsie par semaine, avec chutes et blessures. Nous le référons aux urgences du CHM pour équilibrer son traitement et l'orientons à l'assistante sociale de l'hôpital.

Mme A, 28 ans. Difficultés d'accès aux soins et interpellation d'une femme en attente d'un titre de séjour pour soins et avec une grossesse à risque

Mme A. est une patiente de 28 ans d'origine anjouanaise, arrivée clandestinement à Mayotte en 2002 pour soins. Elle présente en effet depuis l'âge de 9 ans une dyspnée d'effort pour laquelle aucun diagnostic n'a pu être porté à sa connaissance dans son pays d'origine. Le diagnostic d'insuffisance cardiaque sévère consécutive à une valvulopathie mitrale est établi à Mayotte. Elle est alors adressée à La Réunion où elle bénéficie d'une chirurgie cardiaque (valvuloplastie, reprise en 2005). Elle essaie d'obtenir un titre de séjour pour soins depuis 2007.

Description de la coordinatrice du projet : « Je l'accompagne à la consultation de cardiologie (afin de lui poser un holter), rejointe un peu plus tard par notre médecin. A l'accueil, on me confirme qu'elle est attendue mais qu'il faut passer par le bureau des entrées pour lui faire les étiquettes et régler. J'indique à la secrétaire qu'elle n'est pas affiliée, qu'elle n'a pas les moyens de régler les quinze euros nécessaires à son admission et qu'à mon sens elle relève de l'AGD. Réponse de la secrétaire : les bons d'AGD ne peuvent pas être remplis par les cardiologues car ils sont hors CHM (vacataires venant de La Réunion), mais que l'on peut peut-être lui poser le Holter sans lui faire de feuille d'entrée, comme ça elle n'aura pas à régler. Ce à quoi s'oppose l'infirmière des consultations : elle veut faire les choses en règle car elle a peur que le boîtier du holter ne s'égaré. Elle confirme qu'en général les cardiologues ne délivrent pas les bons d'AGD mais que « ça dépend, parfois ils en font, la réglementation n'est pas très claire ». Et que de toutes façons elle ne veut pas prendre la décision. Je lui suggère qu'à priori c'est au médecin de décider. Réponse : « vous comprenez je ne vais tout de même pas le donner à tout le monde. » Sur ce arrive le cardiologue qui signe le bon AGD sans même que nous lui demandions ; nous laissons donc la patiente attendre en salle d'attente. »

MSF l'aide donc début décembre à constituer un nouveau dossier de demande de régularisation pour étranger malade. Nous l'aidons dans la collecte des documents nécessaires et accompagnons son dossier d'une lettre de recommandation estampillée MSF, en espérant que cette initiative mette

un peu plus de poids dans son dossier, déjà complet (extrait de naissance, carte d'identité, certificat d'hébergement, certificat médical du CHM, preuves de résidence à Mayotte depuis plus d'un an – en l'occurrence des copies de son carnet de santé qui prouve par la même occasion qu'elle est suivie depuis de nombreuses années ici). Le dossier est donc envoyé à la Préfecture le 14 décembre 2009.

Lors de sa dernière visite au centre (le 31/12/2009), nous apprenons qu'elle est enceinte, nous la référons donc en PMI pour être suivie pour grossesse à risque, au vu de sa pathologie. Cependant, le lundi 4 janvier 2010, en se rendant à son rendez-vous, elle est interpellée à quelques mètres de chez elle par la Police nationale. Il est 11h30. Son mari se rend au centre et nous prévient très rapidement. Nous pouvons donc intervenir sur-le-champ. Nous contactons la Préfecture. Elle est au commissariat et l'APRF ayant été édité, la Préfecture déclare que seule une décision médicale peut modifier cet arrêté. Mais la patiente est retenue au poste de police jusqu'au soir et la médecin du CRA prévenue ne pouvait la voir que le lendemain. Le soir même, transfert vers le CRA et consultation médicale le lendemain après-midi. Avis de la médecin de ne pas l'expulser mais seul le MISP peut décider et il ne verra le dossier que le mercredi. La patiente sortira finalement le jeudi après quatre jours de rétention, alors que tous les acteurs du dossier joints dès le premier jour (directeur du cabinet de la Préfecture, médecin du CRA, MISP) s'accordaient à dire qu'elle ne devait pas être reconduite.

Mme P, 24 ans

Mme P. est née vers 1986 à Madagascar dans la région de Mahajanga. Elle y a vécu jusqu'en 2005, puis a quitté sa famille et ses deux enfants pour des raisons économiques (l'usine sucrière qui faisait vivre sa région n'embauchait plus) et en raison d'une crise politique qui rendait la vie très difficile. Elle a donc pris seule le bateau pour Anjouan, puis un kwassa pour Mayotte. Elle a rencontré son compagnon peu après son arrivée.

Ils louent une petite maison en béton, avec une cuisine et une chambre. Ils ont l'électricité, mais vont chercher l'eau dans une pompe à carte.

Mme P. a été arrêtée une 1ère fois en 2008 et renvoyée à Madagascar où elle a passé un mois, puis est revenue en kwassa. Depuis, elle ne quitte quasiment jamais son quartier.

Mme P. présente des saignements gynécologiques abondants depuis 7 ans. Elle n'a pas consulté initialement, pensant que c'était normal.

Depuis 4 ans, elle présente une dyspnée d'effort, une tachycardie et une asthénie importante. Malgré ces symptômes, elle ne consulte pas par peur d'être renvoyée à Madagascar.

Elle ne consulte qu'une seule fois en 2009 un médecin privé, ne voulant pas prendre le risque d'aller au dispensaire.

Elle se présente au CDS avec une anémie clinique importante, l'examen met en évidence une masse utérine et le bilan biologique confirme l'anémie ferriprive (hémoglobine à 5,5g/dL). A noter qu'elle pratique la rhizophagie (alimentation à base de riz cru), symptôme et facteur aggravant des carences martiales.

Mme P. est alors adressée aux urgences gynécologiques après accord téléphonique du gynécologue de garde. Mais, elle est refusée à l'accueil faute d'argent et malgré notre courrier, indiquant pourtant clairement une urgence manifeste.

Le lendemain, en se rendant au CDS pour nous expliquer la situation, elle se fait arrêter. Elle explique sa situation médicale aux policiers qui lui indiquent qu'elle doit attendre d'être vue par un médecin au CRA. Suite à des appels téléphoniques multiples (CRA, cabinet du Préfet, MISP, commissariat) et en raison de la survenue d'un malaise, elle est finalement relâchée en fin de journée et amenée aux urgences où une hospitalisation est décidée.

Mme P. est retournée à domicile après 3 jours d'hospitalisation. Elle va mieux et ne sort plus de son quartier.

Expulsion d'une famille en grande précarité et difficultés d'accès aux soins

M., père d'une famille de 5 enfants suivis régulièrement au centre de MSF a été arrêté alors qu'il se rendait à une consultation avec son fils de 8 ans, traité auparavant pour un impétigo très important. La mère présente des troubles psychologiques depuis la naissance du dernier enfant. La famille avait été référée à l'unité d'action sociale du Conseil Général.

Suite à l'arrestation du père, nous avons établi un certificat établissant la nécessité de consultation médicale pour les enfants, précisant que M. est le seul à s'occuper de ses enfants et de sa femme et que par conséquent un éloignement du père aurait de graves conséquences sur la santé de la famille. Ce certificat lui a été remis en mains propres au commissariat de Police de Mamoudzou et faxé à la Préfecture.

Le lendemain, la Police est allée chercher la mère et les 5 enfants à leur domicile et les a tous reconduits à Anjouan.

Interpellation d'une femme en cours de soins postopératoires

Madame S. présente une affection chirurgicale abdominale grave avec séquelles infectieuses postopératoires, pour laquelle elle est en cours de suivi au centre MSF. Lors d'un trajet vers le centre, elle est interpellée.

Cette femme est par ailleurs mère d'un enfant français.

Elle a été libérée le jour-même, grâce à un certificat médical et après avoir discuté le cas avec le MISP.

ANNEXE II : DEFINITION DES PATHOLOGIES RENCONTREES

Définitions de cas	
Affections gastriques	Symptômes orientant vers une origine gastrique. Inclut gastrite, RGO... et ulcère
Affections oculaires	Toute pathologie de l'œil et/ou des annexes : conjonctivites, kératites, blépharites, uvéite, ptérygion, cataracte, glaucome aigu... incluant corps étrangers et œil traumatique
Asthme	Maladie inflammatoire chronique avec hyperréactivité bronchique aux stimuli et obstruction bronchique. Inclut la crise d'asthme
Cas gynéco/obstétriques	Tout syndrome évoquant un trouble d'origine gynécologique, tout acte lié à une grossesse (dont IVG), tout acte lié à une contraception, contraception du lendemain. Exclut les IST et les violences sexuelles qui seront relevées à part
Diabète	Diabète diagnostiqué pour la première fois ou patient diabétique déjà connu (types I et II), vu pour la première fois au centre (le suivi est à recueillir à part). Le diabète se définit par une hyperglycémie chronique, soit une glycémie veineuse à jeun >1,26 g/l (7 mmol/l) à 2 reprises
Diarrhée non sanglante	Au moins 3 selles liquides par jour et absence de sang dans les selles
Douleurs généralisées	Douleurs diffuses, ostéoarticulaires (touchant plusieurs articulations), musculaires dont l'origine n'est pas déterminée
Fièvre d'origine indéterminée	Episode aigu de fièvre (+/- céphalées, myalgies, arthralgies) sans cause pouvant l'expliquer
HTA	HTA diagnostiquée pour la première fois ou patient porteur d'une HTA déjà diagnostiquée vu pour la première fois au CDS (le suivi est à recueillir à part). PAS >140 mm Hg et/ou PAD > 90 mm Hg, mesurée au cabinet médical et confirmée au minimum par 2 mesures au cours de 3 consultations.
Infections aiguës des voies respiratoires inférieures	Tout épisode infectieux respiratoire sous-laryngé (bronchite, bronchiolite, pneumonie) avec ou sans fièvre + toux + auscultation anormale +/- difficultés respiratoires
Infections aiguës des voies respiratoires supérieures	Tout épisode infectieux du nez et/ou des sinus et/ou de la gorge et/ou des oreilles et/ou du pharynx et/ou du larynx (rhinite, rhinopharyngite, sinusite, otite externe et moyenne aiguë, laryngite, angine). Les otites chroniques seront relevées dans les maladies chroniques
Infections cutanées	Toute atteinte cutanée d'allure infectieuse, qu'elle soit bactérienne (pyodermite, abcès...), virale (herpès, zona), mycosique (teigne...) ou parasitaire (gale...). L'eczéma sera relevé dans autres.
Maladies chroniques	Soit découverte chez un patient d'une maladie chronique (diagnostic initial), soit patient ayant une pathologie chronique connue vu pour la première fois au CDS (épilepsie, cancer, pathologie chronique rénale, hépatique, cardiaque, neurologique, psychiatrique, pulmonaire, thyroïdienne, articulaire, drépanocytose...). Exclut l'asthme, le diabète et l'HTA qui seront relevés à part car fréquentes à Mayotte.
Malnutrition	Périmètre Brachial < 125 mm et /ou patient ayant un indice Poids/ taille < -2Z score (selon les nouvelles tables de l'OMS de 2005), ou signes cliniques de Kwashiorkor
Parasitoses intestinales	Syndrome évoquant une origine parasitaire intestinale : nausées, flatulence, douleurs abdominales, distension abdominale, perturbation du transit intestinal, avec ou sans confirmation biologique

Syndrome grippal	Signes généraux (fièvre>38 ou asthénie, myalgies) et signes respiratoires (toux, dyspnée)
Traumas, blessures, brûlures - accidentels	Tout traumatisme d'origine accidentelle (entorses, suspicion de fracture, hématomes...); toute plaie accidentelle, brûlure ...
Autres	Tout le reste. Inclut la lombalgie, céphalée sans cause identifiée, douleur mono-articulaire...

ANNEXE III : INDEX DES ABREVIATIONS

ACFAV :	Association pour la Condition Féminine et l'Aide aux Victimes
AGD :	Affection Grave et Durable
AME :	Aide Médicale d'Etat
APREDEMA :	Association pour la Prévention de la Délinquance à Mayotte
APRF :	Arrêté Préfectoral de Reconduite à la Frontière
ASE :	Aide Sociale à l'Enfance
CCCP :	Coordination pour la Convivialité, la Concorde et la Paix
CDAG :	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDS :	Centre De Santé
CHM :	Centre Hospitalier de Mayotte
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CRA :	Centre de Rétention Administratif
CSSM :	Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte
HTA :	Hypertension Artérielle
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MDM :	Médecins Du Monde
MISP :	Médecin Inspecteur de Santé Publique
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
UAS :	Unité d'Action Sociale (Conseil Général)
UPMC :	Université Pierre et Marie Curie