

Annexe 3

Evolution et état du système de santé

Ayant un climat tropical humide, l'île souffre de nombreuses maladies infectieuses, aggravées dans un contexte de forte pauvreté et de mauvaises conditions de vie. On y rencontre des maladies liées à la malnutrition qui existent généralement dans les pays les plus pauvres. En fait, la situation nutritionnelle est préoccupante en ce qu'elle se caractérise par deux facteurs : carences chez de nombreux enfants avec un régime alimentaire peu varié à base de riz, mais aussi excès liés à la consommation croissante d'aliments bas de gamme et riches en sucres et en graisses (fritures, abats de volailles écoulés par l'Europe ou le Brésil), une alimentation relativement nouvelle sur l'île, issue du commerce mondialisé et diffusée avec les nouveaux modes de consommation « modernes » par l'industrie agro-alimentaire.

En résumé, l'état de santé de la population est plutôt mauvais à Mayotte. L'espérance de vie y est de 74 ans, contre 81 ans en métropole. Sans chercher l'exhaustivité, nous donnons quelques illustrations en nous appuyant sur les enquêtes épidémiologiques ou de veille sanitaire

pour montrer que si la situation a pu s'améliorer sur certains points, ce constat n'est pas valable pour tous les domaines et, surtout, que l'île reste très en retard par rapport aux autres départements français.

Selon l'indice comparatif de mortalité – taux de mortalité obtenu en appliquant à Mayotte les taux de mortalité par âge de la métropole –, le risque de mourir y est beaucoup plus élevé : +84 % à Mayotte et +24 % à la Réunion (COABS, 2010). Le taux de mortalité des femmes est très fort : l'indice comparatif montre que le risque de mourir pour une femme y est deux fois et demi plus élevé qu'en métropole.

La forte surmortalité à Mayotte (par rapport à la métropole) concerne surtout les maladies infectieuses, le diabète, les maladies de l'appareil circulatoire, et les complications de la grossesse et des accouchements.

La mortalité maternelle y est six fois plus élevée¹, la mortalité infantile quatre fois². Selon l'enquête périnatale 2010, le taux de prématurés (moins de 37 semaines d'aménorrhée) est beaucoup plus élevé à Mayotte : 13,2 % contre 7,4 % en métropole. Le taux des petits poids à la

1. En 2007, 50 pour 100 000 naissances contre 7,6 en métropole.

2. Le taux brut de mortalité infantile qui rapporte le nombre d'enfants décédés à moins d'un an à l'ensemble des enfants nés vivants, y est de 13,5 ‰ contre 3,6 ‰ en métropole (2007). Il a cependant fortement chuté puisqu'il était de 215 ‰ en 1966, 81 ‰ en 1985 et 38 ‰ en 1991.

naissance (< 2 500 grammes) est de 16 % à Mayotte contre 8 % en métropole (12,2 % à La Réunion).

En ce qui concerne l'offre de soins, l'île souffre d'un manque de gynécologues-obstétriciens ¹, d'un manque de maternités facilement accessibles à une partie de la population ² et d'une couverture sociale défaillante ³. En raison de la forte précarité et de la quasi-absence d'une médecine de ville accessible, les centres de Protection maternelle et infantile (PMI), passés de la compétence de l'Etat à celle du Conseil général en 2005, suivent 70 à 80 % des enfants contre environ 10 à 20 % en métropole et jusqu'à 40 % en Guadeloupe. Toutefois, leur développement reste très insuffisant (encadré).

En raison de la négligence ancienne des pouvoirs publics, la vaccination souffre

d'un tel retard qu'elle ne permet pas d'éviter les épidémies. La première enquête de couverture vaccinale date de 2010. De très gros investissements ont été entrepris dans le système de santé depuis le début des années 2000 mais ils restent faibles en comparaison des autres régions. L'équipement en lits et places à l'hôpital devrait être trois fois plus important pour atteindre le niveau métropolitain. En chirurgie, le taux d'équipement est de 0,2 lit pour 2 000 habitants contre 0,9 à La Réunion et en Guyane et 1,65 en métropole. Le nombre de professionnels de santé reste aussi notablement insuffisant. La densité médicale, bien qu'en augmentation, reste trois fois plus faible qu'à La Réunion et quatre fois plus faible qu'en métropole ⁴. Pour les dentistes, elle est dix fois plus faible. Certaines spécialités nécessaires sont totalement

Encadré

La protection maternelle et infantile en grande souffrance

Les 22 centres PMI ont connu de forts mouvements de grèves, d'abord des sages-femmes en mai 2011, puis de l'ensemble des personnels de PMI en septembre 2011, en raison notamment des conditions de travail (locaux ne respectant pas les normes de sécurité et d'hygiène, manque de moyens matériels) et de sous-effectifs. Ne sont pas respectées les normes (article 7 du décret n° 92-785 du 6 août 1992) qui prévoient une sage-femme à temps plein pour 1 500 naissances et une puéricultrice à plein temps (ou à défaut un infirmier ayant l'expérience appropriée) pour 250 naissances : le nombre d'infirmiers est de 13, celui des puéricultrices est de quatre (septembre 2011) alors qu'avec 8 000 naissances annuelles, ils devraient être 32 au total. Par ailleurs, alors que tous les centres PMI devraient avoir au moins un médecin, ne serait-ce que pour les vaccinations (article D.3111-23 du Code de la santé publique), ils ne sont que quatre.

1. Ils sont huit en 2011, soit 15 pour 100 000 femmes contre 36 à La Réunion et 39 en métropole.
2. Les maternités sont limitées au CHM de Mamoudzou et à deux ou trois annexes (hôpital intercommunal ou dispensaires), si bien que 17 % des femmes mettent plus d'une demi-heure pour aller accoucher, selon l'enquête périnatale 2010, contre 10 % en métropole en 2003.
3. En 2007, 63 % des femmes accouchant à Mayotte n'étaient pas affiliées à la Sécurité sociale.
4. La densité médicale est de 88 pour 100 000 habitants à Mayotte contre 248 à La Réunion et 306,7 en métropole (selon le Conseil de l'ordre en 2011).

MAYOTTE

absentes de l'île (néphrologie, neurologie, endocrinologie, oncologie, etc.).

Un seul chiffre permet de résumer la situation : les dépenses de santé étaient à Mayotte de 600 euros par habitant en 2006 contre 3 318 euros en métropole, soit un rapport de 1 à plus de 5 (André-Cormier, 2009). Ce constat ne doit pas masquer le réel progrès intervenu par rapport au début des années 1990 où le rapport était de 1 à 25¹.

En 2005, le système de santé organisé autour d'un hôpital et de dispensaires locaux ouverts gratuitement à tous a été remplacé par un système d'assurance maladie (Sakoyan, 2006, 2010). Ce changement s'est traduit par l'introduction d'une médecine de ville libérale, un ticket modérateur à la charge de l'assuré, l'organisation du remboursement des frais de consultation des professionnels de santé et d'achat de médicaments. Cette médecine de ville libérale est toutefois restée très embryonnaire² et, de fait, plutôt réservée aux plus favorisés avec, entre autres raisons, l'absence sur l'île de complémentaire CMU.

Cette réforme a conduit à l'exclusion d'environ un quart de la population de

toute protection maladie et en conséquence souvent des soins³. Les premiers exclus par la réforme de 2005 ont été les étrangers en situation irrégulière, et ce d'autant plus qu'il n'existe pas d'aide médicale d'Etat (AME) à Mayotte et que les dispositifs de soins d'urgence à l'hôpital restent trop souvent inaccessibles :

- paiement préalable d'une provision (il existe bien un dispositif prévu par le Code de la santé publique permettant l'exemption du paiement de la provision en cas de soins pour une affection grave et durable, ou encore un dispositif local dit de « bons enfants » ou « bons roses » bricolé par les responsables locaux pour faciliter l'accès des enfants mineurs et politiquement pour justifier le *statu quo*, mais ces dispositifs fonctionnent mal) ;

- refus de délivrance des soins ;
- peur des interpellations en raison de la chasse généralisée aux étrangers⁴.

Mais bien d'autres personnes en sont aussi exclues, dont les nombreux Mahorais qui ne parviennent pas à remplir les démarches administratives requises, souvent pour des raisons tenant aux pratiques des administrations⁵ et parfois pour des raisons liées à la langue dans un

1. Le budget santé était au début des années 1990 de 400 francs par habitant à Mayotte contre 6 000 à La Réunion et 10 000 en métropole (Salesse, 1995:98).

2. La densité des médecins libéraux ne serait que de 22 pour 100 000 habitants contre 196 en métropole et 160 à La Réunion. Pour les généralistes, la densité serait de 13 médecins pour 100 000 habitants contre 115 en métropole. Seul le secteur des infirmiers libéraux – avec une centaine d'infirmiers en 2010 – s'est vraiment développé.

3. L'enquête périnatale de 2010 montre que la moitié seulement des femmes ayant accouché sur l'île disposait d'une couverture maladie contre 97,3 % pour la France entière. En outre, seulement 3 % avaient une mutuelle.

4. Sans doute la meilleure source d'information est le reportage en sept épisodes de Renaud Elelufe diffusé en 2011. www.medecinsdumonde.org/fr/Publications/En-images/Videos/Mayotte-paroles-de-sans-papiers.

5. Dans son rapport sur son activité 2010 à Mayotte, Médecins du Monde (2011b) indique que, parmi les enfants venus dans son centre de soins pédiatriques à Majicavo qui pourraient être affiliés, c'est-à-dire dont au moins un des parents est français ou en situation régulière, 47 % le sont effectivement. Médecins sans frontières (2010) met également en évidence une forte proportion de personnes venues dans son centre de soins de Kaweni et qui ne sont pas affiliées alors qu'elles devraient l'être. Voir également Roudot (2010).

contexte d'absence de traducteurs. Sont aussi concernés ceux qui ne parviennent pas à justifier de leur état-civil. L'état-civil, mis en place très récemment, n'est en effet toujours pas réalisé pour tous les habitants, faute de volonté. Les moyens consacrés à la justice sont dramatiquement insuffisants à Mayotte (Sénat, 2011). Or, sans état-civil, une personne n'a pas de droits sociaux et risque même l'expulsion.

La Caisse de sécurité sociale de Mayotte a répertorié 146 000 bénéficiaires (dont 80 000 assurés) au début 2009, ce qui laisserait de côté de l'ordre de 50 000 personnes ¹. Une étude officielle confirme que, en 2008, au moins 40 000 personnes (dont environ 18 000 enfants) n'accéderaient pas à l'assurance maladie, parmi lesquelles les quatre cinquièmes seraient étrangers ².

Ces discriminations et carences des pouvoirs publics ont été documentées et dénoncées dans plusieurs réclamations associatives (Migrants outre-mer, 2009 ; Jolivet *et al.*, 2010). La Haute autorité de lutte contre les discriminations (HALDE) a demandé la levée des discriminations, l'accès à l'assurance maladie pour tous les enfants et l'extension à Mayotte de l'AME pour les adultes sans papiers (Roulhac, 2010). Soutenu par l'association Médecins du Monde, un enfant

handicapé dont la mère est sans papiers s'est vu reconnaître fin 2010 le droit pour lui-même à l'assurance maladie par le Tribunal des affaires de sécurité sociale (Rongé, 2011 ; Médecins du Monde, 2011a). L'administration a décidé de continuer à s'y opposer.

Les épidémiologistes et les autres professionnels de santé insistent sur l'absurdité de la situation. Une personne qui ne consulte qu'en dernière extrémité peut ignorer ses symptômes d'une maladie grave qui, prise en charge tardivement, ne pourra être efficacement soignée, et pourra conduire à l'aggravation voire au décès (grippe, cancer, tuberculose, diphtérie, VIH, etc.). L'exclusion d'environ un quart de la population de toute protection maladie est irresponsable au regard de la santé publique sur une île ³ fortement touchée par les maladies infectieuses et les maladies liées à la grande pauvreté ou aux conditions de vie ⁴ : bérubéri, fièvre de la vallée du Rift, tuberculose, paludisme, diphtérie, typhoïde, leptospirose, dengue, lèpre, gastro-entérites, diabète ⁵, bronchiolites.... Une enquête de séroprévalence a montré ainsi que l'épidémie de chikungunya avait touché 38 % de la population en 2006 mais qu'une très faible proportion avait effectivement consulté.

1. La situation se serait améliorée puisque 183 000 personnes seraient affiliées à la fin 2011.
2. 78 % des Français seraient affiliés contre 47 % des étrangers (Guyot, 2009).
3. Mais aussi pour l'ensemble du territoire puisque « l'île de Mayotte est une porte pour les maladies émergentes en Europe », selon Antoine Flahaut, qui dirige en France le réseau épidémiologique Sentinelles et le centre collaborateur de l'OMS chargé de la surveillance des maladies.
4. Conditions climatiques, défaut d'assainissement et d'entretien du réseau pluvial, absence d'accès à un point d'eau individuel et usage de récipients de collecte d'eau de pluie, etc.
5. La situation alarmante du diabète a longtemps été négligée pour ne pas dire niée par les autorités. Une récente enquête a révélé une prévalence du diabète estimée à un niveau deux à trois fois plus important qu'en métropole, proche de celui des autres DOM (Institut de veille sanitaire, *Etude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte*, Etude Maydia, 2008, 84 p.).

MAYOTTE

Sources :

- André-Cormier J. (2009), *L'offre de santé dans les collectivités ultramarines*, avis du Conseil économique, social et environnemental, juillet, 284 p.
- COABS (2010), « Etat de santé de la population de La Réunion et de Mayotte – Océan Indien », Dossier n° 01, Centre d'Observation et d'analyse des besoins de santé, ARS, novembre.
- Guyot D. (2009), « Accès aux droits des personnes en situation d'exclusion à Mayotte », ISM, rapport pour la Préfecture de Mayotte, juin, 100 p.
- Jolivet A., Florence S., Lebas J., Chauvin P. (2010), « Migration, Health and Care in French Overseas Territories. Lessons Learned from Two Recent Surveys in a Tense Political Context », *The Lancet*, vol. 376, n° 9755, p. 1827-1828.
- Médecins du Monde (2011a), « Mayotte : le TASS ordonne l'affiliation directe d'un enfant de sans-papiers à la sécurité sociale », février, www.migrantsoutremer.org.
- Médecins du Monde (2011b), *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France*, Rapport 2010, octobre, 260 p.
- Médecins sans frontières (2010), *Centre de soins primaires de Mayotte - Rapport d'activité 2009*, mai, 24 p.
- Migrants Outremer (2009), « Le droit à la santé bafoué à Mayotte », 30 janvier, www.migrants-outremer.com.
- Rongé J.-L. (2011), « Commentaire de la décision du Tribunal de première instance de Mayotte, TASS de Mamoudzou, 17 décembre 2010, n° 44/10 », *Journal des Jeunes*, n° 303, mars, p. 47-50.
- Roudot A. (2010), *Les disparités spatiales de santé et d'accès aux soins à Mayotte*, Mémoire, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, juin, 140 p.
- Roulhac C. (2010), « La reconnaissance du caractère discriminatoire du dispositif d'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière à Mayotte : une illustration de l'applicabilité et de l'universalité des droits sociaux. Commentaire de la délibération de la HALDE n° 2010-87 du 1^{er} mars 2010 », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 4, p. 704-713
- Sakoyan J. (2006), « Les effets sanitaires d'une réforme administrative. La mise en place de la sécurité sociale à Mayotte », *Bulletin d'Amades*, dossier n° 5, septembre.
- Sakoyan J. (2010), *Un souci « en partage ». Migrations de soins et espace politique entre l'archipel des Comores et la France*, Thèse de Doctorat, EHESS, 28 novembre, 644 p.
- Salesse Y. (1995), *Mayotte, l'illusion de la France. Propositions pour une décolonisation*, Paris, L'Harmattan, 160 p.
- Sénat (2011), *Rapport d'information fait au nom de la Commission des finances sur le fonctionnement de la justice à La Réunion et à Mayotte*, n° 549, Roland du Luart, 25 mai, 96 p.